GUIDE TECHNIQUE

Version 2022.v2

Formation prévention secours civiques de niveau 1

ufolep
TOUS LES SPORTS AUTREMENT
SECOURISME

Union Française des Oeuvres Laïques d'Education Physique
3, rue Juliette Récamier - 75341 Paris Cedex 07 - Tél. 01 43 58 97 71
Association régie par la loi du 1er juiillet 1901 - N° SIRET 38755779600019 Code APE 9312 Z
N°d'organisme de formation 11755052675

Fédération sportive de
la ligue de l'enseignement
un avenir par l'éducation populaire

➢ Préambule

Nous sommes dans une société ou le risque est présent au quotidien et n'importe où (au domicile, au travail, mais aussi sur les lieux des pratiques sportives).

L'Ufolep, service plein air et sport de la Ligue de l'Enseignement, poursuit l'ambitieux projet de « former » des citoyens sportifs. La pratique sportive et l'engagement dans la vie associative sont pour notre fédération un support à la culture de l'entraide, au respect de l'autre et au développement des coopérations.

C'est donc tout naturellement que l'Ufolep considère que le rôle du « citoyen sportif» passe aussi par l'apprentissage des gestes de premiers secours. Notre réseau agit au cœur des territoires et de la société, en proposant des activités physiques et sportives pour le plus grand nombre et en organisant des manifestations grand public.

Autant de raisons pour nous de diffuser le plus largement possible les gestes de premier secours qui contribuent au développement et au renforcement des solidarités.

➢ Table des matières

CADRE JURIDIQUE .....

Partie 1 : Protection et alerte

PROTECTION 5
ALERTE ET PROTECTION DES POPULATIONS 8
ALERTE 10

Partie 2 : Victime consciente nécessitant un geste d'urgence

OBSTRUCTION AIGUE DES VOIES AERIENNES PAR CORPS ETRANGER 12
[Technique 1] : Désobstruction par la méthode des claques dans le dos 14
[Technique 2] : Désobstruction par la méthode des compressions abdominales 15
[Technique 3 - 3bis] : Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques 16
HEMORRAGIES EXTERNES 17
[Technique 4] : Compression locale 20
[Technique 5] : Garrot 21

Partie 3 : Victime ayant perdu connaissance

PERTE DE CONNAISSANCE 23
[Technique 6] : Libération des voies aériennes 25
[Technique 7] : Position Latérale de Sécurité 26
ARRET CARDIAQUE 29
[Technique 8] : Compressions thoraciques 32
[Technique 9] : Insufflations 33
[Technique 10] : Défibrillation 35

Partie 4 : Victime présentant des plaintes nécessitant une CAT adaptée

MALAISE 37
PLAIES 41
BRULURES 45
TRAUMATISME 49
[Technique 11] : Maintien de la tête 51

ARBRE GENERAL DE DECISION 53

➢ Champs d'application

Les dispositions du présent référentiel technique sont prises en application de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, notamment ses articles 4 et 5 qui visent à replacer le citoyen au cœur du dispositif de secours.
Elles sont applicables dans le cadre des formations et des activités du citoyen, qui devient ainsi le premier acteur de sécurité civile.
L'unité d'enseignement « Prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC 1) » s'inscrit en tant que tel dans la nomenclature nationale de formations des citoyens acteurs de sécurité civile.
Ce référentiel technique est basé sur les recommandations de la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises
.
Cette unité d'enseignement « PSC 1 » ne peut être dispensée que par les formateurs titulaires de l'unité d'enseignement « Pédagogie Appliquée aux Emplois/activités de classe 3 (PAE 3) », conformément avec les dispositions de l'annexe 2 à l'arrêté du 24 juillet 2007 modifié, fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relative à l'unité d'enseignement « Prévention et secours civiques de niveau 1 »

Il est fortement recommandé au titulaire de l'unité d'enseignement « PSC 1 » de suivre régulièrement une formation continue de maintien des acquis tout au long de leur vie.

Nota :

Les représentations graphiques de ce document ont pour objectif d'en rendre la lecture et la compréhension plus aisées. Ces illustrations, photographies, infographies, images, … ne remplacent pas la rédaction proprement dite, qui constitue exclusivement la réglementation.

➢ Termes et définitions

Apprenant ou stagiaire : Participant à une action de formation. Personne engagée et active dans un processus d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances et de leur mise en œuvre.

Autorité d'emploi : Responsable d'un organisme œuvrant pour la sécurité civile ou président d'une association agréée de sécurité civile, ou son représentant.

Certificat de compétences : Document écrit, délivré par une autorité d'emploi dispensatrice de l'action de formation, sous contrôle de l'Etat, reconnaissant au titulaire un niveau de compétences vérifié par une évaluation.

DAE : Défibrillateur Automatisé Externe.

DEA : Défibrillateur Entièrement Automatique.

DSA : Défibrillateur Semi-Automatique.

Evaluation de la formation : Action d'apprécier, à l'aide de critères définis préalablement, l'atteinte des objectifs pédagogiques et de formation d'une action de formation. Cette évaluation peut être faite à des temps différents, par des acteurs différents : stagiaire, formateur, autorité d'emploi…

Formateur : Personne exerçant une activité reconnue de formation qui comporte une part de face à face pédagogique et une part de préparation, de recherche et de formation personnelles au service du transfert des savoirs et du savoir-être.

Formation initiale
Ensemble des connaissances acquises en tant que stagiaire, avant de pouvoir exercer une activité ou tenir un emploi, dans le cadre du référentiel national « Emplois/Activités » de sécurité civile.

PLS : Position Latérale de Sécurité.

PSC 1 : Prévention et secours civiques de niveau 1.

RCP : Réanimation Cardio-pulmonaire.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

VA : Voies Aériennes.

➢ Fiche d'Unité d'Enseignement

Lancement de la formation	**10 mn**
Partie 1 : PROTECTION et ALERTE	**25 mn**
Objectif intermédiaire 1 : **PROTECTION**	**10 mn**
Objectif intermédiaire 2 : **ALERTE ET PROTECTION DES POPULATIONS**	**5 mn**
Objectif intermédiaire 3 : **ALERTE**	**10 mn**
Partie 2 : VICTIME CONSCIENTE NECESSITANT UN GESTE D'URGENCE	**1h30 mn**
Objectif intermédiaire 1 : **OBSTRUCTION AIGUE DES VA PAR UN CORPS ETRANGER**	**25 mn**
Objectif intermédiaire 2 : **HEMORRAGIES EXTERNES**	**40 mn**
Cas concrets de synthèse : **Portant sur le partie 2**	**30 mn**
Partie 3 : VICTIME AYANT PERDU CONNAISSANCE	**2h45 mn**
Objectif intermédiaire 1 : **PERTE DE CONNAISSANCE**	**30 mn**
Objectif intermédiaire 2 : **ARRET CARDIAQUE**	**1h45 mn**
Cas concrets de synthèse : **Portant sur le partie 3**	**30 mn**
Partie 4 : VICTIME PRESENTANT DES PLAINTES NECESSITANT UNE CAT ADAPTEE	**1h40 mn**
Objectif intermédiaire 1 : **MALAISE**	**20 mn**
Objectif intermédiaire 2 : **PLAIES**	**20 mn**
Objectif intermédiaire 1 : **BRULURES**	**15 mn**
Objectif intermédiaire 2 : **TRAUMATISME**	**10 mn**
Cas concrets de synthèse : **Portant sur le partie 4**	**30 mn**

CAS CONCRETS DE SYNTHESE GENERAL	**30 mn**

CLOTURE DE LA FORMATION
Evaluation de la formation par les participants

Les formateurs/trices auront la possibilité à l'issue de la formation de réaliser une présentation de l'UFOLEP .

La Protection

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- de supprimer ou écarter un danger pour assurer votre protection, celle de la victime ou des autres personnes
- de réaliser un dégagement d'urgence d'une victime exposée à un danger que vous ne pouvez pas supprimer
- de réagir devant une attaque terroriste ou une situation de violence
- d'adapter sa conduite en période épidémique de maladie à transmission respiratoire

Définition

Une victime ou toute autre personne menacée par un danger doit en être protégée, notamment du sur-accident.

Conduite à tenir

➢ **Protection d'une personne exposée à un danger**

Le sauveteur, lorsqu'il peut agir sans risque pour sa propre sécurité doit immédiatement supprimer ou écarter le danger de façon permanente.

Si nécessaire, cette première mesure est complétée en délimitant clairement et largement la zone de danger, de façon visible, afin d'éviter toute intrusion dans la zone. Cette délimitation se fait en utilisant tous les moyens matériels à disposition ainsi que le concours des personnes aptes aux alentours.

➢ **Dégagement d'urgence d'une victime**

Lorsque la victime ne peut se soustraire d'elle-même à un danger :

- **réel**,
- **immédiat,**
- **non contrôlable**,

un dégagement d'urgence peut être alors réalisé par le sauveteur. Cette manœuvre, peut être dangereuse pour la victime ou lui-même. Elle doit donc rester exceptionnelle.

Le dégagement d'urgence de la victime doit alors permettre de placer celle-ci dans un endroit suffisamment éloigné du danger et de ses conséquences.

Aucune technique n'est imposée lors de la réalisation d'un dégagement d'urgence.

Toutefois, lors de sa réalisation, le sauveteur s'engage par le cheminement le plus sûr et le plus rapide seulement si la victime est visible, facile à atteindre et que rien ne gêne son dégagement.
Il assure son extraction en fonction de ses capacités.

➢ **Devant une attaque terroriste ou une situation de violence**

Devant une attaque terroriste ou une situation de violence , le sauveteur tentera d'appliquer les consignes nationales édictées par le ministère de l'intérieur et disponibles en ligne « réagir en cas d'attaque terroriste ».
Ainsi la conduite à tenir pour le sauveteur avant l'arrivée des forces de l'ordre pourrait être la suivante :

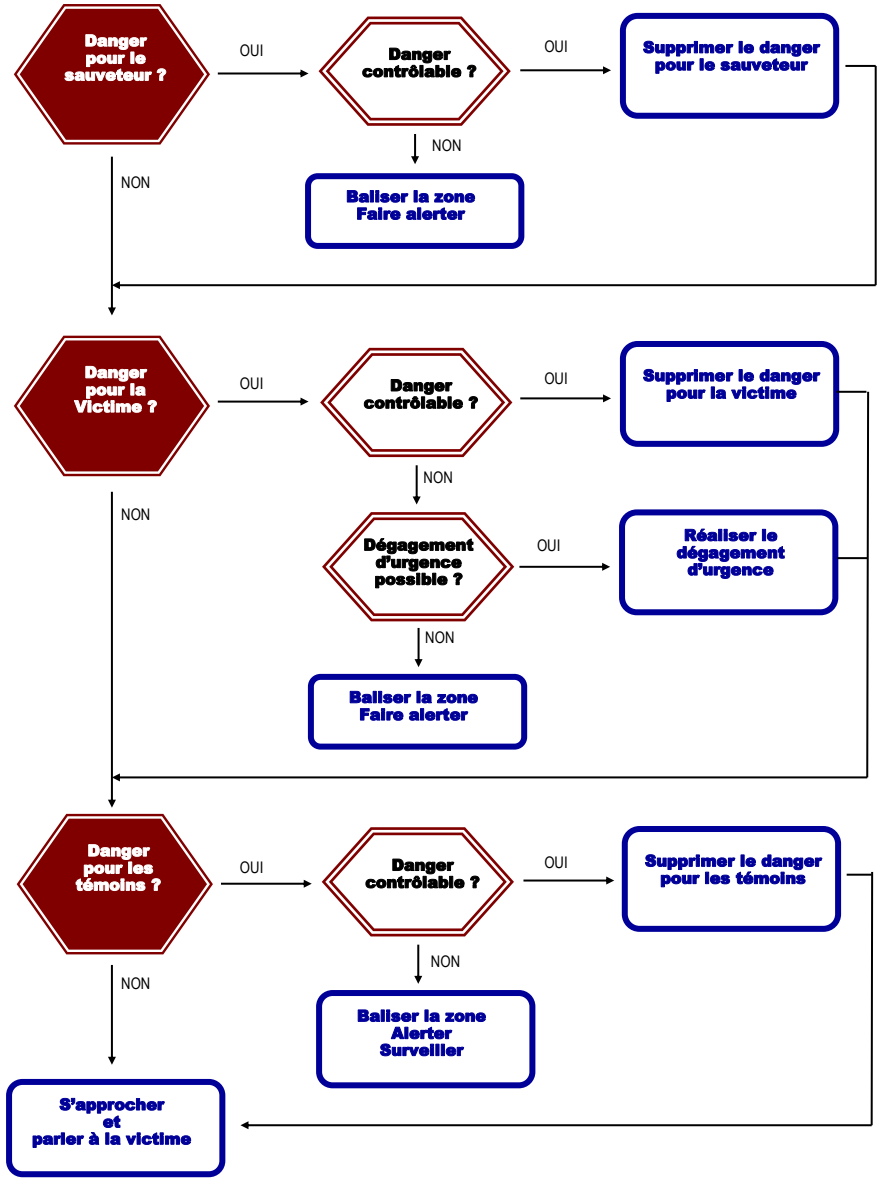
- **s'échapper**,
- si c'est possible **se cacher**,
- **alerter,**
- **obéir aux force de l'ordre**,
- **réaliser les gestes de premier secours**,
- **rester vigilant**..

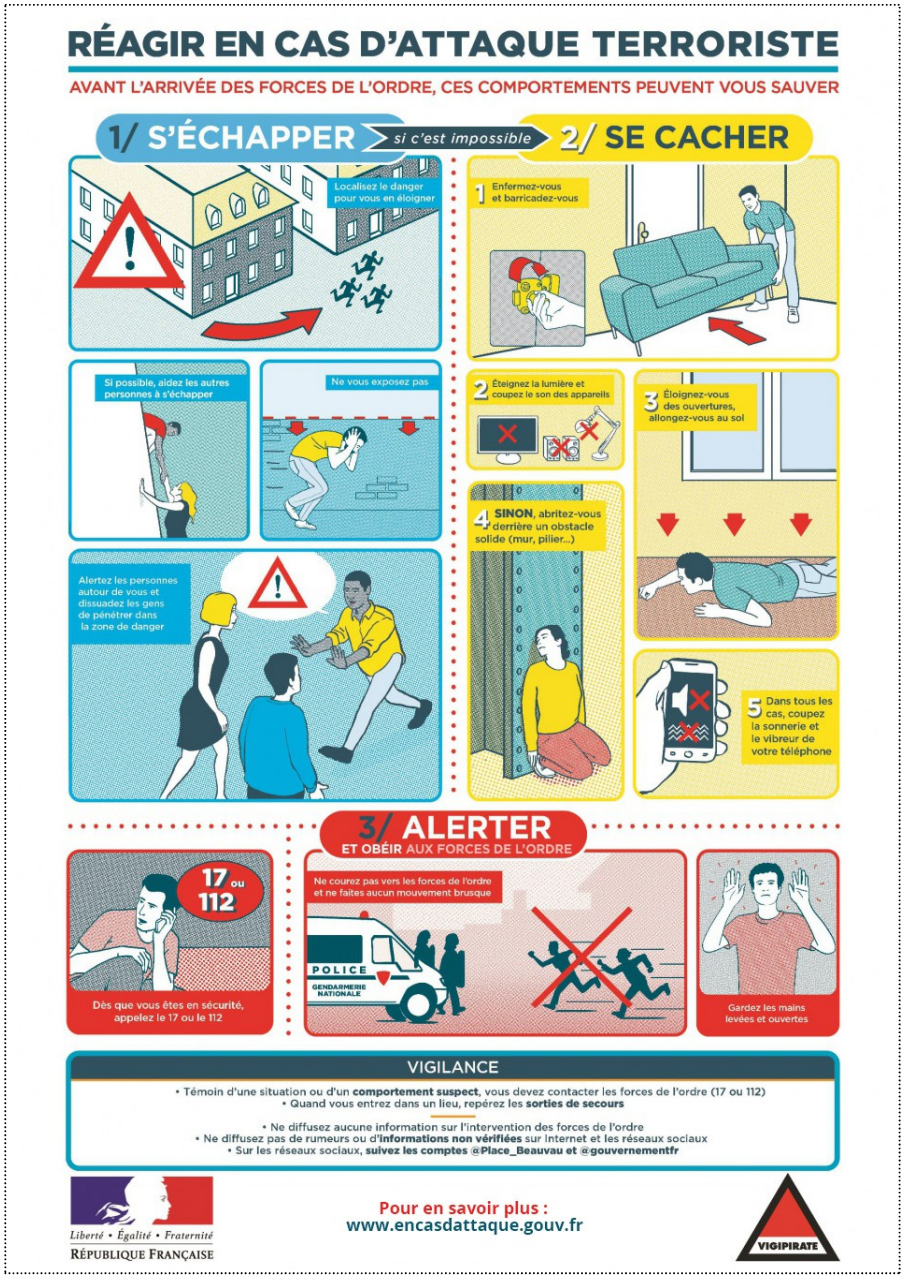
➢ **En période épidémique de maladie à transmission respiratoire (covid 19, grippe, …)**

Le sauveteur doit appliquer les mesures barrières, de distance physique et d'isolement pour se protéger et protéger l'entourage :

- demander aux proches et aux témoins de respecter les mesures barrières et de distance physique;
- demander à la victime de s'isoler si possible dans une pièce séparée, et de porter un masque. Si ce dernier gêne la ventilation de la victime, il doit être retiré;
- garder ses distances avec la ou les personnes malades, ne pas les toucher surtout si elles ne portent pas de masque ;
- faire réaliser les gestes de secours par la victime sur elle même si elle le peut ;
- s'il faut s'approcher de la victime, se protéger avec un masque ;
- ne pas se toucher les yeux, le nez, la bouche et le visage;
- à la fin de l'intervention, se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec une serviette ou un essuie-main, à défaut utiliser une solution hydro-alcoolique.

Arbre de décision (hors attaque terroriste/situation de violence et période épidémique)





Alerte et Protection des Populations

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier les signaux d'alerte aux populations et indiquer les mesures de protection à prendre pour vous et votre entourage.

Principe d'organisation

L'alerte aux populations est une mesure exceptionnelle, dont l'efficacité repose sur une connaissance préalable des risques particuliers auxquels les personnes sont exposées.
L'alerte est diffusée par un ensemble d'outils permettant d'alerter la population de la survenance d'une crise grâce aux sirènes, aux médias, aux réseaux sociaux ou encore grâce aux entreprises. D'autres outils permettent également de diffuser l'information ou d'alerter la population, comme les panneaux à message variable des communes, des autoroutes ...

Le premier volet est l'alerte des populations qui consiste à diffuser un signal destiné à avertir les individus d'un danger éminent ou d'un événement grave, en train de produire ses effets et susceptible de porter atteinte à leur intégrité physique. Il se compose de deux codes distincts :

- le **SNA** (**S**ignal **N**ational d'**A**lerte) : variation du signal sur trois cycles successifs d'une durée de 1 minute et 41 secondes ;
- le signal de fin d'alerte : signal continu de 30 secondes.

La diffusion de ces signaux repose sur un réseau d'environ 5.300 sirènes permettant, de jour comme de nuit, d'attirer rapidement l'attention des populations pour les appeler à réagir.
Des essais de ce réseau se déroulent le premier mercredi de chaque mois, à midi. Ils permettent à la population d'être capable d'identifier clairement le signal. Lors de ces essais mensuels, le signal émis est une variation sur un seul cycle de 1 minute et 41 secondes , pour ne pas être confondu avec le SNA.

Par ailleurs, lorsqu'il existe des risques particuliers (chimique, radioactif, infectieux…) et afin de prévenir les populations concernées, des systèmes d'alerte adaptés sont mis en place afin de pouvoir diffuser un signal.
Le déclenchement du SNA appelle une réaction immédiate de la population afin d'assurer son information ainsi que son confinement ou son évacuation .

Le deuxième volet, est l'information, qui est primordiale pour que les populations adoptent les comportement de sauvetage adéquats. Les services de l'Etat peuvent compter sur des acteurs majeurs et particulièrement connectés pour prévenir la population si la situation l'exige. Les messages d'alerte et de prévention des Ministères sont diffusés de façon prioritaire sur Twitter, Facebook et Google mais aussi par certains canaux de communication de la RATP, Vinci Autoroute, Radio-France et France Télévisions. Parallèlement, le Ministère de l'Intérieur invite l'ensemble des utilisateurs de Twitter à s'abonner et activer les notifications du compte @beauvau_alerte qui permet à chacun d'être notifié sur son téléphone en cas d'événement grave :

D'autres moyens sont disponibles :

- Facebook offre la possibilité au ministère de l'intérieur de communiquer via un dispositif de communication lié à son outil « Safety Check ». Cette fonctionnalité se déclenche lorsqu'un évènement met en danger la population et permet aux utilisateurs de Facebook d'indiquer à leurs proches qu'ils se trouvent en sécurité. Les messages du ministère trouvent une visibilité rapide et forte.
- Google relaie sur le moteur de recherche, au travers de son outil « Posts on Google », les messages du ministère pour les utilisateurs effectuant des recherches dans la zone impactée ou lorsque les mots clés tapés par un utilisateur sont en rapport avec l'évènement en cours (attentat, ouragan, fusillade, lieu,..).
- Les sociétés RATP, Vinci autoroutes, France Télévisions et Radio France relaient aussi via leurs applications, réseaux sociaux ou panneaux d'information les messages du ministère si la situation l'exige.

Ces dispositifs s'ajoutent à ceux déjà existants : les prises de parole des autorités ainsi que les messages d'alerte et de prévention sur les comptes Twitter et des pages Facebook de la place Beauvau, des préfectures et des différentes directions du ministère de l'intérieur

Cas particulier

Seuls les dispositifs d'alerte propres aux aménagements hydrauliques émettent un signal distinct en cas de danger (corne de brume). Il s'agit alors d'un signal d'évacuation.

Conduite à tenir

La population doit être sensibilisée aux bons comportements en amont afin d'avoir la réaction la plus adaptée dès le déclenchement du SNA et jusqu'à la fin de l'alerte. Ainsi « toute personne concourt par son comportement à la sécurité civile », conformément à l'article L721.1 du code de la sécurité intérieure. Les comportements de sauvegarde sont les suivants :

- **se mettre en sécurité**, rejoindre sans délai un bâtiment
- **s'informer** sur la situation
  - d'écouter la radio, France Bleu, France Info, radios locales
  - de regarder la télévision sur une des chaînes du réseau de France Télévisions
  - de consulter les sites et comptes des réseaux sociaux du gouvernement, du ministère de l'intérieur et des préfectures
  - de respecter les consignes des autorités en fonction du type de risque, il peut être demandé de se confiner ou d'évacuer
- **se confiner**
  - de fermer les portes et fenêtres
  - de calfeutrer les portes, les fenêtres et les bouches d'aération
  - d'arrêter les systèmes de ventilation ou de climatisation

En cas d'évacuation, emportez votre Kit d'urgence préparé à l'avance.

Dans tous les cas :

- restez en sécurité et n'allez pas chercher vos enfants à l'école car ils sont protégés par leurs enseignants
- ne téléphonez qu'en cas d'urgence vitale pour laisser les réseaux disponibles pour les services de secours.

- **Les mesures barrières et de distanciation physique.**

Destinées à limiter la propagation d'une maladie infectieuse contagieuse notamment à transmission respiratoire ou par contact ces mesures sont les suivantes :

- se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydroalcoolique,
- tousser ou éternuer dans son coude ou dans son mouchoir,
- se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter,
- éviter de se toucher le visage,
- respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres,
- saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades.

En complément de ces gestes, porter un masque quand la distance de 1 m ne peut pas être respectée.

Dans le cadre d'épidémie et pour lutter contre la transmission de maladies infectieuses contagieuses, les services de l'Etat peuvent diffuser des informations générales concernant la mise en application de mesures spécifiques. Tel en a été le cas pour lutter contre l'épidémie de la COVID 19 durant l'hiver et le début de printemps 2020.

Pour en savoir plus et compléter votre kit :
http://www.interieur.gouv.fr/Alerte/Alerte-ORSEC
http://www.gouvernement.fr/risques
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_gestes_barriere.pdf

Alerte

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- de transmettre au service de secours d'urgence adapté les informations nécessaires à son intervention après avoir observé la situation.

Définition

L'alerte est l'action qui consiste à informer un service d'urgence de la présence d'une ou plusieurs victimes affectées par une ou plusieurs détresses ainsi que de la nature de l'assistance qui leur est apportée.

Justification

L'absence d'information d'un service d'urgence peut compromettre la vie ou la santé d'une victime malgré les gestes de premiers secours assurés par un sauveteur. Le rôle du sauveteur dans l'alerte est donc essentiel.

L'alerte doit être transmise, par le sauveteur ou un témoin, par les moyens disponibles les plus appropriés. Elle doit être rapide et précise afin de diminuer au maximum les délais de mise en œuvre de la chaîne de secours et de soins.

L'alerte doit être réalisée, après une évaluation rapide de la situation et des risques et une éventuelle mise en sécurité des personnes, auprès d'un numéro d'urgence gratuit :

- le **18**, numéro d'appel des sapeurs-pompiers, en charge notamment des secours d'urgence aux personnes, des secours sur accidents, incendies ;

- le **15**, numéro d'appel des SAMU, en charge de la réponse médicale, des problèmes urgents de santé et du conseil médical

- le **112**, numéro de téléphone réservé aux appels d'urgence et valide dans l'ensemble de l'Union Européenne

- le **114**, numéro d'appel accessible par SMS , fax, visio et tchat, réservé aux déficients auditifs (réception et orientation des personnes malentendantes vers les autres numéros d'urgence). Ce service peut aussi être utilisé pour les personnes qui souhaitent alerter les secours dans le cadre de violences familiales et qui ne peuvent pas parler à haute voix.

Les secours peuvent conserver l'appelant au téléphone pour le conseiller ou le guider dans l'exécution de gestes, jusqu'à leur arrivée.

Conduite à tenir

- contacter un service d'urgence à l'aide du moyen le plus adapté :
  - téléphone portable ou à défaut un téléphone fixe
  - borne d'appel

- transmettre les informations :
  - le numéro de téléphone ou de la borne à partir duquel l'appel est passé
  - la nature du problème : maladie, accident, attaque terroriste …
  - en cas de situation à multiples victimes, préciser le nombre de victimes
  - la localisation la plus précise possible de l'évènement.

- répondre aux questions posées par les services de secours
- appliquer les consignes données
- **raccrocher, sur les instructions de l'opérateur.**

➢ **Lorsque le sauveteur demande à une personne de donner l'alerte il convient :**
- avant l'alerte, de s'assurer qu'elle possède tous les éléments ;
- après l'alerte, de vérifier qu'elle a correctement exécuté l'action.

Si possible envoyer une personne pour accueillir les secours et organiser leur accès sur le lieu de l'accident, au plus près de la victime.

Cas particulier : la victime présente des manifestations qui peuvent faire évoquer une maladie infectieuse respiratoire (grippe, covid-19, etc.).
Si la victime présente des signes comme de la toux et de la fièvre ou tout autre symptôme grippal sans signes de détresse vitale, demander à la victime ou à son entourage de :
- appeler son médecin traitant. Ce dernier pourra éventuellement réaliser une téléconsultation,
- respecter les mesures barrières et de distanciation physique.

Si la victime a du mal à respirer au repos ou à l'effort ou présente les signes d'une urgence vitale, appeler un numéro d'urgence.

Obstruction BRUTALE des voies aériennes

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier l'obstruction brutale des voies aériennes complète ou partielle
- réaliser l'enchainement des techniques qui permettent d'obtenir une désobstruction des voies aériennes
- d'indiquer la conduite à tenir face à une obstruction partielle

Définition

L'obstruction brutale des voies aériennes (OBVA) est la gêne ou l'empêchement brutal des mouvements de l'air entre l'extérieur et les poumons. Elle est qualifiée :

- d'obstruction partielle, lorsque l'air peut encore atteindre les poumons. La respiration reste efficace.
- d'obstruction complète lorsque l'air ne peut plus atteindre les poumons la respiration n'est plus efficace ou impossible

Causes

Les corps étrangers qui sont le plus souvent à l'origine d'une obstruction aiguë des voies aériennes sont les aliments (noix, cacahuètes, carottes) ou des objets (aimants de magnets, jouets). L'OBVA peut survenir à tout âge mais elle est plus fréquente chez l'enfant et chez la personne âgée. L'obstruction, se produit le plus souvent lorsque la personne est en train de manger, de boire ou de porter un objet à la bouche.
Des facteurs de risques exposent au risque de survenue d'une OBVA par corps étranger comme, la prise de médicaments, d'alcool, les maladies neurologiques qui diminuent ou altèrent la déglutition ou la toux, la démence mais aussi une mauvaise dentition.

Signes

Demander à la victime **« est-ce que vous vous étouffez ? ».**
Si la victime peut parler, crier, tousser et respirer parfois avec un bruit surajouté, il s'agit d'une obstruction partielle.
Si la victime ne peut plus parler, crier, tousser ou émettre un son, garde la bouche ouverte, s'agite, devient rapidement bleu. Il s'agit d'une obstruction complète

Risques

Une obstruction brutale des voies aériennes par un corps étranger peut mettre en jeu immédiatement la vie de la victime ou entraîner des complications qui peuvent survenir plusieurs jours après.

Principes d'action

L'action du sauveteur doit permettre :

- de désobstruer les voies aériennes, en cas d'obstruction complète ;
- d'empêcher toute aggravation en cas d'obstruction partielle.

Conduite à tenir

➢ **La victime présente une obstruction partielle :**

- installer la victime dans la position où elle se sent le mieux
- encourager à tousser afin d'aider au rejet du corps étranger
- demander un avis médical et appliquer les consignes
- surveiller attentivement la victime

Si la toux devient inefficace et que la victime montre des signes de fatigue il convient alors d'appliquer la conduite à tenir devant une obstruction complète.

➢ **La victime présente une obstruction complète :**

- donner 1 à 5 claques dans le dos [TECHNIQUE 1]
- réaliser 1 à 5 compressions en cas d'inefficacité des « claques dans le dos » :
  - au niveau abdominal s'il s'agit d'un adulte ou d'un enfant [TECHNIQUE 2]
  - au niveau thoracique :
    - s'il s'agit d'un nourrisson [TECHNIQUE 3]
    - s'il s'agit d'un adulte obèse ou d'une femme enceinte lorsqu'il est impossible d'encercle l'abdomen [TECHNIQUE 3]
    - s'il s'agit d'un malade alité difficilement mobilisable [TECHNIQUE 3]

- répéter le cycle « claques dans le dos » et « compressions »
- interrompre les manœuvres dès :
  - l'apparition d'une toux, de cris ou de pleurs
  - la reprise de la respiration
  - le rejet du corps étranger

Si la victime perd connaissance :

L'accompagner au sol puis :

- faire alerter ou alerter les secours
- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire
- rechercher la présence du corps étranger dans la bouche, à la fin de chaque cycle de compressions thoraciques. Le retirer prudemment s'il est accessible.
- poursuivre les gestes de réanimation jusqu'à ce que la victime respire normalement ou jusqu'au relais avec les services de secours

Si les manœuvres de désobstruction sont efficaces :

- installer la victime dans la position où elle se sent le mieux
- la réconforter en lui parlant régulièrement
- desserrer les vêtements
- faire alerter ou alerter les secours et appliquer leurs consignes
- surveiller la victime

INDICATION

Cette technique est indiquée en cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger.

JUSTIFICATION

Le but de la claque dans le dos est de provoquer un mouvement de toux pour débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes.

POINTS CLEFS

La claque doit être donnée :

- **entre les 2 omoplates**
- **avec le talon de la main ouverte**
- **de façon vigoureuse**

Technique 1 - DESOBSTRUCTION PAR LA METHODE DES CLAQUES DANS LE DOS

La technique de désobstruction des voies aériennes varie en fonction du gabarit de la victime

♦ Chez l'adulte et le grand enfant

- Laisser dans la position la victime (debout ou assise)
- Se placer sur le côté et légèrement en arrière de la victime
- Soutenir le thorax avec une main
- Pencher vers l'avant la victime
- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates avec le talon de la main ouverte.

♦ Chez la victime qui peut tenir sur la cuisse du sauveteur

- S'asseoir
- Basculer la victime sur sa cuisse, la face vers le bas
- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates avec le talon de la main ouverte

♦ Chez la victime qui peut tenir sur l'avant-bras du sauveteur (nourrisson, petit enfant)

- Coucher la victime à califourchon sur l'avant bras, la face vers le sol
- Maintenir sa tête avec les doigts, de part et d'autre de la bouche : le pouce d'un côté et un ou deux doigts de la même main de l'autre côté placés au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure sans appuyer sur la gorge ;
- Incliner la victime afin que la tête soit plus basse que le thorax
- Donner 1 à 5 claques, entre les deux omoplates, avec le talon de la main ouverte.

INDICATION

Cette technique est indiquée en cas d'obstruction complète des voies aériennes par un corps étranger chez un adulte ou un enfant après une série de 5 claques dans le dos inefficaces et si le sauveteur peut se tenir debout ou à genou derrière la victime.

JUSTIFICATION

Le but de cette technique est de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime afin d'expulser le corps étranger par un effet de « piston ».
Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser.

POINTS CLEFS

La compression doit être faite :

- **au creux de l'estomac**
- **sans appuyer sur les côtes**
- **vers l'arrière et vers le haut**

Technique 2 - DESOBSTRUCTION PAR LA METHODE DES COMPRESSIONS ABDOMINALES

Adulte et enfant

♦ Chez l'adulte et chez l'enfant

- Se placer debout ou à genoux (enfant) derrière la victime, contre son dos.
- Passer ses bras, sous ceux de la victime, de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen
- Pencher la victime vers l'avant
- Placer le point fermé (dos de la main vers le ciel) juste au-dessus du nombril
- Placer la seconde main sur la première, les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes.
- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut
- Effectuer de 1 à 5 compressions, en relâchant entre chacune.

INDICATION

Cette technique est indiquée en cas d'obstruction complète des voies aériennes par un corps étranger, lorsqu'il est impossible d'encercler l'abdomen de la victime (obèse, femme enceinte dans les derniers mois de grossesse ...), et après une série de 5 claques dans le dos inefficaces.

JUSTIFICATION

Le but de cette technique est de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime afin d'expulser le corps étranger par un effet de « piston ».
Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser.

POINTS CLEFS

Les compressions thoraciques doivent être :

- **au milieu du sternum**
- **sans appuyer sur les côtes**
- **vers l'arrière**

Technique 3 - DESOBSTRUCTION PAR LA METHODE DES COMPRESSIONS THORACIQUES

♦ Impossibilité d'encercler l'abdomen de la victime

- Se positionner derrière la victime
- Placer ses avant-bras sous les bras de la victime et encercler la poitrine de la victime
- Placer le point fermé (dos de la main vers le ciel) au milieu du sternum, sans appuyer sur la pointe inférieure du sternum
- Placer l'autre main sur la première sans appuyer les avant-bras sur les côtes
- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière
- Effectuer de 1 à 5 compressions, en relâchant entre chacune

Cas particulier :
Chez la victime consciente et alitée, difficilement mobilisable, qui présente une obstruction grave des voies aériennes, le sauveteur peut réaliser des compressions thoraciques comme pour le massage cardiaque.

INDICATION

Cette technique est indiquée en cas d'obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger, chez une victime qui peut tenir sur l'avant bras du sauveteur et immédiatement après une série de 5 claques dans le dos inefficaces.

JUSTIFICATION

Le but de cette technique est de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime afin d'expulser le corps étranger par un effet de « piston ».
Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser.

POINTS CLEFS

Les compressions thoraciques doivent être :

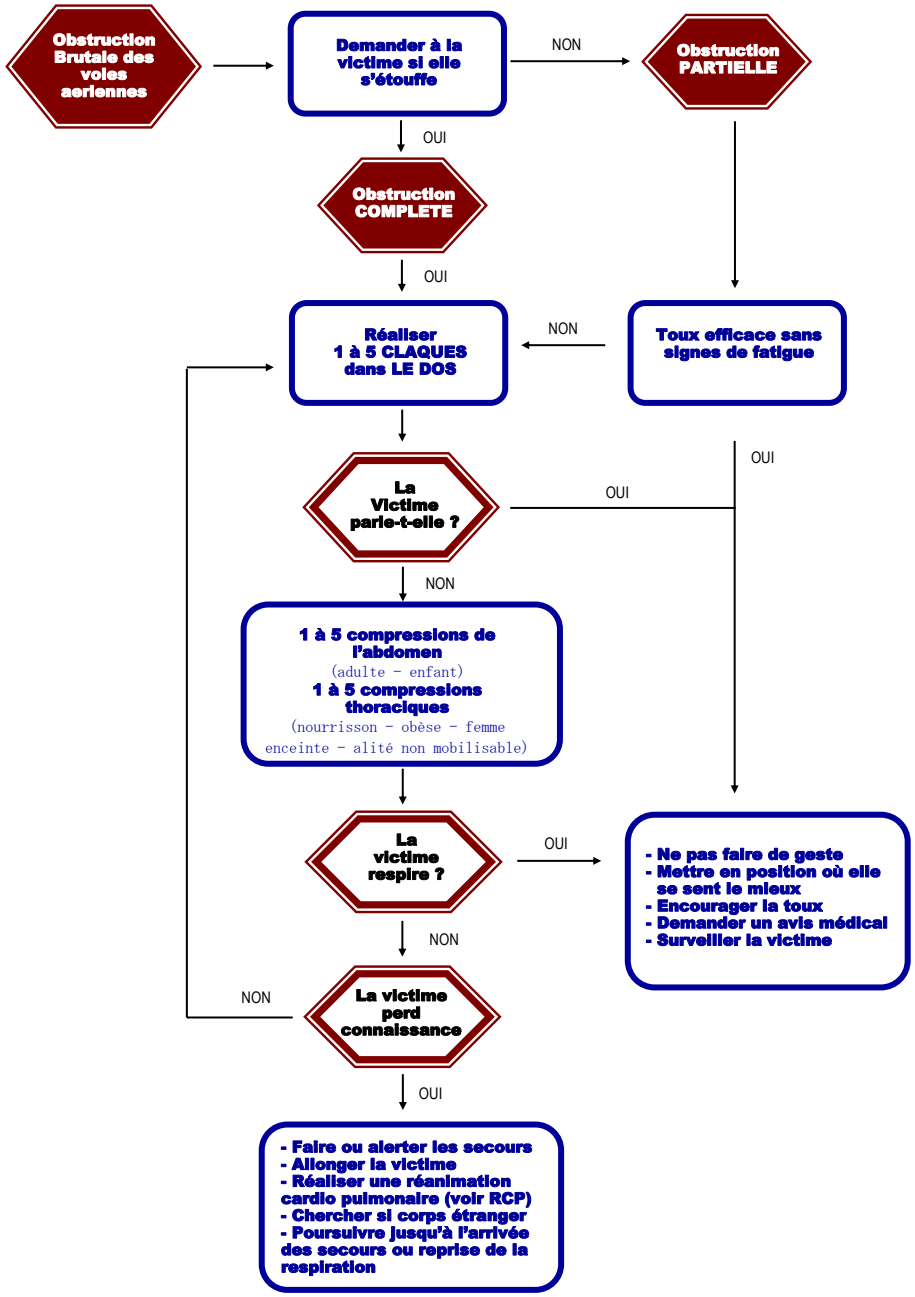
- **au milieu de la poitrine**
- **profondes**

Technique 3 bis - DESOBSTRUCTION PAR LA METHODE DES COMPRESSIONS THORACIQUES

♦ Chez le nourrisson

- Placer l'avant-bras contre le dos du nourrisson, la main soutenant sa tête
- Tourner le nourrisson pour que sa face soit côté ciel.
- 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.
- Placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au dessus d'un repère constitué par le bas du sternum à la jonction des dernières cotes.
- Effectuer de 1 à 5 compressions profondes et successives en relâchant entre chacune.

Arbre de décision (hors période épidémique)



Notes personnelles

Hémorragies externes

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier une hémorragie
- de réaliser une compression directe de l'endroit qui saigne ou de poser un garrot en vous protégeant si possible
- de choisir le geste et/ou la position la plus adaptée pour éviter l'aggravation d'une victime qui saigne du nez ou bien qui vomit ou crache du sang

Définition

Une hémorragie, est une perte de sang prolongée qui provient d'une plaie ou d'un orifice naturel et qui ne s'arrête pas spontanément.

Signes

Une hémorragie imbibe de sang un mouchoir de tissu ou de papier en quelques secondes.
Un saignement dû à une écorchure, une éraflure ou une abrasion cutanée, qui s'arrête spontanément n'est pas une hémorragie.
Le plus souvent, il est facile de constater une hémorragie. Toutefois, celle-ci peut temporairement être masquée par la position de la victime ou un vêtement particulièrement absorbant (manteau, blouson…).

Causes

L'hémorragie est généralement secondaire à un traumatisme comme un coup, une chute, une plaie par un objet tranchant (couteau), un projectile (une balle) ou une maladie comme la rupture de varice chez la personne âgée.

Risques

Les risques d'une perte abondante ou prolongée de sang sont :

- **pour la victime** : d'entraîner une détresse circulatoire ou un arrêt cardiaque, par une diminution importante de la quantité de sang dans l'organisme ;
- **pour le sauveteur** : d'être infecté par une maladie transmissible s'il présente des effractions cutanées (plaies, piqures) ou en cas de projection sur les muqueuses (bouche, yeux).

Principes d'action

Le sauveteur doit arrêter ou limiter la perte de sang de la victime et retarder l'installation d'une détresse qui peut entraîner la mort.

Si le sauveteur risque d'entrer en contact avec le sang de la victime, il doit si possible :

- se protéger par le port de gants ;
- à défaut glisser sa main dans un sac plastique.

En cas de contact avec le sang d'une victime :

- ne pas porter les mains à la bouche, au nez ou aux yeux ;
- ne pas manger avant de s'être lavé les mains et de s'être changé ;
- retirer les vêtements souillés de sang le plus tôt possible après la fin de l'action de secours ;
- se laver les mains ou toute zone souillée par le sang de la victime, appliquer éventuellement un gel hydroalcoolique
- demander un avis médical, sans délai si le sauveteur :
  - présente une plaie, même minime, ayant été souillée ;
  - a subi une projection sur le visage.

Conduite à tenir

➢ **En présence d'une hémorragie :**

- constater l'hémorragie, si nécessaire en écartant les vêtements
- demander à la victime de comprimer immédiatement l'endroit qui saigne, ou à défaut, le faire à sa place pour arrêter l'hémorragie externe [TECHNIQUE 4]
- faire maintenir ou maintenir la compression
- allonger la victime, par exemple sur un lit, un canapé ou à défaut sur le sol pour retarder ou empêcher l'installation d'une détresse liée à la perte importante de sang
- alerter les secours.
- un pansement compressif peut remplacer la compression manuelle seulement si elle a permis d'arrêter le saignement. Le pansement compressif ne peut pas remplacer la compression manuelle si l'hémorragie n'est pas contrôlée. Si le saignement se poursuit après la mise en place d'un pansement compressif, reprendre la compression directe par-dessus le pansement compressif ;
- si la compression directe d'une hémorragie d'un membre est inefficace (le saignement persiste malgré tout) ou impossible (nombreuses victimes, catastrophes, situation de violence collective ou de guerre, nombreuses lésions, plaie inaccessible, corps étranger), mettre en place un garrot improvisé au dessus de la plaie pour arrêter le saignement (entre le cœur et la plaie). Cependant, s'il est disponible, il est préférable d'utiliser un garrot de fabrication industrielle, spécialement conçu à cet effet..
- rassurer la victime, en lui parlant régulièrement et en lui expliquant ce qui se passe
- protéger la victime contre la chaleur, le froid ou les intempéries, la réchauffer si nécessaire
- surveiller l'apparition de signes d'aggravation

Dans tous les cas, si l'état de la victime s'aggrave (sueurs abondantes, sensation de froid, pâleur intense, perte de connaissance) :

- contacter à nouveau les secours pour signaler l'aggravation ;
- pratiquer les gestes qui s'imposent si la victime a perdu connaissance ou présente un arrêt cardiaque.

➢ **En présence d'une victime qui saigne du nez :**

- l'asseoir, tête penchée en avant (ne jamais l'allonger) ;
- lui demander de se moucher vigoureusement ;
- lui demander de comprimer ses narines, avec les doigts, durant 10 mn, sans relâcher ;
- demander un avis médical si :
  - le saignement ne s'arrête pas ou se reproduit ;
  - le saignement survient après une chute ou un coup ;
  - la victime prend des médicaments, en particulier ceux qui augmentent les saignements.

➢ **En présence d'une victime qui vomit ou crache du sang :**

Il s'agit d'un signe pouvant traduire une maladie grave nécessitant une prise en charge médicale.

- Installer la victime dans la position : - où elle se sent le mieux si elle est consciente ;
  - allongée, en PLS si elle a perdu connaissance et respire ;
- faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes;
- surveiller en permanence.

➢ **En présence d'une victime qui perd du sang par un orifice naturel (sauf le nez) et de façon inhabituelle :**

- allonger la victime ET faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes.

En cas d'aggravation :

- contacter à nouveau les secours pour signaler l'aggravation ;
- pratiquer les gestes qui s'imposent si la victime a perdu connaissance.

INDICATION

La compression directe est indiquée sur toute plaie qui saigne abondamment.

JUSTIFICATION

La compression des vaisseaux sanguins, au niveau d'une plaie arrête le saignement.

POINTS CLEFS

La compression locale doit être :

- **suffisante pour arrêter le saignement**
- **permanente**

Technique 4 - COMPRESSION DIRECTE

♦ Compression locale par <u>compression manuelle</u>

- Appuyer fortement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main, en interposant une épaisseur de tissu propre recouvrant complètement la plaie (mouchoirs, torchons, vêtements…) et ce jusqu'à l'arrivée des secours.

En l'absence de tissu, la victime si elle le peut ou le sauveteur appuie directement avec sa main.

♦ Compression locale par <u>pansement compressif</u>

Le pansement compressif peut remplacer la compression manuelle seulement si elle a permis d'arrêter le saignement. Il est utilisé pour libérer le sauveteur et si la victime ne peut pas appuyer elle-même sur la plaie qui saigne.
Il est réalisé par une épaisseur de tissu propre recouvrant complètement la plaie (mouchoirs, torchons, vêtements…) fixée par une bande élastique ou un lien large assez long pour serrer suffisamment et maintenir ainsi l'arrêt du saignement.

L'usage du pansement compressif est impossible lorsque l'endroit qui saigne est situé au niveau du cou, de la tête, du thorax ou de l'abdomen.

INDICATION

Cette technique est indiquée en cas d'hémorragie d'un membre lorsque la compression directe est inefficace ou impossible.

JUSTIFICATION

Le but de cette technique est d'arrêter une hémorragie externe en interrompant totalement la circulation de sang du membre, en aval de l'endroit où il est posé.

POINTS CLEFS

Le garrot doit :

- **être situé en amont de la plaie qui saigne (entre le cœur et la plaie)**
- **être serré pour arrêter le saignement**

Technique 5 - LE GARROT

♦ Matériel

Garrot improvisé :

- Lien de toile, solide, non élastique, improvisé de 3 à 5 cm de large et d'au moins 1,50 m de longueur (cravate, écharpe, foulard, chemise) ;
- Barre, pièce longue de 10 à 20 cm environ en bois solide, PVC dur ou métal rigide pour permettre le serrage.

Garrot de fabrication industrielle :

Il existe dans le commerce des garrots spécialement conçus qui peuvent faire éventuellement partie d'une trousse de secours. Ces garrots équipés d'une barre de serrage ou d'un dispositif à cran, d'un lien large et d'un système de sécurité ont montré une excellente efficacité. Il ne faut pas utiliser les garrots élastiques prévus pour les prises de sang.

♦ Réalisation

Le garrot est mis en place idéalement à 5 à 7 cm au-dessus de la plaie (entre le cœur et la plaie), jamais sur une articulation :

Garrot improvisé :

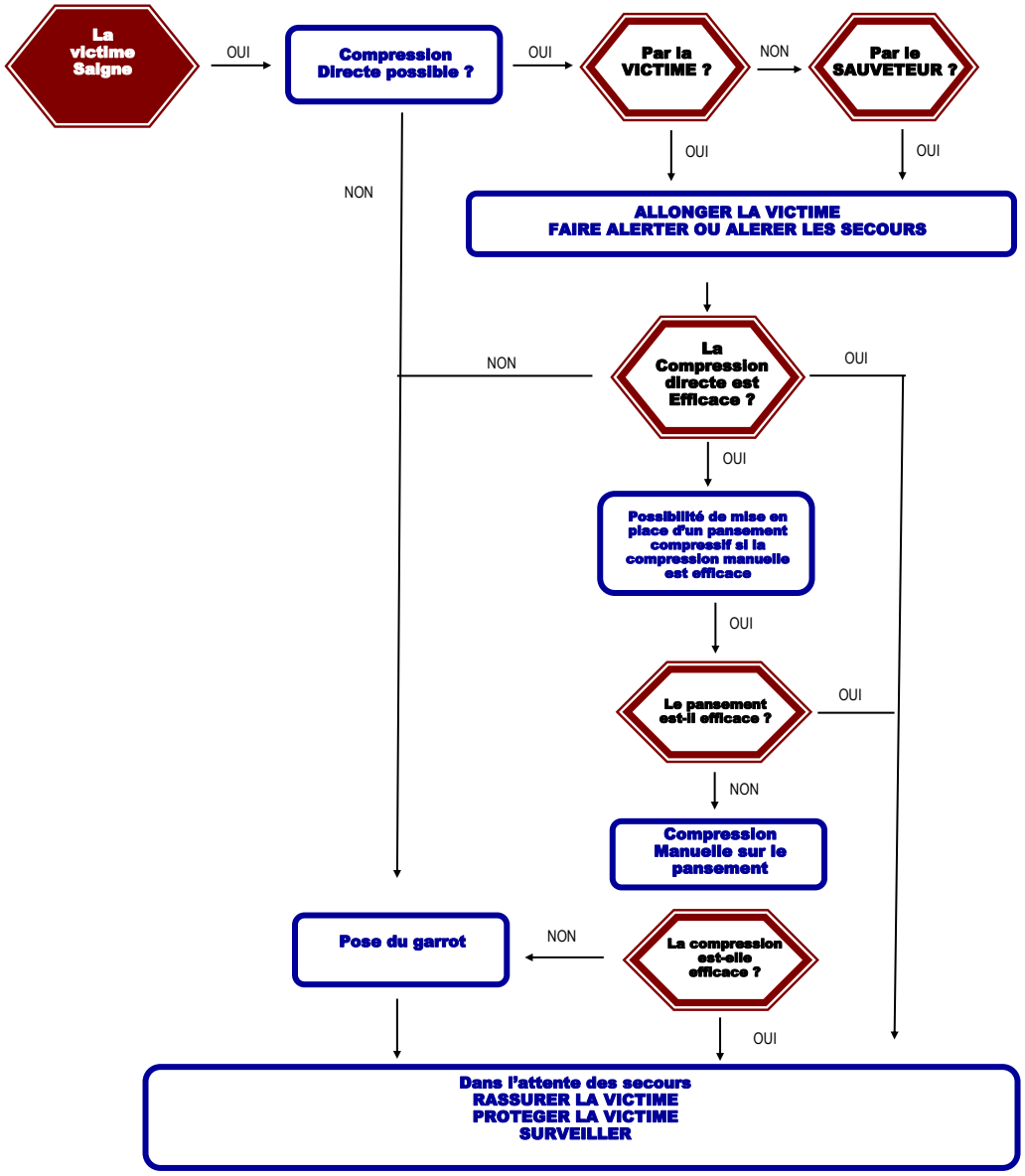
1. faire deux tours autour du membre avec le lien large à l'endroit où le garrot doit être placé ;
2. faire un nœud ;
3. placer au dessus du nœud la barre et faire deux nœuds par dessus pour la maintenir ;
4. tourner la barre de façon à serrer le garrot jusqu'à l'arrêt du saignement et maintenir le serrage même si la douleur provoquée est intense. Il est toutefois possible de maintenir le serrage en bloquant la position du bâton avec un second lien par exemple, ou en bloquant la position de la barre par quelques moyen que ce soit si le sauveteur doit se libérer

NB : En l'absence de barre, faire le garrot uniquement avec le lien large. Réaliser une boucle en glissant le lien au niveau de l'hémorragie. Glisser une partie du lien dans la boucle afin que le garrot entoure le membre. Serrer le nœud du garrot le plus fortement possible en tirant sur chaque extrémité du lien et réaliser un double nœud de maintien. Une fois mis en place, le garrot doit toujours rester visible (ne pas le recouvrir) et ne jamais être retiré sans avis médical.

Garrot de fabrication industrielle :

Suivre les instructions du fabricant.

Arbre de décision



Notes personnelles

Perte de connaissance

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier une victime qui présente une perte de connaissance
- de maintenir libres les voies aériennes d'une victime qui a perdu connaissance et qui respire en attendant l'arrivée des secours

Définition / Signes

Une personne a perdu connaissance lorsqu'elle ne répond à aucune sollicitation verbale ou physique, mais qu'elle respire.

Causes

Les causes de cette perte de connaissance peuvent être d'origine
- traumatique,
- médicale,
- toxique.

Risques

Le risque de la perte de connaissance est d'évoluer vers l'arrêt respiratoire et l'arrêt cardiaque.
En effet, la respiration n'est possible que si les voies aériennes permettent le passage de l'air sans encombre.
Une personne qui a perdu connaissance, laissée sur le dos, est toujours exposée à des difficultés respiratoires, du fait de l'encombrement ou de l'obstruction des voies aériennes par :
- des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) ;
- la chute de la langue en arrière.

Principes d'action

Le sauveteur doit assurer la liberté des voies aériennes de la victime afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur en attendant l'arrivée des secours.

Cas particuliers : .

en période d'épidémie telle que la COVID 19 :
- se protéger si possible avec un masque ;
- questionner la victime et voir si elle réagit, sans la toucher ;
- apprécier la respiration de la victime en regardant si son ventre et sa poitrine se soulèvent. Ne pas procéder à la bascule de la tête de la victime en arrière, ne pas tenter de lui ouvrir la bouche, ne pas se pencher au-dessus de la face de la victime et ne pas mettre son oreille et sa joue au-dessus de la bouche et du nez de la victime.

Si la victime ne répond pas et présente une respiration normale :
- Laisser la victime dans la position ou elle se trouve ;
- faire alerter ou alerter les secours, respecter leurs consignes ;
- surveiller en permanence la respiration de la victime en regardant son ventre et sa poitrine.

Dès que possible, se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon ou se désinfecter les mains avec un gel à base d'alcool puis contacter les autorités sanitaires pour se renseigner sur la conduite à tenir (dépistage après avoir été en contact avec une personne cas suspect ou confirmé de COVID 19).

Conduite à tenir

➢ **Rechercher l'absence de réponse et pour cela** :
- poser des questions simples (« Comment ça va ? », « Vous m'entendez ? »)
- secouer doucement les épaules ou lui prendre la main et demander d'exécuter un ordre simple (« Serrez-moi la main »...)

➢ **Si la victime ne répond pas et ne réagit pas, il convent de** :
- demander de l'aide, si vous êtes seul
- l'allonger sur le dos
- libérer les voies aériennes [TECHNIQUE 6]
- apprécier la respiration sur 10 secondes au plus. Pour cela :
  - maintenir la libération des voies aériennes
  - se pencher sur la victime, oreille et joue du sauveteur au-dessus de la bouche et du nez de la victime puis :
    - * regarder si le ventre et la poitrine se soulèvent
    - * écouter d'éventuels sons provoqués par la respiration
    - * sentir un éventuel flux d'air à l'expiration

➢ **En présence d'une victime qui ne répond pas, ne réagit pas et qui respire (perte de connaissance) à la suite d'un évènement non traumatique** :
- la placer en position stable sur le côté (Position Latérale de Sécurité) [TECHNIQUE 7]
- faire alerter ou alerter personnellement les secours
- surveiller en permanence la respiration de la victime, jusqu'à l'arrivée des secours :
  - regarder si le ventre et la poitrine se soulèvent
  - écouter d'éventuels sons provoqués par la respiration
  - sentir, avec le plat de la main, le soulèvement du thorax
- protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries

➢ **En présence d'une victime qui ne répond pas, ne réagit pas et qui respire à la suite d'un traumatisme:**
- laisser la victime sur le dos;
- faire alerter ou alerter les secours, respecter leur consignes ;
- surveiller en permanence la respiration de la victime jusqu'à l'arrivée des secours;
- protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries.

En présence d'une victime qui ne répond pas, ne réagit pas et respire à la suite d'un évènement dont on ne connait pas l'origine, agir comme en présence d'une victime qui présente un traumatisme.

Dans tous les cas, si la respiration de la victime s'arrête ou devient anormale, il convient d'adopter la conduite à tenir face à un arrêt cardiaque et de prévenir les secours de l'évolution.

INDICATION

Cette technique doit être réalisée systématiquement avant de pouvoir apprécier la respiration chez une victime qui ne répond ou ne réagit à aucune sollicitation verbale ou physique.

JUSTIFICATION

La bascule de la tête en arrière (chez l'adulte ou l'enfant) ou la mise en position neutre (chez le nourrisson) et l'élévation du menton entraînent la langue qui, en se décollant du fond de la gorge, permet le passage de l'air.

POINTS CLEFS

La liberté des voies aériennes est assurée lorsque :

- **le menton est élevé ;**
- **la tête est maintenue dans cette position.**

Technique 6 - LIBERATION DES VOIES AERIENNES

♦ Chez l'adulte ou l'enfant

- Placer la paume d'une main sur le front de la victime
- Placer 2 ou 3 doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os. Eventuellement s'aider du pouce pour saisir le menton
- Basculer doucement la tête de la victime en arrière en appuyant sur le front tout en élevant le menton pour ouvrir les voies aériennes.

♦ **Chez le nourrisson**

- Placer la paume d'une main sur le front de la victime
- Placer 2 ou 3 doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os. Eventuellement s'aider du pouce pour saisir le menton
- Amener doucement la tête en position neutre dans l'alignement du torse et <u>élever le menton tout en évitant une bascule susceptible de provoquer une extension du rachis et une gène de la ventilation.</u>

INDICATION

Cette technique est indiquée chez toute victime qui ne répond pas, ne réagit pas et respire (perte de connaissance) à la suite d'un évènement non traumatique ou à la demande du service de secours alerté.

JUSTIFICATION

La position latérale de sécurité permet de maintenir libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

POINTS CLEFS

La mise en position latérale de sécurité doit :

- **limiter au maximum les mouvements de la colonne vertébrale**
- **aboutir à une position stable, la plus latérale possible**
- **permettre un contrôle permanent de la respiration de la victime**
- **permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur (bouche ouverte).**

Technique 7 - POSITION LATERALE DE SECURITE

♦ Chez l'adulte ou l'enfant

1er temps : Préparer le retournement de la victime :

- retirer les lunettes de la victime si elle en porte.
- rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe du corps pour anticiper la position finale.
- placer le bras de la victime, 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 victime tournée vers le haut pour anticiper la position finale.
- se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime, au niveau de son thorax.
- saisir le bras opposé de la victime, et amener le dos de la main de la victime sur son oreille, côté sauveteur
- maintenir le dos de la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume pour accompagner le mouvement de la tête et diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel.
- attraper la jambe opposée de la victime, avec l'autre main, juste derrière le genou.
- relever la jambe de la victime, tout en gardant le pied au sol, pour utiliser la jambe comme « bras de levier » pour le retournement.
- s'éloigner du thorax de la victime afin de pouvoir la retourner sans avoir à reculer, si nécessaire.

2e temps : Retourner la victime :

- tirer sur la jambe relevée de la victime 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 victime, tout en préservant la bascule de la tête en arrière, en maintenant le coude de la victime à l'aide de la main du sauveteur précédemment située au genou, afin de limiter les mouvements de la colonne cervicale.

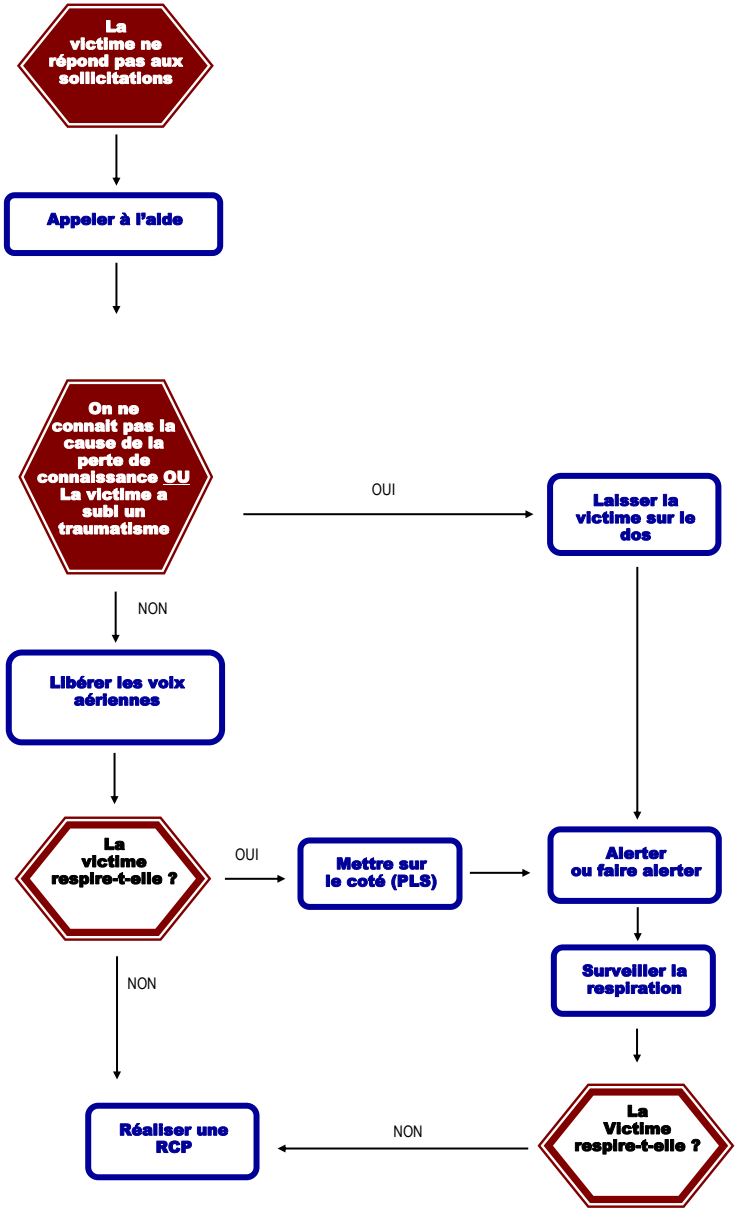
3e temps : Stabiliser la victime :

- ajuster la jambe de la victime située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit afin de stabiliser la PLS
- ouvrir la bouche de la victime pour faciliter l'écoulement des liquides vers l'extérieur, sans mobiliser la tête, et sans rabattre le menton sur le sternum .
- contrôler en permanence la respiration.

♦ Chez le nourrisson

- Placer le nourrisson sur le côté, dans les bras du sauveteur le plus souvent.

Arbre de décision



Notes personnelles

Arrêt cardiaque

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier une victime en arrêt cardiaque
- mettre en œuvre une réanimation cardio-pulmonaire et réaliser en toute sécurité une défibrillation automatisée externe

Définition

Une personne est en arrêt cardiaque lorsque son cœur ne fonctionne plus ou fonctionne d'une façon anarchique, ne permettant plus d'assurer l'oxygénation du cerveau.

Signes

Une victime est considérée comme étant en arrêt cardiaque lorsqu'elle ne répond pas, ne réagit pas et :

- ne respire pas : aucun mouvement de la poitrine n'est visible et aucun bruit ou souffle n'est perçu ;
- ou présente une respiration anormale avec des mouvements respiratoires lents, bruyants, difficiles et inefficaces, (respiration agonique)

Causes

Chez l 'adulte, l'arrêt cardiaque est le plus souvent causé par certaines maladies du cœur, la principale est l'infarctus du myocarde. Il survient brutalement et est lié à une anomalie de fonctionnement électrique du cœur : la fibrillation ventriculaire.
Chez l'enfant, l'arrêt cardiaque est le plus souvent d'origine respiratoire.

L'arrêt cardiaque peut aussi être consécutif à une détresse circulatoire (hémorragie). à une obstruction totale des voies aériennes, une intoxication, un traumatisme ou une noyade.

Risques

Le risque d'un arrêt cardiaque est la mort de la victime en quelques minutes. En effet, l'apport d'oxygène est indispensable, en particulier au niveau du cerveau et du cœur, pour assurer sa survie. Au cours d'un arrêt cardiaque, les lésions du cerveau, consécutives au manque d'oxygène, surviennent dès la première minute.

Principes d'action

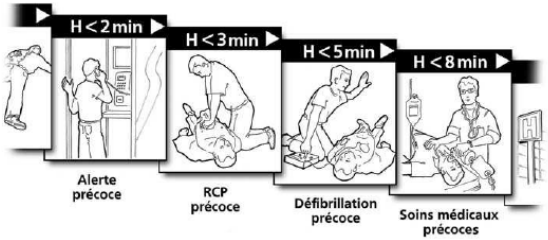
Le sauveteur doit réaliser une série d'actions pour augmenter les chances de survie de la victime :

- ALERTE : alerter de façon précoce les secours ;
- MASSER : pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) précoce ;
- DEFIBRILLER : assurer la mise en œuvre d'une défibrillation précoce.

Ces différentes étapes constituent une chaîne de survie susceptible d'augmenter de 4 à 40 % le taux de survie des victimes. Chaque minute gagnée dans la mise en place d'une RCP efficace peut augmenter de 10 % les chances de survie de la victime.

➢ La chaine de survie

Chaque minute gagnée dans la mise en place d'un DAE peut augmenter de 10% les chances de survie de la victime.



➢ Reconnaissance de signes précurseurs de l'arrêt cardiaque et alerte précoce.

La reconnaissance de signes, qui peuvent apparaître quelques minutes avant la survenue de l'arrêt cardiaque, comme une douleur brutale à la poitrine qui ne disparaît pas rapidement, doit inciter le sauveteur à alerter le Samu - centre 15 ou les pompiers (18). Devant une victime en arrêt cardiaque, une **alerte immédiate au Samu- centre 15 ou au pompiers (18) est nécessaire** pour la poursuite de la chaîne de survie

➢ Réanimation cardio-pulmonaire précoce.

Devant une victime inconsciente en arrêt respiratoire, un sauveteur doit effectuer une réanimation cardio-pulmonaire (RCP) pour assurer l'apport d'air aux poumons (ventilation artificielle) et d'oxygène aux tissus (compressions thoraciques assurant une circulation artificielle). La mise en œuvre, par les premiers témoins, **d'une RCP** précoce dès la constatation de l'arrêt cardiaque, avant l'arrivée des secours et dans l'attente d'un «défibrillateur», **double les chances de survie**.

➢ Défibrillation précoce.

Les manœuvres de RCP seules ont une efficacité limitée dans le temps. Si l'arrêt cardiaque est lié à une anomalie du fonctionnement électrique du cœur, l'application d'un choc électrique au travers de la poitrine peut être capable de restaurer une activité cardiaque normale efficace et d'éviter ainsi la mort de la victime. Sans cette action, le cœur s'arrêtera de fonctionner définitivement.
L'administration d'un choc électrique externe avec un défibrillateur automatisé externe (DAE) est sans danger pour le sauveteur, qui ne touche pas à la victime. L'association d'une RCP immédiate et d'une défibrillation précoce **améliore encore les chances de survie.**

➢ Prise en charge médicale précoce.

La RCP médicalisée constitue le dernier maillon de la « chaîne de survie ». L'arrivée sur place d'une équipe médicale permet de prendre en charge la victime et d'assurer son transport vers un service hospitalier d'accueil.
La rapidité de la prise en charge médicale de la victime, améliore les chances de survie à long terme et diminue les conséquences cérébrales de l'arrêt cardiaque. Devant un arrêt cardiaque soudain, devant un témoin, la mise en oeuvre immédiate de la chaîne de survie, grâce à l'action du premier témoin et à l'utilisation du défibrillateur automatisé externe, fait passer **les chances de survie immédiate de 4 % à 40 %.**

Conduite à tenir

➢ **Recherche l'absence de réponse et pour cela :**

- poser des questions simples (« Comment ça va ? », « Vous m'entendez ? ») ;
- secouer doucement les épaules ou lui prendre la main et demander d'exécuter un ordre simple (« serrez-moi la main » …).

Si la victime répond ou réagit : elle est consciente. Il convient d'appliquer la CAT adaptée.

Si la victime ne répond pas et ne réagit pas, il convient de :

➢ **Demander de l'aide si vous êtes seul**
➢ **l'allonger sur le dos**
➢ **libérer les voies aériennes**
➢ **apprécier la respiration sur 10 secondes au plus. Pour cela :**

- maintenir la libération des voies aériennes ;
- se pencher sur la victime, oreille et joue du sauveteur au-dessus de la bouche et du nez de la victime puis :
  - regarder si le ventre et la poitrine se soulèvent ;
  - écouter d'éventuels sons provoqués par la respiration ;
  - sentir un éventuel flux d'air à l'expiration.

En l'absence de respiration, ou si la respiration est anormale il faut débuter une RCP. Une respiration agonique doit être considérée comme un arrêt cardiaque.
Une courte période de mouvements saccadés de la victime, ressemblant à des convulsions, peut survenir au moment de l'arrêt cardiaque. Examiner la victime dès l'arrêt de ces mouvements. Si la victime ne répond pas, ne présente pas de respiration ou présente une respiration anormale, débuter la RCP.

➢ **si un tiers est présent :**

- demander au tiers d'alerter les secours et si possible de ramener un DAE.
- débuter immédiatement une RCP en répétant des cycles de 30 compressions thoraciques [TECHNIQUE 8] suivies de 2 insufflations [TECHNIQUE 9]. Le service de secours appelé pourra aider le sauveteur à la réalisation de la RCP, en donnant des instructions téléphoniques.
- en poursuivant la RCP, faire mettre en œuvre ou mettre en œuvre le DAE le plus tôt possible et suivre ses indications [TECHNIQUE 10].

➢ **si aucun tiers n'est présent :**

- alerter les secours (pour donner un maximum de chances à la victime)
  - avec un téléphone portable, si vous disposez du mode haut-parleur, l'activer et débuter immédiatement la RCP en même temps que vous alertez.
  - en l'absence de téléphone ou de réseau, quitter la victime pour aller alerter puis revenez auprès de la victime ;
- pratiquer la RCP en répétant des cycles de 30 compressions thoraciques suivies de 2 insufflations. Le service de secours appelé pourra aider le sauveteur à la réalisation de la RCP, en donnant des instructions téléphoniques.
- si un DAE est proche (le sauveteur récupère lui-même le DAE s'il est à proximité, facilement accessible et qu'il peut se le procurer immédiatement sans quitter la victime plus de 10s. Dans le cas contraire le sauveteur réalise la RCP jusqu'à ce qu'on lui apporte le DAE), le mettre en œuvre le plus tôt possible et suivre ses indications vocales en interrompant le massage le moins possible. Dans le cas contraire il attendra qu'on lui apporte un DAE.
- poursuivre la RCP entreprise jusqu'au relais par les services de secours

➢ **Dans tous les cas :**

- poursuivre la RCP entreprise jusqu'au relais par les services de secours
- si les insufflations ne peuvent pas être effectuées (répulsion, covid 19, vomissements…) ou si le sauveteur ne se sent pas capable, il doit réaliser uniquement les compressions thoraciques en continu à un rythme de 100 à 120 compressions / min ;
- ne pas retarder la défibrillation pour réaliser des compressions thoraciques alors qu'elle est prête à être réalisée.

➢ **Chez l'enfant et le nourrisson :**

Chez l'enfant et le nourrisson, en l'absence de respiration ou si la respiration est anormale, la conduite à tenir est la même que chez l'adulte, mais il convient de :

- débuter la RCP par 5 insufflations initiales avant de poursuivre par les compressions thoraciques.
- associer ensuite les compressions thoraciques aux insufflations à un rythme de 15 compressions pour 2 insufflations.

➢ **En période d'épidémie telle que la COVID 19 adapter la conduite à tenir comme suit :**

- se protéger, si possible, avec un masque ;
- apprécier la respiration de la victime en regardant si son ventre et sa poitrine se soulèvent. Ne pas procéder à la bascule de la tête de la victime en arrière, ne pas tenter de lui ouvrir la bouche, ne pas se pencher au-dessus de la face de la victime et ne pas mettre son oreille et sa joue au-dessus de la bouche et du nez de la victime.
- ne pas faire de bouche-à-bouche et effectuer seulement des compressions thoraciques seules.
- se tenir au pied de la victime lors de l'administration du choc;
- si possible, placer un tissu, une serviette ou un masque sur la bouche et le nez de la victime avant de procéder aux compressions thoraciques et à la défibrillation.

Concernant le bouche-à-bouche, deux situations sont laissées à l'appréciation du sauveteur :

- le sauveteur vit sous le même toit que la victime (risque de contamination déjà partagée ou limitée) ;
- la victime est un enfant ou un nourrisson :
  - dès que possible, se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique.
  - appliquer les consignes sanitaires nationales

INDICATION

Cette technique est indiquée en présence d'une victime en arrêt cardiaque.

JUSTIFICATION

Cette technique permet d'oxygéner les organes d'une victime en arrêt cardiaque en rétablissant une circulation artificielle.

POINTS CLEFS

Les compressions thoraciques doivent :

- **comprimer fortement le sternum**
- **avoir une fréquence comprise entre 100 et 120 par minute.**

Technique 8 - COMPRESSIONS THORACIQUES

Quel que soit l'âge de la victime, il convient de :

- l'installer en position horizontale, sur le dos, préférentiellement sur une surface rigide
- se placer auprès d'elle, le plus souvent à genoux
- dénuder la poitrine de la victime, dans la mesure du possible

♦ Chez l'adulte

- placer le talon d'une main au centre de la poitrine, sur la ligne médiane, sur la moitié inférieure du sternum ;
- placer l'autre main au-dessus de la première en entrecroisant les doigts des deux mains pour éviter d'appuyer sur les cotes.
- réaliser des compressions sternales d'environ 5 cm sans dépasser 6 cm tout en veillant à :
  - conserver les bras parfaitement verticaux ;
  - tendre les bras ;
  - verrouiller les coudes ;
  - maintenir une fréquence comprise entre 100 et 120 compressions par minute.
  - assurer un temps de compression égal à celui du relâchement afin que le cœur se remplisse bien de sang.
- entre chaque compression, laisser le thorax reprendre sa forme initiale, sans décoller les mains.
- en présence de plusieurs sauveteurs, relayer le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 mn en interrompant le moins possible les compressions thoraciques (en cas d'utilisation d'un DAE, le relai sera réalisé pendant l l'analyse).

♦ Chez l'enfant

- placer le talon d'une main à une largeur de doigt au-dessus d'un repère constitué par le bas du sternum à la jonction des dernières côtes ;
- relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes ;
- réaliser les compressions sternales comme chez l'adulte en veillant à enfoncer le thorax sur le tiers de son épaisseur soit environ 5 cm.

Pendant la RCP, la main qui ne comprime pas reste posée sur le front de la victime pour maintenir les voies aériennes libres. Dans tous les cas, il est possible de changer la personne ou la main (enfant) qui effectue les compressions toutes les 2 minutes environ, voire plus fréquemment, si le sauveteur perçoit des signes de fatigues et si un autre sauveteur peut prendre le relais

Si la victime (enfant) est grande ou si le sauveteur est petit et n'a pas suffisamment de force, il peut être utile d'utiliser la même technique que chez l'adulte.

♦ Chez le nourrisson

- placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum, à une largeur de doigt au dessus d'un repère constitué par le bas du sternum à la jonction des dernières côtes ;
- réaliser les compressions sternales à l'aide de la pulpe des deux doigts en veillant à enfoncer le thorax sur le tiers de l'épaisseur soit environ 4 cm.

INDICATION

Cette technique est indiquée en présence d'une victime en arrêt cardiaque.

JUSTIFICATION

Cette technique permet d'apporter de l'air aux poumons d'une victime en arrêt cardiaque

POINTS CLEFS

Les deux insufflations doivent :

- **être lentes et progressives**
- **cesser dès le début de soulèvement de la poitrine**
- **être réalisées en 5 secondes au maximum.**

Technique 9 - INSUFFLATIONS

La victime étant préalablement installée en position horizontale et sur le dos.

♦ Chez l'adulte et l'enfant

- basculer la tête de la victime en arrière comme pour la technique de LVA
- pincer le nez de la victime entre le pouce et l'index (afin d'éviter les fuites d'air durant l'insufflation), 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 victime en utilisant l'autre main et maintenir le menton élevé
- inspirer, sans excès
- appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant fermement (la pression ferme autour de la bouche empêchera les fuites d'air durant l'insufflation)
- insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine de la victime commence à se soulever (durant 1 seconde environ)
- se redresser légèrement afin de :
  - reprendre son souffle ;
  - vérifier l'affaissement de la poitrine de la victime ;
- insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.

La durée de réalisation de ces deux insufflations successives ne doit pas excéder 5 secondes, pour ne pas retarder la reprise des compressions thoraciques.

♦ Chez le nourrisson

La technique est sensiblement la même que pour l'adulte ou l'enfant. Toutefois, il convient de :

- placer la tête du nourrisson en position neutre, menton élevé.
- englober avec la bouche à la fois la bouche et le nez de la victime.
- insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine du nourrisson commence à se soulever (durant 1seconde environ).
- se redresser légèrement tout en maintenant la tête en position neutre afin de :
  - reprendre son souffle ;
  - vérifier l'affaissement de la poitrine de la victime ;
- insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.

Si le ventre ou la poitrine de la victime ne se soulève pas lors des insufflations :

- s'assurer que la tête de la victime est en bonne position et que son menton est élevé
- s'assurer qu'il y a une bonne étanchéité et pas de fuite d'air lors de l'insufflation
- rechercher la présence d'un corps étranger dans la bouche. Le retirer avec les doigts, si nécessaire.

FICHE MATERIEL : DEFIBRILLATEUR AUTOMATISE EXTERNE

BUT

Le défibrillateur automatisé externe (DAE) est un appareil qui permet :

- **d'analyser** l'activité électrique du cœur de la victime
- de **reconnaître** une anomalie du fonctionnement électrique du cœur à l'origine de l'arrêt cardiaque
- de **délivrer** ou d'inviter le sauveteur à délivrer **un choc électrique** (information vocale et visuelle), afin d'arrêter l'activité électrique anarchique du cœur.

LOCALISATION

Actuellement, les DAE sont mis à disposition du public dans les établissements recevant du public, on les trouve également dans :

- les halls d'aéroports et les avions des compagnies aériennes ;
- les grands magasins, les centres commerciaux ;
- les halls de gares, les trains ;
- certains lieux de travail et immeubles d'habitation.

Dans ces cas, les appareils sont parfois placés dans des armoires murales repérées par un logo facilement identifiable (fig.1). Des applications permettant de localiser un défibrillateur existent. Il est conseillé d'avoir en permanence accès sur son téléphone à une de ces applications.

COMPOSITION

Le défibrillateur automatisé externe est composé :

- d'un **haut-parleur** qui donne des messages sonores et guide le sauveteur dans son action
- d'un **métronome** qui rythme les compressions thoraciques du sauveteur (en option)
- d'un **accumulateur d'énergie** qui permet de réaliser des chocs électriques
- éventuellement, d'un **bouton qui permet de délivrer** le choc électrique lorsqu'il est indiqué par l'appareil.

Le DAE est toujours accompagné d'une paire d'électrodes de défibrillation pré-gélifiées autocollantes avec câble intégré. Ces électrodes, à usage unique, sont contenues dans un emballage hermétique. Une seconde paire doit être disponible en cas de défaillance de la première.

Une fois collées sur la peau du thorax de la victime, les **électrodes permettent** :

- de **capter** et **transmettre** l'activité électrique cardiaque au défibrillateur
- de **délivrer** le choc électrique lorsqu'il est indiqué.

Plusieurs accessoires peuvent être joints au défibrillateur dont :

- une **paire de ciseaux**, pour couper les vêtements et dénuder la poitrine de la victime
- des **compresses** ou du **papier absorbant**, pour sécher la peau de la poitrine de la victime si elle est mouillée ou humide
- d'un **rasoir jetable** pour raser les poils de la victime, s'ils sont particulièrement abondants, à l'endroit où l'on colle les électrodes

RISQUES ET CONTRAINTES

Si la victime présente une forte poitrine, il faut positionner l'électrode gauche latéralement, sous le sein gauche et éviter autant que possible de la poser directement sur le sein.
Si la poitrine de la victime est particulièrement velue, il convient d'éliminer rapidement de l'excès de poils de la zone de pose des électrodes.
Si la victime présente un timbre autocollant médicamenteux sur la zone de pose des électrodes, le sauveteur retire le timbre et essuie la zone avant de coller l'électrode.
Si la victime présente un stimulateur cardiaque (le plus souvent le sauveteur constate une cicatrice et perçoit un boîtier sous la peau, sous la clavicule droite ou est informé par la famille) à l'endroit de pose de l'électrode, le sauveteur colle l'électrode à une largeur de main de l'appareil (environ 8 cm de la bosse perçue).
Si la victime est allongée sur un sol mouillé (bord de piscine, pluie…) ou si son thorax est mouillé, le sauveteur, si possible, déplace la victime pour l'allonger sur une surface sèche et, si possible, sèche son thorax avant de débuter la défibrillation
(L''efficacité d'un choc électrique sur une victime allongée sur un sol mouillé est diminuée. Il n'existe pas de risque réel pour le sauveteur). .
Si la victime est allongée sur une surface en métal : si c'est possible et en se faisant aider si besoin, le sauveteur déplace la victime ou glisse un tissu sous elle (couverture…) avant de débuter la défibrillation.
(L'efficacité d'un choc électrique sur une victime allongée sur une surface métallique est diminuée. Il n'existe pas de risque réel pour le sauveteur)
Si le DAE détecte un mouvement au cours de l'analyse, le sauveteur doit s'assurer de ne pas toucher la victime au cours de l'analyse. En l'absence de contact avec la victime, il vérifie la respiration de celle-ci.
Si le DAE demande toujours de connecter les électrodes alors que cette opération a déjà été effectuée, le sauveteur, vérifie que :

- les électrodes sont bien collées et le câble de connexion correctement connecté au DAE ;
- si le problème n'est pas résolu et qu'une seconde paire d'électrodes est disponible, remplacer les électrodes.

INDICATION

Cette technique est indiquée en présence d'une victime en arrêt cardiaque.

JUSTIFICATION

Cette technique peut permettre de retrouver une activité cardiaque normale. Elle est sure et sans risques même si elle est utilisée par des personnes qui sont peu ou pas formées.

POINTS CLEFS

La mise en œuvre du défibrillateur doit :

- **être la plus précoce possible**
- **interrompre le moins possible la pratique des compressions thoraciques.**

Technique 10 - DEFIBRILLATION

Le DAE doit être utilisé en suivant toutes les indications de l'appareil (schéma, messages vocaux).

Si plus d'un sauveteur est présent, la RCP doit être poursuivie durant l'installation du DAE. Les compressions thoraciques doivent être interrompues seulement lorsque le DAE indique de ne plus toucher la victime.

♦ Chez l'adulte

- mettre en fonction le défibrillateur
- suivre impérativement les indications (vocales ou visuelles) de l'appareil, ce qui permet de réaliser les différentes opérations plus rapidement et en sécurité.

Ces indications précisent, dans un premier temps, **de mettre en place les électrodes**. Pour cela :

- enlever ou couper les vêtements recouvrant la poitrine de la victime, si nécessaire
- sécher le thorax de la victime s'il est humide
- déballer et appliquer les électrodes, sur la poitrine nue de la victime, dans la position indiquée sur le schéma figurant sur l'emballage ou sur les électrodes
- connecter les électrodes au défibrillateur, si nécessaire.

Lorsque le DAE l'indique, arrêter les compressions thoraciques, ne plus toucher la victime et s'assurer que les personnes aux alentours fassent de même (tout mouvement de la victime au moment de l'analyse du rythme cardiaque est susceptible de la fausser)

Si le défibrillateur annonce que le choc est nécessaire :

- demander aux personnes aux alentours de s'écarter
- laisser le DAE déclencher le choc électrique (défibrillateur entièrement automatisé) ou appuyer sur le bouton **«choc»** lorsque l'appareil le demande (défibrillateur semi-automatique)
- reprendre immédiatement les compressions thoraciques après la délivrance du choc.

Si le défibrillateur annonce que le choc n'est pas nécessaire :

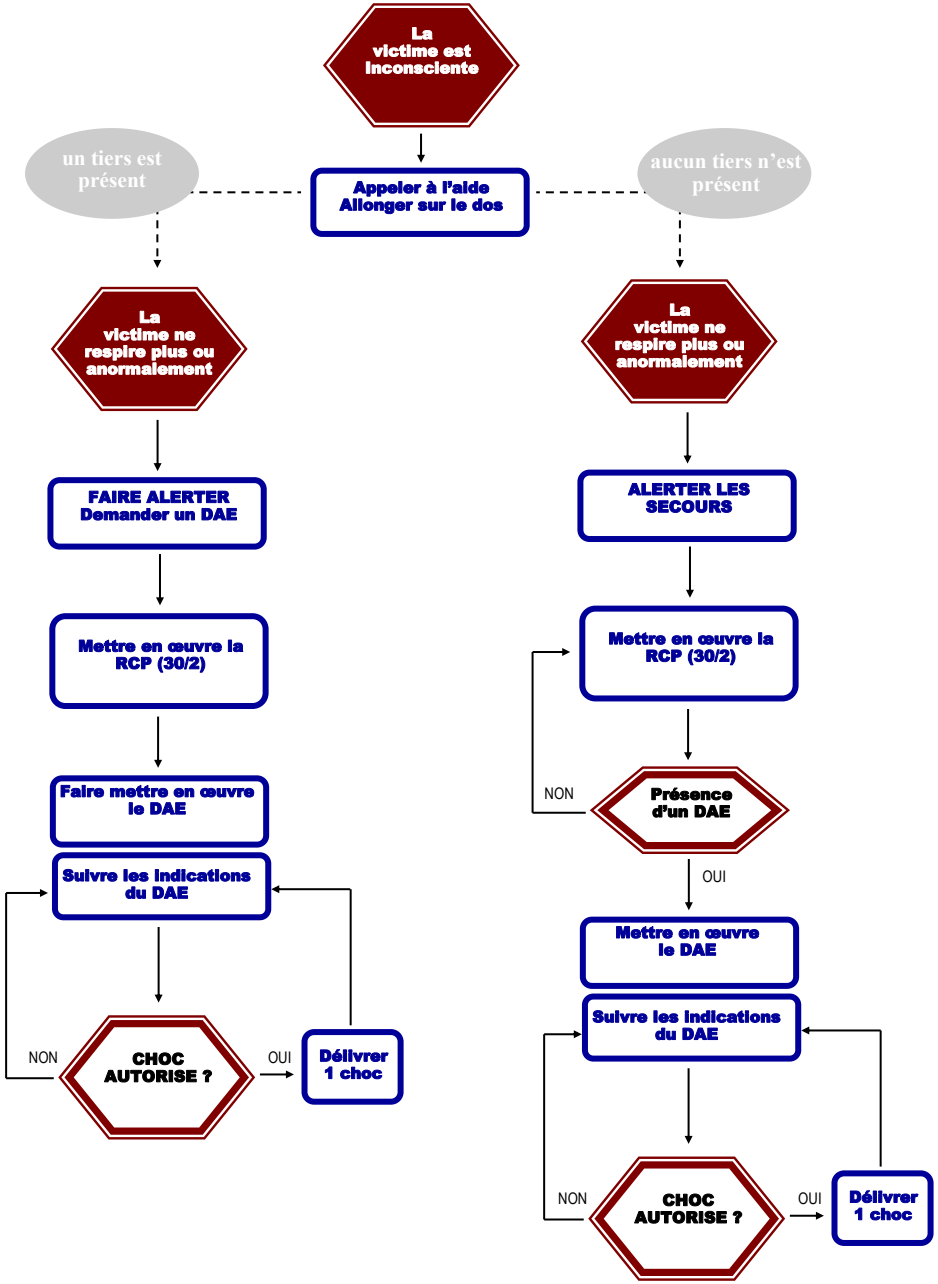
- reprendre immédiatement les compressions thoraciques.

Dans tous les cas, il y a une période de RCP (généralement 2mn) avant que le DAE ne demande une nouvelle pause pour l'analyse du rythme

♦ Chez l'enfant et le nourrisson

La défibrillation doit être réalisée avec des appareils adaptés (électrodes enfants, réducteur d'énergie…).
Les position des électrodes collées sur la poitrine de la victime doit être conforme aux schéma du pratiquant.
En leur absence, les électrodes adultes sont alors positionnées au milieu du thorax pour l'une et au milieu du dos pour l'autre.

Arbre de décision : ADULTE



Notes personnelles

Le Malaise

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'identifier les signes qui imposent un avis médical du Samu-Centre 15, face à une victime qui présente un malaise
- de savoir réaliser les manœuvres physiques

Définition

Le malaise est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans pouvoir en identifier obligatoirement l'origine.
Cette sensation, parfois répétitive, peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive.

Signes

La victime, consciente, ne se sent pas bien et présente des signes inhabituels.

Causes

Le malaise peut avoir diverses origines : maladies, intoxications, allergies…

Risques

Certains signes doivent être rapidement reconnus car la prise en charge de la victime est urgente en service spécialisé pour éviter des séquelles définitives ou une évolution fatale.

Certains signes, apparemment sans gravité, peuvent être révélateurs d'une situation pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale.

Principes d'action

Le sauveteur, après avoir mis la victime au repos, doit recueillir en écoutant et en observant les informations à transmettre pour obtenir un avis médical.

Conduite à tenir

➢ **Observer les signes** d'apparition soudaine, isolés ou associés, même de très courte durée, qui peuvent orienter un médecin vers :

- un accident cardiaque :
  - douleur dans la poitrine
- un accident vasculaire cérébral (AVC) :
  - faiblesse ou paralysie d'un bras ;
  - déformation de la face ;
  - perte de la vision d'un œil ou des deux
  - difficulté de langage (incohérence de la parole) ou de compréhension ;
  - mal de tête sévère, inhabituel ;
  - perte d'équilibre, instabilité de la marche ou chute inexpliquée.

Ces deux maladies nécessitant une prise en charge urgente, l'apparition d'un de ces signes impose une alerte immédiate.

- une maladie infectieuse qui peut être contagieuse :
  - une fièvre (>37,8°C), une sensation de fièvre et des frissons ;
  - des sueurs abondantes;
  - des courbatures, une sensations de fatigue intense ;

- la victime peut aussi se plaindre notamment :
  - d'une douleur abdominale intense et de troubles digestifs (diarrhée);
  - d'une difficulté à respirer ou à parler ;
  - d'une sensation de froid et présente des sueurs abondantes ou une pâleur intense.

➢ **Mettre au repos** en position :
- allongée, le plus souvent possible par exemple sur un lit, un canapé ou à défaut au sol
- assise en cas de difficultés à respirer ;
- sinon dans la position où elle se sent le mieux ;

Devant des signes de maladie infectieuses et plus particulièrement en période épidémique (COVID 19), pratiquer les règles de protection adaptées :
- appliquer les mesures barrières, de distance physique et d'isolement,
- demander à la victime de porter un masque, lui proposer de le retirer si cela gêne sa respiration

➢ **Desserrer** les vêtements, en cas de gêne ;
➢ **Rassurer la victime** en lui parlant régulièrement ;
➢ **Protéger,** contre la chaleur, le froid ou les intempéries ;

➢ **Se renseigner,** auprès de la victime ou de son entourage sur :
- son âge ;
- la durée du malaise ;
- les antécédents de malaise identiques et son état de santé actuel (maladies, hospitalisation s ou traumatisme récent)
- les traitements médicamenteux qu'elle prend
- la survenue d'un malaise identique par le passé

➢ A sa demande, ou à la demande des secours alertés, lui donner
- son traitement habituel pour ce malaise ;
- du sucre, en morceaux ;

➢ **Demander un avis médical** et transmettre les informations recueillies (souvent le médecin régulateur demande à parler directement à la victime) ;
- appliquer leurs consignes.

➢ **En cas d'aggravation :**
- contacter à nouveau le centre 15 pour signaler l'aggravation ;
- pratiquer les gestes qui s'imposent, si elle est a perdu connaissance.

CAS PARTICULIERS

Prévention des malaises vagaux.

Quand la victime déclare faire régulièrement des malaises « vagaux » et présente ou décrit des signes comme un étourdissement, des nausées, des sueurs, une sensation de chaleur, des points noirs devant les yeux ou un sentiment de perte de conscience imminente, inviter la victime à réaliser les manœuvres physiques suivantes :
- l'accroupissement si la victime est en position debout [TECHNIQUE 12].
- le croissement des membres inférieurs TECHNIQUE 12].
- le crochetage des doigts et la tension des muscles des membres supérieurs TECHNIQUE 12].

Ces manœuvres sont complémentaires aux gestes de premiers secours à réaliser devant une victime de malaise.

Malaise provoqué par la chaleur

Des malaises peuvent survenir lorsqu'une personne est exposée à une ambiance chaude (exemple : été, période de canicule, travail en ambiance chaude…) ou à la suite d'un effort prolongé.

Dans ce cas, il faut, en plus des gestes de premiers secours réalisés devant toute victime de malaise :
- installer la victime dans un endroit frais et bien aéré ;
- si possible mesurer la température de la victime pour la transmettre au secours;
- la déshabiller ou desserrer ses vêtements ;
- rafraîchir la victime :
  - asperger la victime d'eau froide, utiliser un brumisateur ou l'envelopper de linges imbibés d'eau froide,
  - la placer sous le courant d'air d'un ventilateur ;
  - placer des sacs de glaces recouverts d'un linge sous les aisselles, au niveau de l'aine ou du coup.
- lui faire boire de l'eau fraîche par petites quantités si elle est consciente et capable d'avaler.

INDICATION

Les manœuvres physiques sont réalisées dès que la victime reconnait des signes annonciateurs d'une perte de connaissance imminente.

JUSTIFICATION

En agissant sur la circulation, les manœuvres physiques ont pour but d'éviter la survenue d'une perte de connaissance et les lésions traumatiques secondaires à une chute.

POINTS CLEFS

Les manœuvres physiques sont réalisées par la victime :

- **dès l'apparition des premiers signes de malaise,**
- **poursuivis après la mise en position allongée.**

Technique 12 - MANŒUVRES PHYSIQUES

Les manœuvres physiques doivent être réalisées par la victime elle-même. Si la victime ne connaît pas ces manœuvres, le sauveteur lui expliquera comment les réaliser si possible.

Les manœuvres ne remplacent pas la mise en position de confort de la victime notamment la position allongée.
Cependant, si le sauveteur (ou la victime elle-même) est dans l'impossibilité immédiate d'allonger la victime (malaise dans un bus, un avion, le train), les manœuvres physiques peuvent précéder la mise en position allongée.

♦ L'accroupissement :

- Se placer en position accroupie.
- Baisser la tête comme pour la mettre entre les deux genoux.

Cette technique peut être un préalable à la mise en position allongée.

♦ Le croisement des membres inférieurs :

La victime peut être en position allongée ou debout en prenant appui contre un mur :

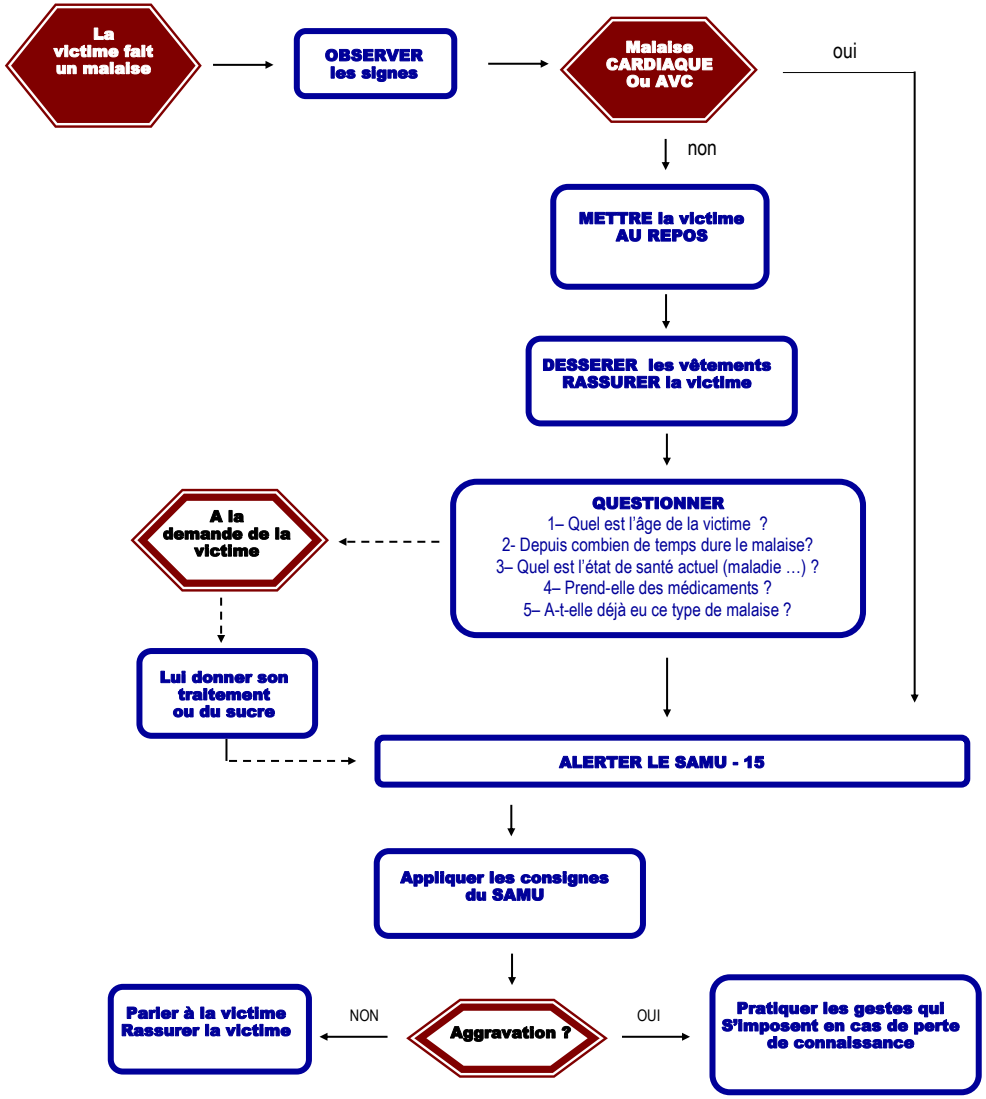
- Croiser les membres inférieurs.
- Contracter les muscles en essayant de tendre les jambes.
- Serrer les fesses.
- Contracter la ceinture abdominale.

♦ Crochetage des doigts et tension des bras :

- Agripper les deux mains par les doigts en crochets.
- Écarter les coudes de la poitrine au maximum.
- Contracter les deux membres supérieurs en tirant comme pour essayer de séparer les deux mains.

NB : le croisement des membres inférieurs à une efficacité supérieure à la prise de main et à la tension des bras.

Arbre de décision (hors cas particuliers)



Notes personnelles

Les Plaies

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- reconnaitre la gravité d'une plaie
- d'adopter une conduite à tenir adaptée à la gravité de la plaie

Définition

La plaie est une lésion de la peau, revêtement protecteur du corps, avec une atteinte possible des tissus situés dessous
.

Signes

Elle est qualifiée de :

- **plaie grave** du fait :
  - d'une hémorragie associée ;
  - d'un mécanisme pénétrant : objet tranchant ou perforant, morsures, projectiles ;
  - de sa localisation : thoracique, abdominale, oculaire ou proche d'un orifice naturel ;
  - de son aspect : déchiqueté, écrasé
- **plaie simple**,
  - lorsqu'il s'agit d'une petite coupure superficielle, d'une éraflure saignant peu ;

Causes

La plaie est généralement secondaire à un traumatisme, elle est provoquée par une coupure, une éraflure, une morsure ou une piqûre.

Risques

Une plaie, suivant son importance et sa localisation, peut être à l'origine d'une aggravation immédiate de l'état de la victime par hémorragie ou par défaillance de la respiration.

Elle peut être aussi à l'origine d'une infection secondaire dont la plus grave est **le tétanos**.
Le tétanos est une maladie très grave, parfois mortelle. Seule la vaccination antitétanique, protège de cette maladie.

Principes d'action

Le sauveteur doit identifier la gravité de la plaie afin d'adopter une conduite à tenir adaptée.

Conduite à tenir

- **Evaluer** la gravité de la plaie,

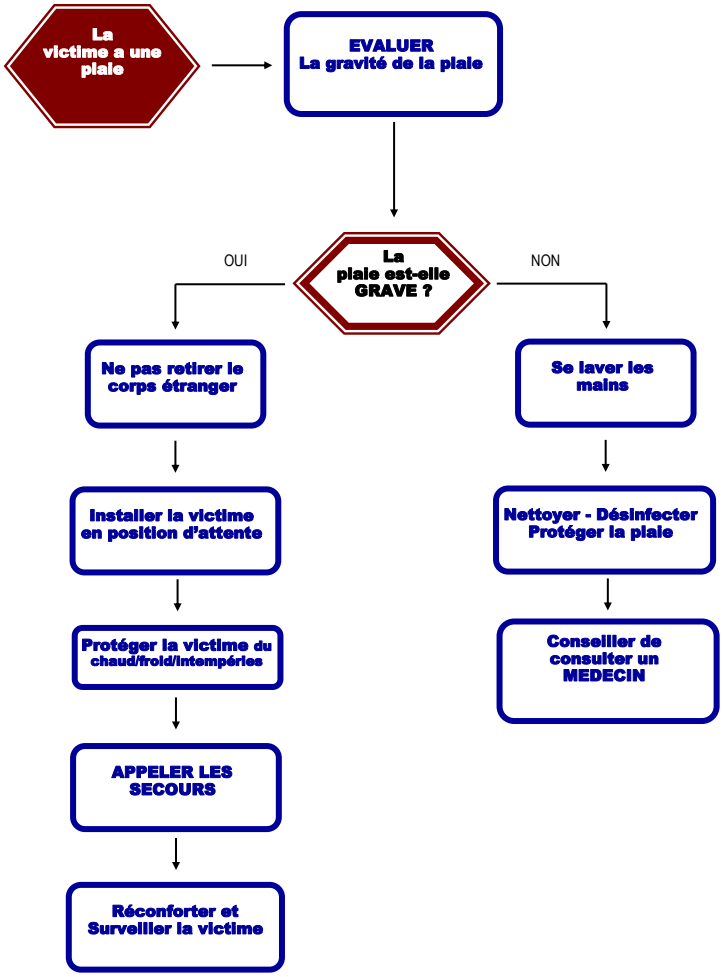
- **face à une plaie grave** :
  - ne jamais retirer le corps étranger (couteau, morceau de verre…) afin d'éviter toute aggravation de la lésion ou du saignement.
  - en cas d'hémorragie, arrêter le saignement (cf hémorragies externes)
  - si la plaie est située au niveau du thorax, la laisser à l'air libre
  - installer confortablement et sans délai la victime en position d'attente, par exemple sur un lit ou un canapé, ou à défaut sur le sol :

:
    - en présence d'une plaie au thorax : **assise** , afin de faciliter la respiration
    - en présence d'une plaie de l'abdomen : **allongée** afin de prévenir les détresses et d'éviter les complications, jambes fléchies afin de limiter la douleur par le relâchement des muscles de l'abdomen
    - en présence d'une plaie à l'œil : **allongée, yeux fermés** en demandant de ne pas bouger la tête afin de limiter l'aggravation de la lésion et si possible en maintenant sa tête des deux mains. [TECHNIQUE 11]. ;
    - **allongée** dans tous les autres cas, afin de de prévenir les détresses et d'éviter les complications

  - protéger de la chaleur, du froid ou des intempéries ;
  - faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes ;
  - réconforter la victime : lui parler régulièrement et lui expliquer ce qui se passe ;
  - surveiller la victime.

- **face à une plaie simple :**
  - se laver les mains à l'eau et au savon ;
  - nettoyer la plaie en rinçant abondamment à l'eau courante, avec ou sans savon afin d'éliminer les germes qui pourraient provoquer une infection, en s'aidant d'une compresse si besoin pour enlever les souillures ;
  - désinfecter à l'aide d'un antiseptique, éventuellement ;
  - protéger par un pansement adhésif ;
  - conseiller de consulter un médecin :
    - pour vérifier la validité de la vaccination antitétanique
    - en cas d'apparition dans les jours qui suivent de fièvre, d'une zone chaude ; rouge, gonflée ou douloureuse.

Arbre de décision



Notes personnelles

Les Brûlures

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- reconnaitre la gravité et la nature d'une brûlure
- d'adopter une conduite à tenir adaptée à la brûlure

Définition

La brûlure est une lésion de la peau, des voies aériennes ou digestives.

Signes

Elle est qualifiée de :

- **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 moitié de la paume de la main de la victime ;
  - d'une destruction plus profonde (aspect blanchâtre ou noirâtre parfois indolore) associée souvent à des cloques et à une rougeur plus ou moins étendue ;
  - d'une brûlure dont la localisation est sur le visage ou le cou, les mains, les articulations ou au voisinage des orifices naturels ;
  - d'une rougeur étendue (un coup de soleil généralisé par exemple) de la peau chez l'enfant ;
  - d'une brûlure d'origine chimique, électrique ou radiologique.

- **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 moitié de la paume de la main de la victime ;

Causes

La brûlure peut être provoquée par la chaleur, des substances chimiques, l'électricité, le frottement ou des radiations.

Risques

Suivant l'étendue, la profondeur et la localisation, la brûlure peut entrainer :

- un danger immédiat comme une défaillance circulatoire (en cas de brûlure étendue) ou respiratoire (lors d'une brûlure au visage, au cou ou consécutive à l'inhalation de fumée) ;
- une douleur sévère ;
- des conséquences retardées : l'infection, les séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

Principes d'action

Le sauveteur doit identifier la gravité et la nature de la brûlure afin d'adopter la conduite à tenir adaptée.

.

Conduite à tenir

- **Refroidir immédiatement la surface brûlée** avec de l'eau courante tempérée et à faible pression pendant au moins 10 minutes, idéalement 20 minutes. Débuter l'arrosage après 30 minutes n'a pas d'intérêt
- en parallèle et s'ils n'adhèrent pas à la peau, **retirer les vêtements et les bijoux**, sur ou près de la peau brûlée
- **Evaluer la gravité** de la brûlure, puis…

- face à une **brûlure grave** :
  - faire alerter ou alerter les secours ;
  - poursuivre le refroidissement, selon les consignes données ;
  - installer en position adaptée, après refroidissement :
    - allongée en général ;
    - assise en cas de gêne respiratoire ;
  - laisser si possible la partie brûlée visible
  - surveiller continuellement et respecter les consignes données par les secours

NB : aucun produit ne doit être appliqué sur une brulure grave sans avis médical.

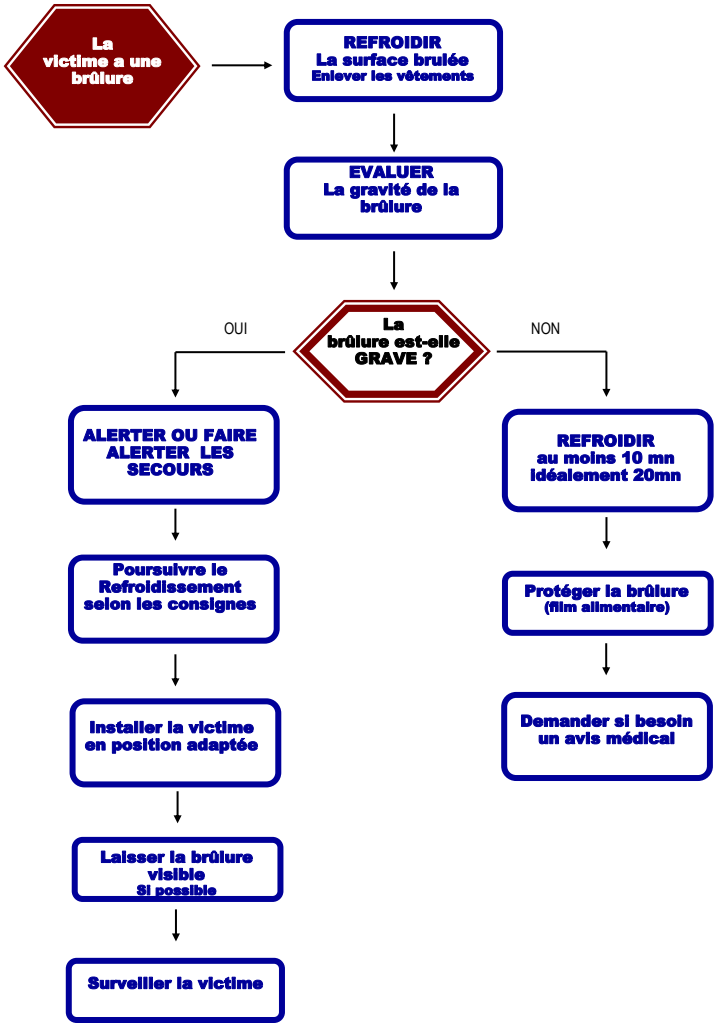
- face à une **brûlure simple** :
  - poursuivre le refroidissement, jusqu'à disparition de la douleur ;
  - ne jamais percer les cloques ;
  - protéger la brûlure par un pansement stérile ou un film plastique non adhésif (type film alimentaire) qui maintient l'humidité et épouse facilement la zone brûlée;
  - demander un avis médical ou d'un autre professionnel de santé :
    - pour vérifier la validation de la vaccination antitétanique ;
    - s'il s'agit d'un enfant ou d'un nourrisson ;
    - en cas d'apparition dans les jours qui suivent de fièvre, d'une zone chaude, rouge, gonflée ou douloureuse.

- face à une **brûlure par produits chimiques** :
  - se protéger pour éviter tout contact avec le produit chimique ;
  - demander à la victime de se rincer immédiatement et abondamment à l'eau courante tempérée :
    - en cas de projection sur les vêtements ou la peau, l'ensemble du corps de la victime doit être rincé. Ses vêtements imbibés de produit sont ôtés sous l'eau ;
    - en cas de projection dans l'œil, l'œil atteint doit être rincé en veillant à ce que l'eau de lavage ne coule pas dans l'autre œil. Faire retirer les lentilles de contact pendant le rinçage.
    - dans tous les cas, veiller à ce que la substance maintenant diluée ne nuise pas au sauveteur ou aux tissus sains de la personne en entrant en contact avec la peau non affectée ou l'œil non blessé ;
  - ne jamais faire vomir ou boire, en cas d'ingestion ;
  - conserver les informations sur le produit en cause (conditionnement, emballage, fiche de sécurité, etc.);
  - alerter ou faire alerter les secours ;
  - suivre les consignes données par les secours ;
  - se laver les mains après avoir réalisé les gestes de secours

- face à une **brûlure électrique** :
  - ne jamais toucher la victime avant la suppression du risque électrique ;
  - arroser la zone visiblement brûlée à l'eau courante tempérée ;
  - faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes.

- face à une **brûlure interne par inhalation de vapeurs chaudes ou caustiques** :
  - placer en position assise, en cas de difficultés respiratoires ;
  - faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes

Arbre de décision



Notes personnelles

Le Traumatisme

➢ Objectif

A la fin de cette partie vous serez capable :

- d'éviter toute mobilisation d'une victime d'un traumatisme des os et des articulations en attendant les secours

Définition

Les atteintes traumatiques sont des lésions des os (fractures), des articulations (entorses ou luxations), des organes ou de la peau. Pour une meilleure compréhension, ce dernier type d'atteinte fait l'objet d'un traitement spécifique (Cf. Brûlures et plaies).

Signes

Elles peuvent provoquer immédiatement une douleur vive, une difficulté ou une impossibilité de bouger, éventuellement accompagnées d'un gonflement ou d'une déformation de la zone atteinte.

Lorsque le choc se situe au niveau de la tête, du thorax ou de l'abdomen une atteinte des organes sous-jacents est toujours possible et peut se révéler secondairement par d'autres signes (perte de connaissance, maux de tête persistants, vomissements, agitation, somnolence, douleur abdominale…).

Lorsque le choc se situe au niveau de la colonne vertébrale, une atteinte de la moelle épinière est possible (douleur du dos ou de la nuque).

Causes

Les traumatismes peuvent être le résultat d'un coup, d'une chute ou d'un faux mouvement et peuvent atteindre toutes les parties du corps.

Risques

Les risques, lors d'une atteinte traumatique, sont d'entrainer des complications neurologiques (paralysie, trouble de la conscience ou perte de connaissance), respiratoires (gêne ou détresse) ou circulatoires (détresse).

Principes d'action

Le sauveteur ne doit pas mobiliser la victime.

.

Conduite à tenir

- **Si la victime a perdu connaissance** :
  - adopter la conduite à tenir face à une perte de connaissance.

- **Si la victime est consciente et présente immédiatement des signes** :
  - conseiller fermement de ne pas mobiliser la partie atteinte
  - faire alerter ou alerter les secours et appliquer leurs consignes
  - protéger de la chaleur, du froid ou des intempéries
  - surveiller la victime et lui parler régulièrement

- **Si la victime présente un douleur du cou à la suite d'un traumatisme (suspicion de traumatisme du rachis cervical)** :
  - demander à la victime de ne pas bouger la tête
  - faire alerter ou alerter les secours et appliquer leurs consignes
  - si possible stabiliser le rachis cervical dans la position où il se trouve en maintenant sa tête à deux mains.
  - surveiller la victime et lui parler régulièrement

Si la victime présente une fracture de membre déplacée, ne pas tenter de la réaligner.

INDICATION

Cette technique est indiquée chez la victime qui présente une douleur du cou à la suite d'un traumatisme (suspicion de traumatisme du rachis cervical), ou une plaie à l'oeil.

JUSTIFICATION

Le maintien de la tête du blessé à deux mains permet de la stabiliser et de limiter les mouvements intempestifs du cou.

POINTS CLEFS

Le maintien de la tête est efficace lorsque :

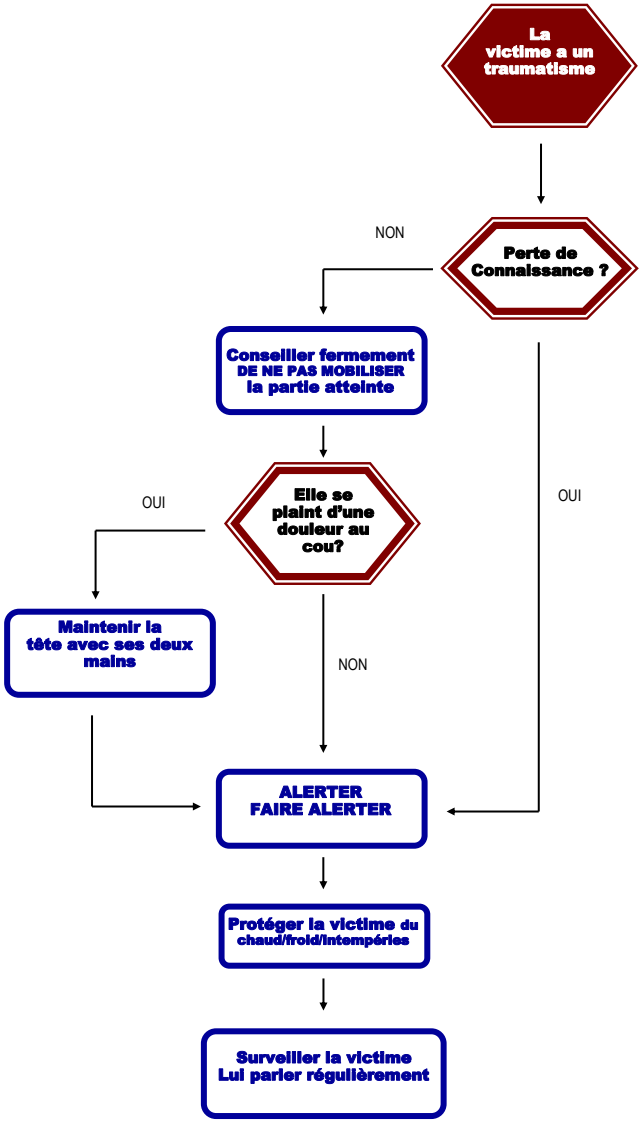
- **le sauveteur est en position stable**
- **le maintien de la tête limite ses mouvements**

Technique 11 - MAINTIEN DE LA TETE

- demander à la victime de ne pas bouger la tête et la prévenir de ce que l'on va faire ;
- se placer en position stable à genou dans l'axe de la victime, au niveau de sa tête ;
- placer les deux mains de chaque côté de sa tête pour la maintenir dans la position où elle se trouve.

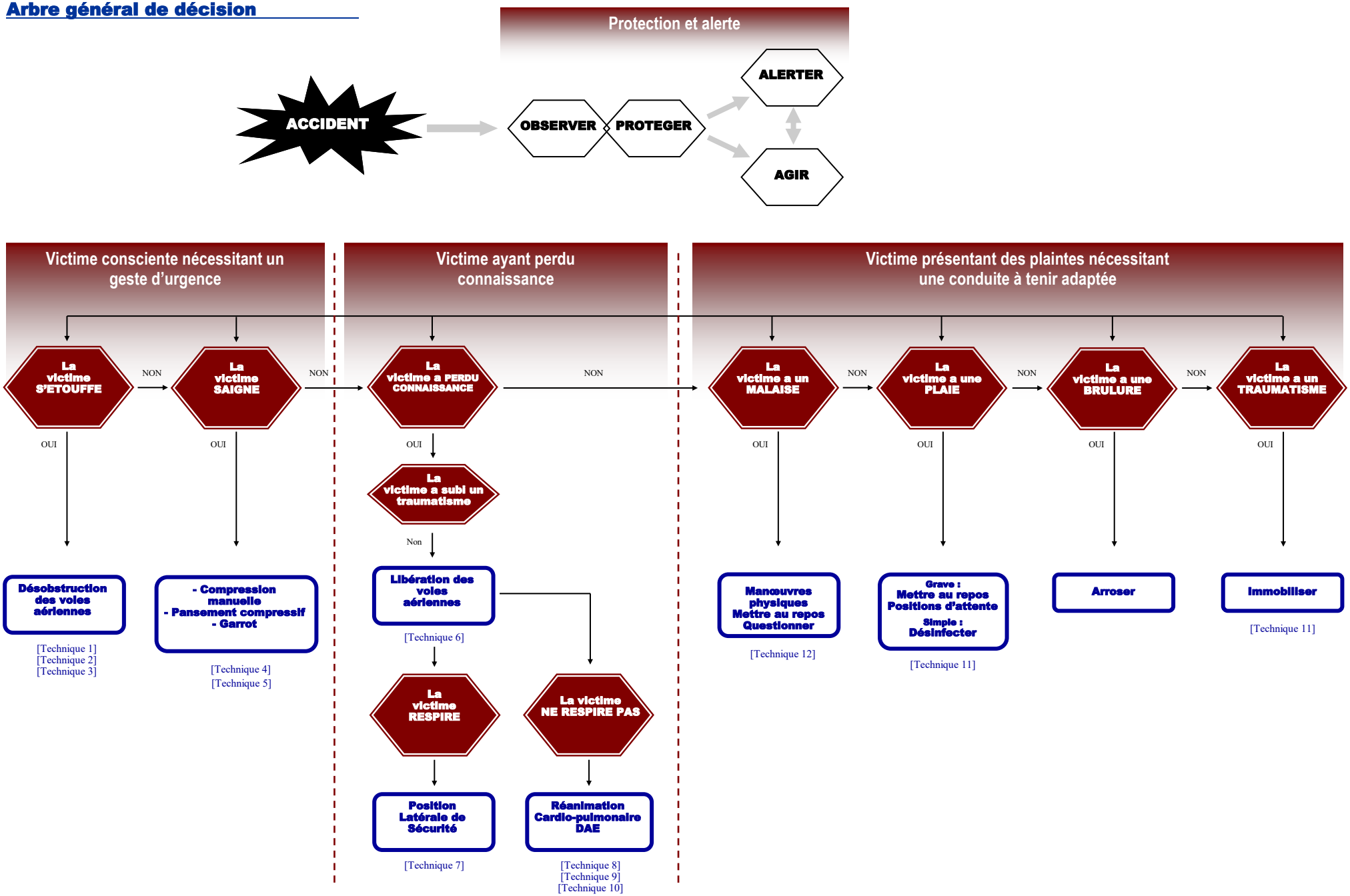
Pour diminuer la fatigue, il est possible de prendre appui avec les coudes sur le sol ou sur les genoux.

Arbre de décision



Notes personnelles

Arbre général de décision



➢ Remerciements

Ce document a été réalisé par les membres de l'Equipe Pédagogique Nationale de l'Ufolep.
http://www.ufolep.org