

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION DE LA DEFENSE ET DE LA SECURITE CIVILES

SOUS-DIRECTION DES SAPEURS-POMPIERS

BUREAU DE LA FORMATION ET DES ASSOCIATIONS DE SECURITE CIVILE

FORMATION

AUX

PREMIERS

SECOURS

GUIDE NATIONAL DE REFERENCE

Référentiel technique (RT)

Approuvé par l'observatoire national du secourisme

Commission « Formation »

Document destiné aux formateurs

TABLE DES MATIÈRES

ORGANISATION DE LA FORMATION

But.	1
Public.	2
Durée.	2
Équipe d'animation.	2
Objectifs.	3
Méthode et techniques pédagogiques.	4
Évaluation.	4

RÉFÉRENCES TECHNIQUES 7

1 - La protection.	9
2 - L'alerte.	19
3 - La victime s'étouffe.	27
4 - La victime saigne abondamment.	39
5 - La victime est inconsciente.	53
6 - La victime ne respire plus (Réanimation cardio-pulmonaire).	69
7 - La victime se plaint d'un malaise.	89
8 - La victime se plaint après un traumatisme.	97

Crédit personnalités et organismes 113	113
--	-----

Abréviations :

- LVA :** Liberté des voies aériennes.
- PLS :** Position latérale de sécurité.
- RCP :** Réanimation cardio-pulmonaire.
- RT :** Référence technique.
- SAMU :** Service d'aide médicale urgente.

ORGANISATION DE LA FORMATION

But

La formation de base aux premiers secours a pour objet l'acquisition des connaissances nécessaires à la bonne exécution des gestes de secours destinés à préserver l'intégrité physique d'une victime en attendant l'arrivée des secours organisés.

Destiné à l'ensemble des formateurs, ce dossier constitue le guide national de référence. Il a été rédigé par la commission « formation » de l'Observatoire national du secourisme et il est composé :

- des **modalités pratiques** d'organisation de la formation,
- des **références techniques (RT)**, qui développent le contenu de la formation et qui constituent la NORME TECHNIQUE,
- de **recommandations pédagogiques (RP)**, qui proposent une démarche pédagogique qui peut être utilisée pour animer cette formation et qui s'est montrée efficace. Cette démarche n'est pas à proprement parler une norme à respecter, et ne saurait être opposable en tant que telle car plusieurs méthodes pédagogiques sont utilisables pour permettre l'acquisition des connaissances en premiers secours,
- des exemples de **fiches de cas concret (FC)**, qui facilitent l'organisation des situations d'accidents simulés et qui permettent aux participants de mettre en œuvre sur un mannequin toute la séquence de réanimation cardio-pulmonaire,
- de **critères d'évaluation (CE)**, qui permettent de suivre les acquisitions des participants à la formation.

Public

Cette formation s'adresse à toute personne (grand public) de plus de 10 ans (du fait de la force nécessaire pour effectuer une réanimation cardio-pulmonaire).

Durée

Dix heures au maximum de « face à face pédagogique ».

Équipe d'animation

Qualifications requises

La formation de base aux premiers secours est donnée sous la responsabilité d'un médecin par des formateurs titulaires du brevet national de moniteur de premiers secours et autorisés à réaliser cette formation par l'organisme habilité ou l'association nationale agréée auquel ils appartiennent.

Nombre de participants

La formation est dispensée à des groupes de 8 à 10 personnes au maximum. Chacun des groupes est encadré par un moniteur de premiers secours. La présence, au côté du moniteur, d'un assistant de formation est vivement recommandée.

Objectifs

Objectif général

A l'issue de la formation, le participant doit être capable d'exécuter correctement les gestes de premiers secours destinés à :

- protéger la victime et les témoins,
- alerter les secours d'urgence adaptés,
- empêcher l'aggravation de l'état de la victime et préserver son intégrité physique en attendant l'arrivée des secours.

Objectifs de formation

Sur le terrain, après avoir suivi la formation, les participants doivent être capables :

- d'assurer la protection immédiate, adaptée et permanente, de lui-même, de la victime et des autres personnes, des dangers environnants, notamment du suraccident en utilisant, si nécessaire, les moyens à disposition,
- d'assurer la transmission de l'alerte au service d'urgence le plus adapté,
- de réaliser immédiatement le geste de secours d'urgence nécessaire à une personne victime d'un étouffement ou d'un saignement abondant,
- de reconnaître l'inconscience d'une victime, d'assurer la liberté des voies aériennes, d'apprécier sa respiration, les signes de circulation et de réaliser les gestes de secours qu'impose son état pour assurer sa survie,
- d'observer une victime qui se plaint, de lui poser les questions essentielles, de l'installer en position d'attente pour éviter une aggravation, de recourir si nécessaire à un conseil médical et de respecter les recommandations des secours.

Méthode et techniques pédagogiques

La formation aux premiers secours est une formation progressive, pratique, où les connaissances nécessaires à la compréhension sont apportées au cours d'exercices pratiques. Elle utilise des techniques pédagogiques traditionnelles et modernes, décrites dans les recommandations pédagogiques et qui impliquent les participants, les amenant à réaliser les gestes et les conduites à tenir qu'ils auront à exercer sur le terrain.

Toute intervention sur des sujets médicaux autres que les différentes situations envisagées dans cette formation sera traitée avec le médecin responsable en dehors de la durée initialement prévue de la formation.

Évaluation

Évaluation continue formative

Le suivi des participants pendant cette formation est réalisé par le formateur à l'aide de fiches d'évaluation élaborées à partir des critères fournis dans ce guide. Ces critères permettent à chacun de suivre l'acquisition des capacités nouvelles et d'indiquer l'atteinte des objectifs pédagogiques.

Délivrance de l'attestation de formation aux premiers secours

L'aptitude à porter les premiers secours aux personnes en situation de détresse physique est reconnue par une attestation de formation aux premiers secours (AFPS).

Cette attestation est délivrée aux personnes qui ont participé à toutes les parties de la formation.

Cette participation doit comprendre :

- la réalisation des gestes de premiers secours au cours des phases d'apprentissage,
- La participation au moins une fois en tant que sauveteur à un cas concret au cours de la formation.

La notion de candidat « reçu » ou « ajourné » est étrangère à la formation de base aux premiers secours. Le but de cette formation est de former le participant le mieux possible. Seules les personnes qui refuseraient de participer aux différents exercices pratiques peuvent ne pas se voir attribuer cette attestation.

Il faut souligner que les participants qui présentent un handicap physique peuvent suivre la formation de base aux premiers secours et se voir attribuer une attestation. Les exercices pratiques seront, dans ce cas, adaptés par le formateur au handicap du participant.

Évaluation de la formation

Les organismes habilités et les associations nationales agréées pour la formation aux premiers secours peuvent procéder à l'évaluation des aspects pédagogiques et/ou logistiques de la session de formation.

Il s'agit d'une démarche interne à l'organisme ou à l'association, visant à recueillir diverses informations avec pour objectif le maintien et l'amélioration du niveau de la formation et de son déroulement.

Elle se situe à l'issue de la session et ne doit pas empiéter sur le temps de formation. Cette évaluation peut prendre la forme d'un entretien collectif entre le formateur et le groupe de participants ou de l'analyse d'un questionnaire.

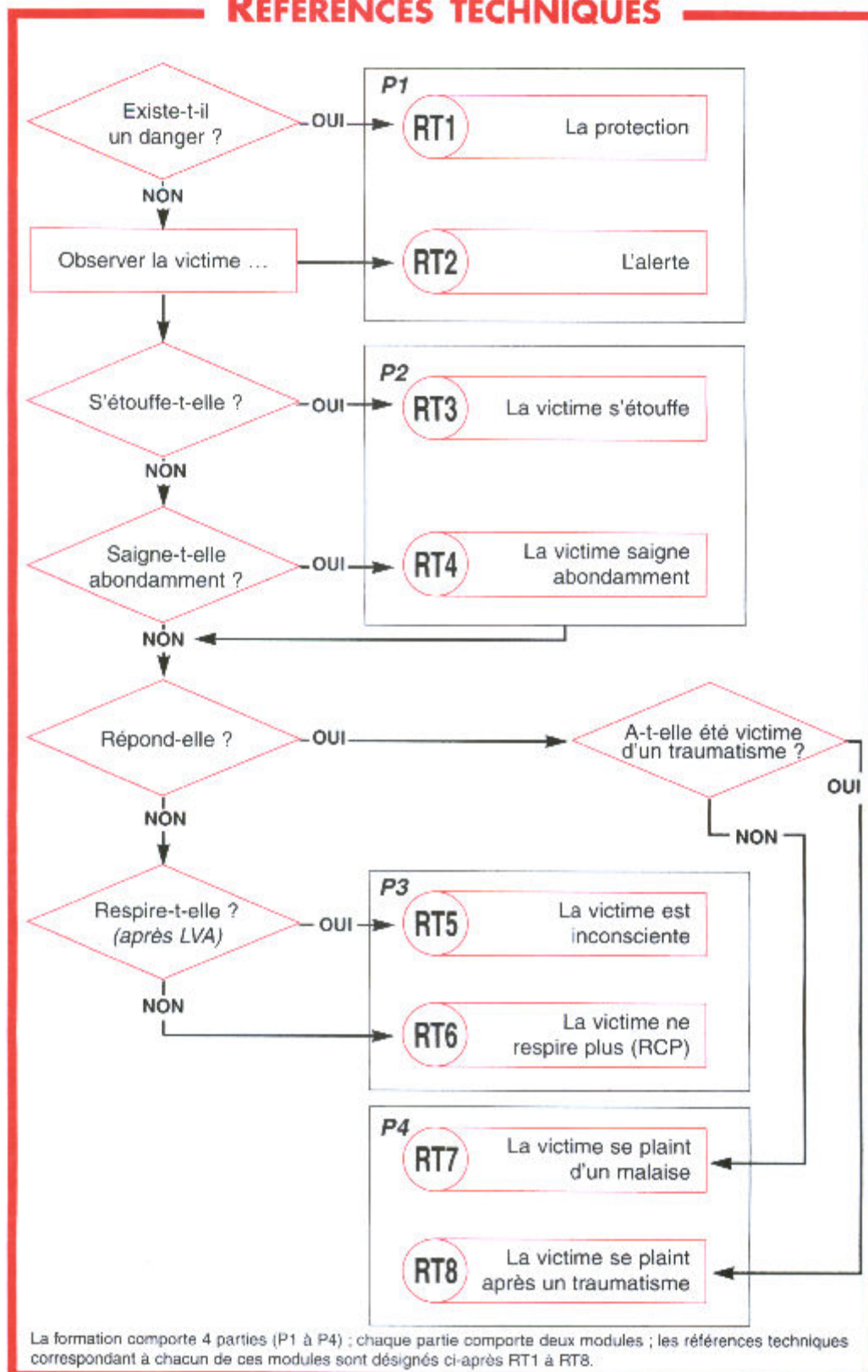
RÉFÉRENTIEL TECHNIQUE

PREMIERS SECOURS

Le présent référentiel développe le contenu de la formation et constitue la **norme technique** de l'enseignement des premiers secours. Il prend la place des anciennes Fiches pédagogiques «Attestation de formation aux premiers secours » (AFPS).

La partie pédagogique proprement dite avec ses annexes - qui n'est pas normative - fait l'objet d'un livret séparé.

RÉFÉRENCES TECHNIQUES



①

LA PROTECTION

B) CONDUITE À TENIR :

1- Reconnaître les dangers.

- Effectuer une approche prudente de la zone de l'accident.
- En restant à distance de la victime, regarder tout autour d'elle :
 - évaluer la présence de dangers qui peuvent menacer le sauveteur et la victime,
 - repérer les personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés.
- Se renseigner éventuellement auprès de témoins.

2 - Protéger.

- Quand cela est possible, supprimer immédiatement et de façon permanente les dangers environnants pour protéger l'action du sauveteur, la victime et les autres personnes, notamment du sur-accident.
- Délimiter clairement, largement et visiblement la zone de danger et empêcher toute intrusion dans cette zone.

Pour réaliser la protection, utiliser tous les moyens matériels dont on peut disposer et s'assurer si besoin du concours de toute personne apte qui pourrait apporter une aide dans la mise en œuvre de cette protection.

3 - Dégager d'urgence la victime de la zone de danger en toute sécurité.

Devant l'impossibilité de supprimer le danger et si la victime est incapable de se soustraire elle-même au danger :

- dégager la victime le plus rapidement possible.

La priorité du sauveteur est de se protéger.

La victime doit être visible, facile à atteindre, et aucune entrave ne doit l'immobiliser ou gêner son dégagement.

Il est essentiel que le sauveteur anticipe ce qu'il va faire et qu'il privilégie le chemin le plus sûr et le plus rapide à l'aller comme au retour.

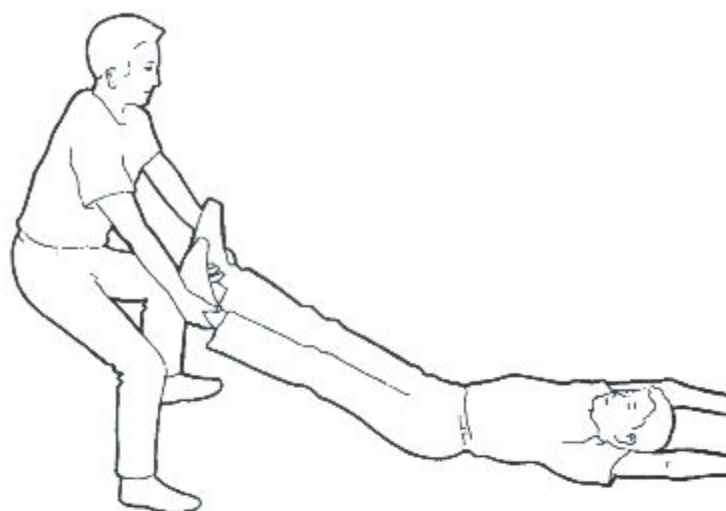
La victime doit être dégagée vers un endroit suffisamment éloigné du danger et de ses conséquences.

Le sauveteur doit, pour ce dégagement, respecter les principes suivants :

- choisir la technique de dégagement en tenant compte de sa force physique,
- saisir solidement la victime, par exemple par les poignets ou les chevilles, la tirer sur le sol, quelle que soit sa position, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.



Dégagement d'urgence : Traction par les poignets.



Dégagement d'urgence : Traction par les chevilles.

- Se faire aider éventuellement par une autre personne.

La rapidité de mise en œuvre du dégagement reste prioritaire.

Le dégagement d'urgence est une manœuvre exceptionnelle qui ne doit être utilisée que pour soustraire une victime à un danger vital, réel, immédiat et non contrôlable. Elle peut être dangereuse pour une victime atteinte d'un traumatisme.

4 - Devant l'impossibilité de supprimer le danger ou de dégager la victime :

- alerter ou faire alerter les secours spécialisés (voir RT2 : l'alerte),
- assurer une surveillance permanente de la zone de danger où les risques non contrôlés persistent et empêcher toute personne de pénétrer dans cette zone jusqu'à l'arrivée des secours spécialisés.

Dans cette situation, le sauveteur doit en priorité assurer sa sécurité et celle des témoins en attendant l'arrivée des secours.

C) CAS PARTICULIERS :

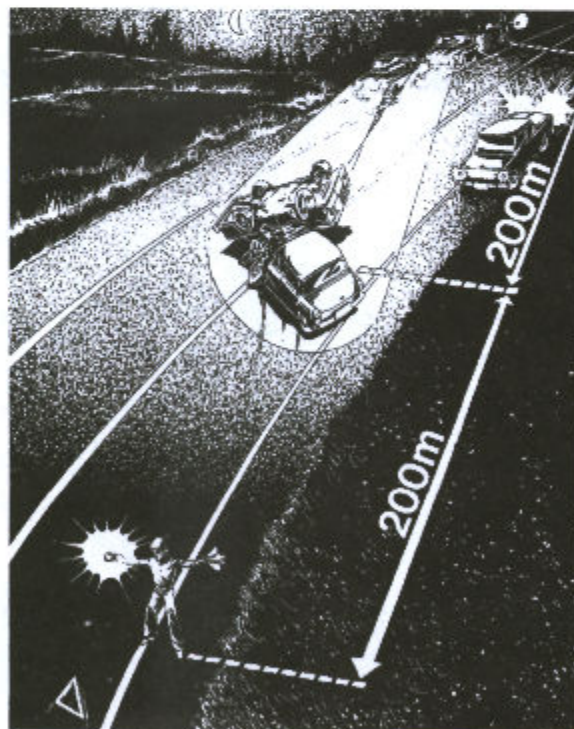
1- Protection d'un accident de la route.

Si l'on est en voiture :

- Allumer ses feux de détresse dès que l'on est en vue d'un accident et ralentir,
- garer son véhicule, si possible **après le lieu** de l'accident, sur la bande d'arrêt d'urgence si elle existe,
- veiller à faire descendre immédiatement tous les occupants de son véhicule et les mettre en sécurité sur le bas-côté ou derrière les glissières de sécurité, si elles existent.

Dans tous les cas :

- Baliser de part et d'autre de l'accident, à 150 ou 200 m, pour éviter tout suraccident (triangle de pré-signalisation,



Balisage d'un accident de la circulation de nuit.

lampe électrique, linge blanc, feux de détresse du véhicule), avec l'aide de témoins éventuels,

- interdire toute approche si un danger persiste (transport de matières dangereuses),
- ne pas fumer et ne pas laisser fumer. En présence d'un feu naissant dans un compartiment moteur, utiliser un extincteur,
- couper le contact des voitures accidentées, si possible.

2 - Protection dans d'autres situations.

Pour pénétrer :

- **dans un local enfumé, non ventilé** : retenir sa respiration, la durée de la manœuvre ne doit pas excéder 30 secondes ;
- **en cas d'incendie** : se protéger au maximum avec ses vêtements, se couvrir le visage, les mains.

S'il y a risque d'explosion par fuite de gaz : ne pas provoquer d'étincelles (interrupteurs, sonnerie, lampe de poche).

En cas de danger électrique : couper le courant avant de toucher la victime.

3 - Protection des populations en cas d'alerte.

La sirène.

La sirène diffuse un signal prolongé, modulé (montant et descendant). Il est émis trois fois une minute, séparé par un intervalle de cinq secondes :



Ce signal a été volontairement prolongé trois fois une minute pour qu'il ne soit pas confondu avec les signaux d'appel, en particulier

des sapeurs-pompiers beaucoup plus brefs, annonce un danger imminent (nuage toxique, tornade, etc.).

Il faut immédiatement :

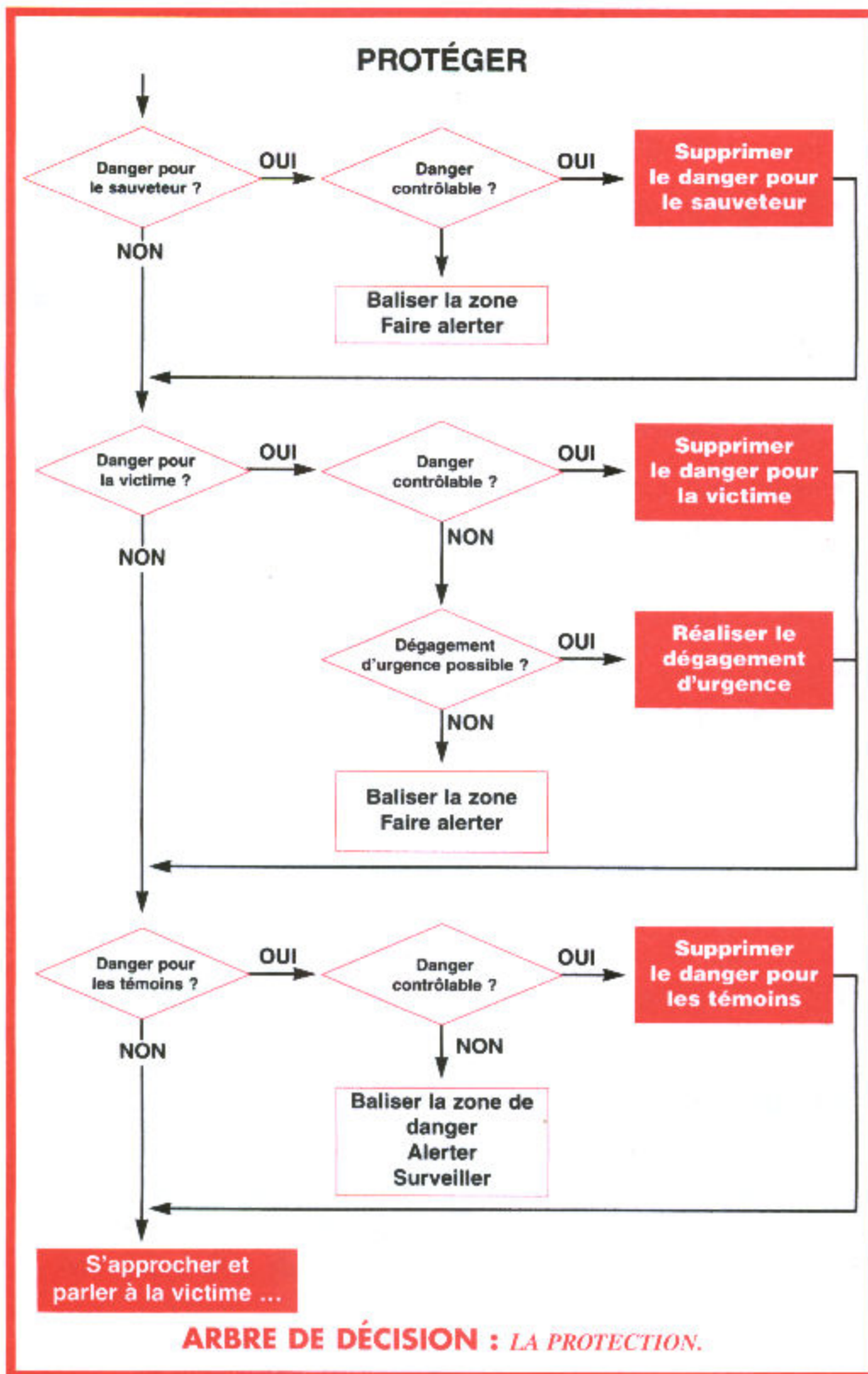
- se mettre à l'abri en s'enfermant dans un local, fermer portes et fenêtres,
- écouter la radio (France Inter 162 khz ou 1852 m en grandes ondes) sur un poste alimenté par des piles, en ayant soin d'avoir des piles de réserve,
- ne pas aller chercher ses enfants à l'école,
- ne pas fumer, éviter toute flamme ou étincelle, fermer le gaz (de ville, butane ou propane),
- ne pas téléphoner pour ne pas encombrer le réseau qui doit rester libre pour les secours.
- s'assurer que l'entourage a reçu et exécute ces consignes (des consignes complémentaires peuvent être données par haut-parleur).

Lorsque le danger est écarté, la sirène diffuse un signal sonore continu de 30 secondes :

30 secondes

Alertes particulières.

Lorsqu'il existe des risques particuliers (chimique, radioactif, etc.), des systèmes d'alerte adaptés existent pour prévenir les populations concernées. La diffusion préventive des consignes à suivre en cas d'alerte est réalisée directement auprès de cette population.



2

L'ALERTE

I – Situation

Le sauveteur est confronté à une situation nécessitant le recours à un service d'urgence.

II – Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour transmettre au service de secours d'urgence adapté les informations nécessaires à son intervention après avoir observé la situation.

III – Développement

A) 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.

Dans ce contexte, l'absence d'information d'un service d'urgence peut compromettre la vie ou la santé d'une victime malgré les premiers secours assurés par un sauveteur.

B) JUSTIFICATION :

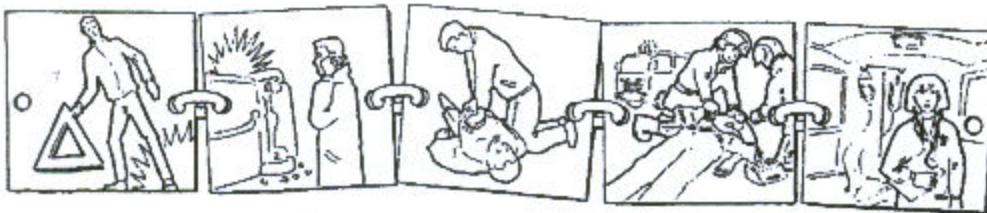
La vie de toute personne peut, un jour ou l'autre, être menacée par un accident ou une maladie brutale.

En France, les secours et les soins sont organisés, il existe des structures publiques ou privées adaptées à ces détresses, chacune

a un rôle précis (S.A.M.U., sapeurs-pompiers, police, gendarmerie, hôpitaux, cliniques, ambulanciers, professions de santé).

Toute personne témoin d'une situation de détresse doit, après avoir protégé, alerter les secours et pratiquer les gestes simples pouvant conserver une vie en attendant leur arrivée.

Chacun peut donc être le premier maillon de la chaîne de secours.



La chaîne de secours.

**La chaîne de secours
ne peut fonctionner sans son premier maillon,
le témoin qui protège et qui donne « l'alerte ».**

L'ALERTE, transmise au service d'urgence par les moyens les plus appropriés disponibles, doit être rapide et précise pour diminuer les délais de mise en œuvre de la chaîne de secours et de soins.

Tout retard et toute imprécision peuvent concourir à l'aggravation de l'état de la victime.

C) CONDUITE À TENIR :**1 - Décider d'alerter les secours :**

- à l'occasion de toute situation présentant des risques ou lorsqu'une vie est en danger ;
- dès que possible, mais après une évaluation rapide et succincte de la situation et des risques.

2 - Se munir d'un moyen de communication.

L'alerte des secours peut être réalisée à l'aide :

- d'un téléphone fixe, ou mobile,
- d'une cabine téléphonique,
- d'une borne d'appel (qui est reliée directement à un service de secours).

Cela est fait par le sauveteur ou par l'intermédiaire d'une tierce personne à qui l'on donne des consignes d'appel et qui vient rendre compte une fois l'alerte donnée.

3 - Choisir un service de secours adapté :

- Le 18 : les SAPEURS-POMPIERS pour tout problème de secours.
- Le 15 : le SAMU pour tout problème urgent de santé, c'est un secours médicalisé.
- Le 17 : la POLICE ou la GENDARMERIE pour tout problème de sécurité ou d'ordre public.
- Le 112 : numéro d'appel unique des urgences sur le territoire Européen, recommandé aux étrangers circulant en France et aux Français circulant à l'étranger.

Ces services sont interconnectés.

Les numéros d'urgence figurent en première page de tout annuaire téléphonique, sur Minitel et dans les cabines téléphoniques publiques.

L'appel aux numéros 18, 15, 17 ou 112 est gratuit et possible sur tout appareil raccordé au réseau téléphonique national même en l'absence de monnaie ou de carte téléphonique et de code PIN pour les téléphones mobiles.

L'usage des bornes d'appel est également gratuit. Cet appel aboutit directement à un service de secours.

A l'intérieur de certains établissements, il faut respecter la procédure d'alerte particulière à ceux-ci, généralement affichée près des postes téléphoniques.



Les moyens de l'alerte.

4 - Transmettre les informations.

L'appelant doit pouvoir renseigner les services d'urgence et donner les indications suivantes :

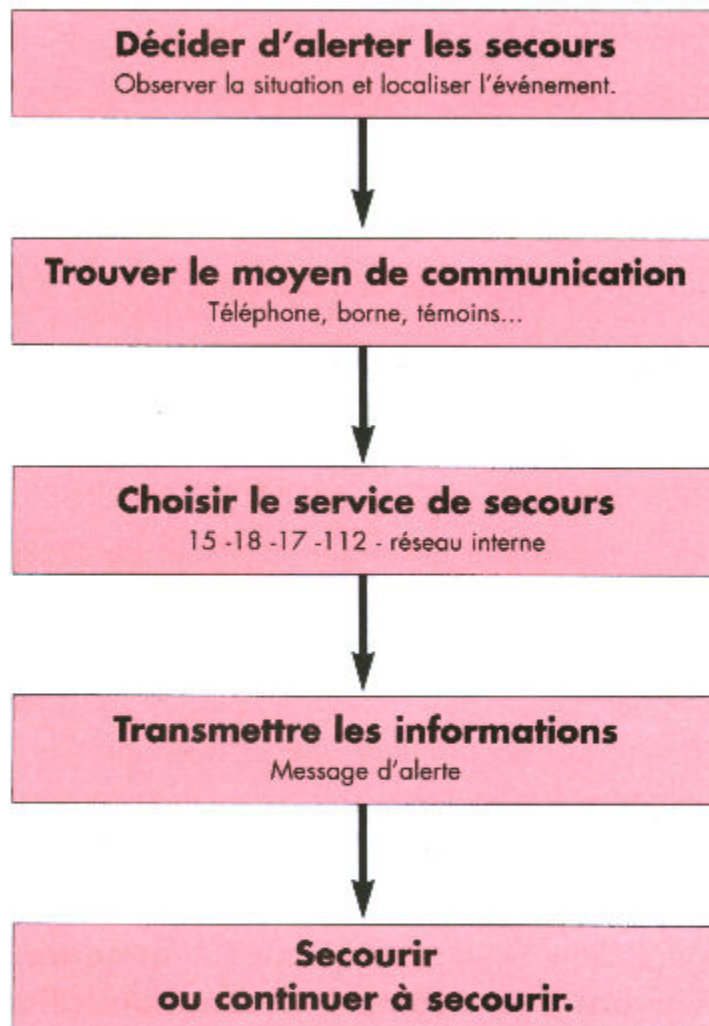
- NUMÉRO du TÉLÉPHONE ou de la borne d'où l'on appelle ; si nécessaire, donner son nom ;
- NATURE DU PROBLÈME, maladie ou accident,
- RISQUES éventuels : incendie, explosion, effondrement, produits chimiques et tout autre danger,
- LOCALISATION très précise de l'événement,
- NOMBRE de personnes concernées,
- appréciation de la GRAVITÉ de l'état de chaque victime,
- PREMIÈRES MESURES PRISES ET GESTES EFFECTUÉS,

et répondre aux questions qui lui seront posées par les secours ou par un médecin.

Un dialogue peut s'instaurer entre l'appelant et le service d'urgence. Ce dernier peut donner des conseils et/ou des instructions sur la conduite à tenir par le sauveteur, soit en attendant l'arrivée d'un service d'urgence sur les lieux, soit pour permettre au sauveteur de conclure son action lorsque l'intervention d'un service d'urgence ne s'avère pas nécessaire.

Le message d'alerte achevé, l'appelant doit **attendre les instructions avant d'interrompre la communication.**

ALERTER OU FAIRE ALERTE



ARBRE DE DÉCISION : L'ALERTE DES SECOURS.

③

**LA VICTIME
S'ÉTOUFFE**

I – Situation

La ventilation spontanée de la victime consciente est brutalement et complètement empêchée.

II – Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour :

- identifier l'obstruction des voies aériennes ;
- réaliser l'enchaînement des techniques qui permettent d'obtenir une désobstruction des voies aériennes chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson ;
- indiquer la conduite à tenir que le sauveteur doit adopter devant une victime qui présente une obstruction partielle des voies aériennes.

III – Développement

A) DÉFINITION :

Le mouvement de l'air entre l'extérieur et les poumons est complètement empêché du fait d'une obstruction totale des voies aériennes.

B) RISQUES :

Les voies aériennes permettent le passage de l'air de l'extérieur vers les poumons et inversement. Si ce passage est interrompu, l'oxygène n'atteint pas les poumons et la vie de la victime est immédiatement menacée.

C) SIGNES :

La victime est le plus souvent en train de manger ou, s'il s'agit d'un enfant, en train de jouer avec un objet porté à la bouche.

Brutalement, la victime :

- porte la main à sa gorge ;
- ne peut plus parler ;
- garde la bouche ouverte ;
- fait des efforts pour respirer sans que l'air n'entre ni ne sorte,
- ne peut plus tousser.



Obstruction brutale des voies aériennes.

D) CONDUITE À TENIR :

La victime se présente habituellement debout ou assise :

- 1** - laisser la victime dans la position où elle se trouve ;
- 2** - constater l'obstruction totale des voies aériennes ;
- 3** - désobstruer les voies aériennes en lui donnant 5 claques dans le dos (voir techniques) ;
- 4** - en cas d'inefficacité des claques dans le dos, réaliser 5 compressions abdominales selon la méthode décrite par HEIMLICH (voir techniques) ;
- 5** - constater l'efficacité des claques dans le dos ou des compressions abdominales.

Les manœuvres de désobstruction sont efficaces :

le corps étranger peut se dégager progressivement au cours des différentes tentatives ; l'efficacité de ces manœuvres peut s'évaluer sur :

- l'expulsion du corps étranger,
- l'apparition de toux,
- **la reprise de la respiration.**

Après expulsion du corps étranger, le sauveteur doit parler à la victime, la réconforter et **demandeur un avis médical au 15.**

L'obstruction persiste malgré tout :

- réaliser à nouveau **5 claques vigoureuses** dans le dos puis **5 compressions abdominales** et ainsi de suite ;
- arrêter les manœuvres dès que la désobstruction est obtenue ou si la victime perd connaissance ;
- faire alerter les secours d'urgence.

La victime perd connaissance :

- si la victime perd connaissance, pratiquer alors les gestes qui peuvent s'imposer (voir RT6).

Justification

Ces techniques doivent permettre d'expulser le corps étranger bloqué dans les voies aériennes de la victime et restaurer un libre passage de l'air.

TECHNIQUES

Les claques dans le dos

- se placer sur le côté et légèrement en arrière de la victime ;
- soutenir son thorax avec une main et la pencher suffisamment en avant pour que l'obstacle dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes ;
- lui donner **5 claques vigoureuses** dans le dos, entre les deux omoplates avec le plat de l'autre main ouverte ;
- arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue.

Le but des claques dans le dos de la victime est de provoquer un mouvement de toux, de débloquer et d'expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes.



Donner 5 claques vigoureuses dans le dos.

Les compressions abdominales, méthode de HEIMLICH.

- Se placer derrière la victime, contre son dos (en fléchissant les genoux pour être à sa hauteur si la victime est assise), passer les bras sous les siens de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen ;
- s'assurer que la victime est bien penchée en avant pour que l'obstacle dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes ;
- mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen, au creux de l'estomac, au-dessus du nombril, en dessous du sternum. **Ce poing doit être horizontal, le dos de la main tourné vers le haut ;**
- placer l'autre 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. Le corps étranger devrait se débloquer et sortir de la bouche de la victime ;
- Si le corps étranger n'est pas délogé, répéter cette manœuvre jusqu'à 5 fois ;
- Si le corps étranger n'est pas rejeté, il peut être resté dans la bouche de la victime ; dans ce cas, il faut le rechercher et le retirer prudemment avec les doigts.

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



Compressions abdominales.

G) CAS PARTICULIERS :

1 - Obstruction totale des voies aériennes chez le nourrisson.

Si un nourrisson présente une obstruction brutale et totale des voies aériennes par un corps étranger, la séquence d'action est la suivante :

Réaliser 5 claques dans le dos.

- Coucher le nourrisson tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras, de façon à ce que sa tête soit plus basse que le thorax et facilite la sortie du corps étranger ; maintenez la tête avec les doigts de part et d'autre de la bouche tout en évitant d'appuyer sur sa gorge ;
- donner 5 claques dans le dos, entre les deux omoplates, avec le plat de la main ouverte ;
- après les 5 claques dans le dos, si le corps étranger n'a pas été rejeté, procéder comme ci-après.



*Désobstruction des voies aériennes chez le nourrisson :
claques dans le dos, retournement et compressions thoraciques.*

Réaliser 5 compressions thoraciques :

- après avoir réalisé les 5 claques dans le dos, placer votre avant-bras contre le dos de l'enfant et votre main sur sa tête ; le nourrisson est alors entre vos deux avant-bras et vos deux mains ;
- le retourner sur le dos tout en le maintenant fermement ; l'allonger tête basse sur votre avant-bras et votre cuisse ;
- effectuer 5 compressions sur le devant du thorax, avec 2 doigts, au milieu de la poitrine, sur la moitié inférieure du sternum, sans appuyer sur son extrémité inférieure (la position des doigts est identique à celle des compressions thoraciques lors de l'arrêt cardiaque du nourrisson) ;
- après les 5 claques dans le dos et les 5 compressions thoraciques, vérifier que le corps étranger n'est pas dans la bouche ;
- délicatement, retirer le corps étranger s'il est visible et accessible ;
- **si le corps étranger est expulsé**, parler continuellement au nourrisson pour le calmer ;

- **si le corps étranger n'est pas expulsé :**

- répéter le cycle successivement en alternant les claques dans le dos avec les compressions thoraciques ;
- faire alerter les secours d'urgence ;
- continuer jusqu'à obtenir une désobstruction des voies aériennes ou jusqu'à la perte de connaissance du nourrisson.

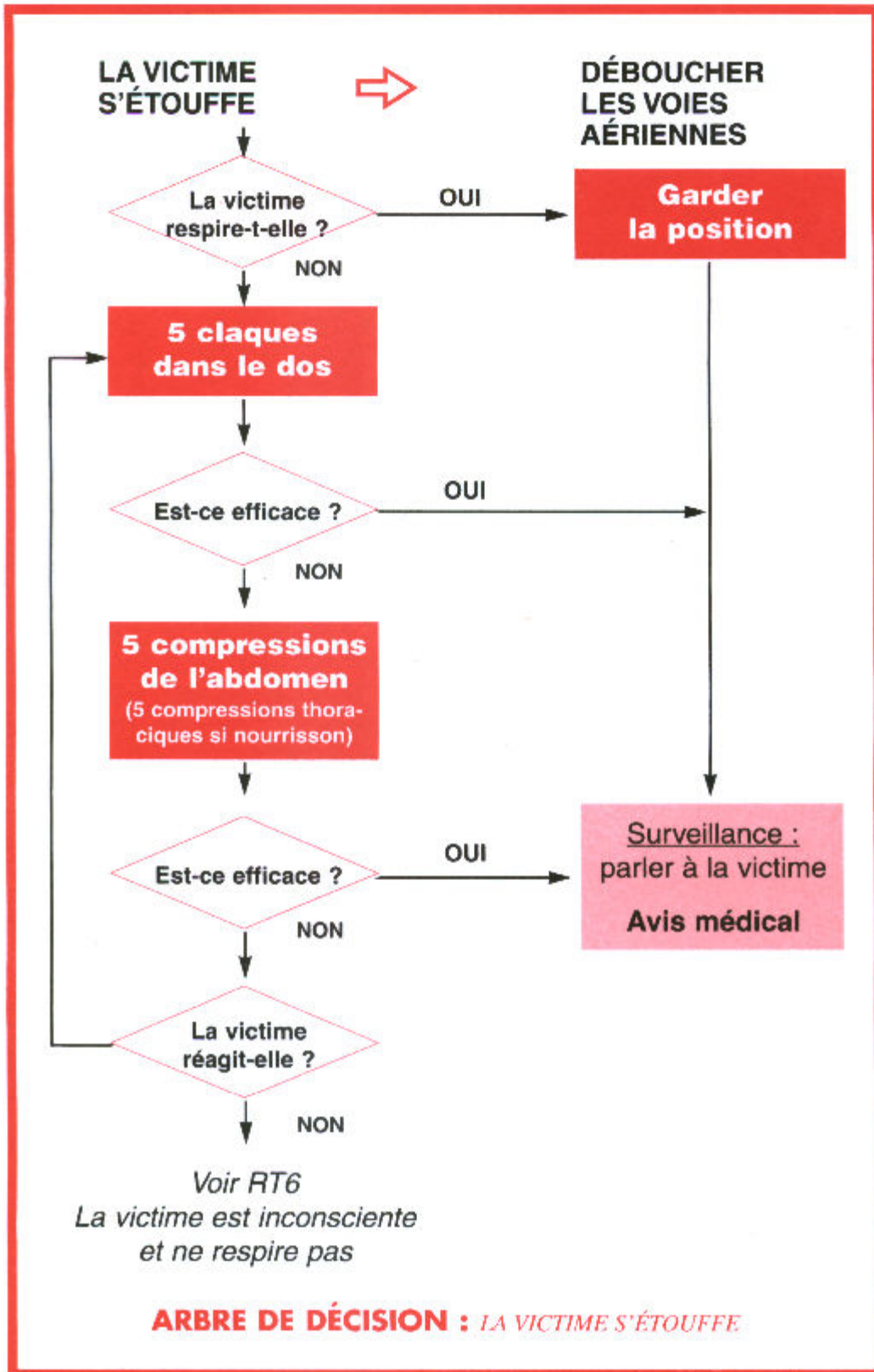
Les compressions thoraciques sont très efficaces chez le nourrisson du fait de la souplesse du thorax ; les compressions abdominales ne sont pas recommandées car elles peuvent entraîner une lésion des organes de l'abdomen.

2 - Obstruction partielle des voies aériennes.

Si l'obstruction des voies aériennes n'est pas totale, la victime a du mal à respirer, fait des efforts de toux et parfois présente un sifflement respiratoire.

Bien souvent, elle est capable d'expulser elle-même le corps étranger.

- En aucun cas le sauveteur ne doit pratiquer les techniques de désobstruction décrites ci-dessus, car elles risqueraient de mobiliser le corps étranger et de provoquer une obstruction totale des voies aériennes et un arrêt de la respiration. Il doit alors :
- la laisser dans la position dans laquelle elle se sent le mieux, le plus souvent assise ;
- demander un avis médical en appelant le 15.



4

**LA VICTIME
SAIGNE
ABONDAMMENT**

I – Situation

La victime présente un saignement abondant visible à l'œil nu par le sauveteur.

II – Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour :

- devant une personne qui présente un saignement abondant,
 - réaliser une compression directe de l'endroit qui saigne,
 - réaliser une compression à distance à l'aide d'un point de compression si la compression directe est impossible ou inefficace,
 - réaliser un garrot si le point de compression est impossible ou inefficace ;
- choisir le geste et/ou la position la plus adaptée pour éviter l'aggravation de l'état d'une victime qui saigne du nez ou bien qui vomit ou crache du sang.

III – Développement

A) DÉFINITION :

Une perte de sang provient d'une plaie ou d'un orifice naturel. Quand cette perte de sang est abondante ou prolongée, on parle d'**hémorragie**.

B) RISQUES :

La perte abondante ou prolongée de sang conduit à une détresse qui menace immédiatement ou à très court terme la vie d'une victime.

Tout saignement nécessite une action de secours immédiate, rapide et efficace.

C) SIGNES :

La victime présente une perte de sang par une plaie :

On distingue deux cas :

- un saignement dû à une écorchure, éraflure ou abrasion cutanée qui s'arrête spontanément (voir RT8 : la victime se plaint après un traumatisme) ;
- un saignement abondant ou **hémorragie** qui imbibe de sang un mouchoir de toile ou de papier en quelques secondes et qui ne s'arrête pas spontanément.

D) CONDUITE À TENIR :

• Constater l'hémorragie :

- l'hémorragie est le plus souvent évidente.
- une hémorragie doit aussi être recherchée sur un blessé car elle peut être temporairement masquée par la position de la victime ou un vêtement particulier (manteau, blouson...).

• Arrêter l'hémorragie :

- **en comprimant directement l'endroit qui saigne** quel que soit le lieu de la plaie, jusqu'à l'arrivée des secours, après avoir écarté les vêtements si nécessaire (voir techniques : pour comprimer l'endroit qui saigne).



Comprimer l'endroit qui saigne.

- en comprimant à distance à l'aide d'un **point de compression** si la compression directe de l'endroit qui saigne est impossible ou inefficace (voir techniques : les points de compressions),

- en posant un **garrot** en dernière limite si la compression directe puis le point de compression sont impossibles ou inefficaces (voir techniques : le garrot).

- **Allonger la victime en position horizontale :**

Cette position retarde ou empêche l'installation d'une détresse liée à la perte importante de sang.

- **Donner l'alerte ou mieux, faire donner l'alerte.**

- **Vérifier que l'hémorragie est arrêtée et parler régulièrement à la victime en attendant les secours.**

- Ne pas donner à boire.

- Protéger la victime contre le froid et/ou les intempéries.

- Pendant toute la réalisation de cette conduite à tenir, le sauveteur expliquera à la victime ce qui se passe pour la réconforter et rechercher sa coopération.

NB : Des maladies peuvent être transmises par le sang en cas de plaie, même minime, des mains du sauveteur. Dans ce cas, il convient :

- de se protéger par le port de gants ou en interposant un morceau de plastique, au mieux en glissant dans sa main un sac imperméable.
- d'utiliser une technique d'arrêt du saignement qui n'expose pas au contact direct du sang ;
- de toujours se laver les mains, les désinfecter (eau de Javel, Dakin...) et retirer les vêtements souillés de sang le plus tôt possible après que l'action de secours soit terminée ;
- d'éviter de porter les mains à la bouche, au nez ou aux yeux ou de manger avant de s'être lavé les mains.

En cas d'inquiétude, à la suite d'un contact avec le sang d'une victime, le sauveteur peut consulter un service d'urgence.

E) JUSTIFICATION :

Ces techniques permettent d'arrêter l'hémorragie, limiter la perte de sang de la victime et éviter l'installation d'une détresse qui peut entraîner le décès d'une victime.



Compression avec la main.

F) TECHNIQUES :**1 - Compression de l'endroit qui saigne.**

- Appuyer directement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main.

Cette technique est facile et rapide, elle suffit dans la plupart des cas pour arrêter le saignement en comprimant les vaisseaux qui saignent.

- Si le sauveteur doit se libérer, il remplacera la compression manuelle par un tampon de tissu ou de papier (mouchoir plié, par exemple) maintenu en place par un lien large.

La mise en place de ce tampon-relais doit observer les principes suivants :

- le tissu mis à la place doit être propre et recouvrir complètement la plaie qui saigne ;
- la substitution de la compression manuelle par le tampon-relais doit être la plus rapide possible ;
- le lien large doit recouvrir complètement le tampon et être assez long pour faire au moins deux tours ;
- le lien doit être suffisamment serré pour garder une pression suffisante sur l'endroit qui saigne et éviter que le saignement reprenne.

Certaines localisations ne permettent pas de fixer le tampon avec un lien large (cou, thorax, abdomen) ; dans ce cas, la compression manuelle doit être maintenue.



Dans tous les cas, la compression de la plaie qui saigne doit être maintenue jusqu'à l'arrivée des secours, si nécessaire en recherchant la coopération d'une autre personne ou de la victime.

Lorsque le saignement siège à une extrémité de membre, élever cette extrémité au-dessus du niveau du cœur contribue à mieux arrêter le saignement.

2 - Compression à distance : les points de compression.

Dans les cas où :

- la compression directe sur la plaie est impossible : fracture ouverte, plaie inaccessible ou avec corps étranger que l'on ne doit jamais retirer (risque d'aggraver la lésion) ;
- la compression directe sur la plaie est inefficace, le sang continue de couler ;
- le sauveteur présente une plaie des mains et ne possède pas de moyen de protection ;

il faut assurer une compression du vaisseau qui est la principale source de l'hémorragie entre le cœur et la plaie qui saigne.

Le point de compression s'effectue :

- au pli de l'aîne, pour les saignements du membre inférieur,
- sur la face interne du bras pour les saignements du membre supérieur,
- à la base du cou pour une plaie du cou qui saigne.

Le sauveteur doit effectuer une pression manuelle ferme et continue et maintenir cette pression pendant le temps nécessaire au service d'urgence pour arriver sur les lieux.

En cas de fatigue, le sauveteur peut changer de doigt ou de poing d'appui.

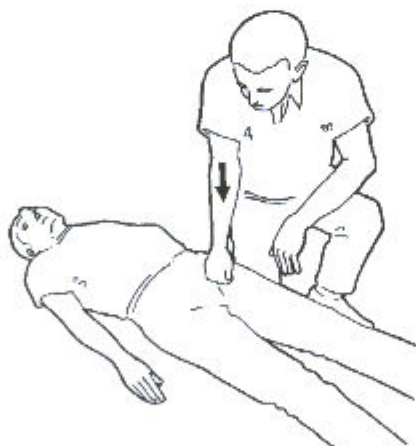
Correctement réalisé, le point de compression entraîne un arrêt du saignement, quelle que soit la main avec laquelle il est effectué.

HÉMORRAGIE	OÙ ?	COMMENT ?
Hémorragie du membre inférieur	Au pli de l'aîne	Avec un poing, bras tendu
Hémorragie du membre supérieur	Sur la face interne du bras	Avec un pouce en appuyant vers l'os
Hémorragie du cou	A la base du cou	Avec un pouce en appuyant vers la colonne vertébrale

Les points de compression.

3 - Point de compression au pli de l'aîne.

Le sauveteur est au niveau du bassin, sur le côté ; il appuie avec un poing, bras tendu à la verticale, au milieu du pli de l'aîne.



Point de compression au pli de l'aîne.

4 - Point de compression sur la face interne du bras.

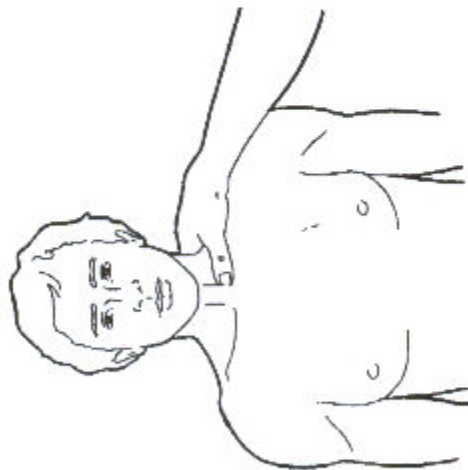
Empaumer par dessous le bras de la victime du côté de la plaie qui saigne, le pouce sur la face interne du bras appuie en direction de l'os. Effectuer une légère rotation perpendiculaire à l'axe du bras.



Point de compression sur la face interne du bras.

5 - Point de compression à la base du cou.

Le sauveteur est sur le côté, au niveau de la tête ; le pouce appuie à la base du cou sans écraser la trachée ; les autres doigts prennent appui derrière le cou ; l'artère est ainsi écrasée contre les vertèbres.



Point de compression à la base du cou.

Une fois effectué, un point de compression doit être maintenu, sauf aux membres si un garrot est mis en place.

6 - Compression à distance : le garrot.

Le **GARROT** est utilisé à la place d'un point de compression du bras ou de la cuisse :

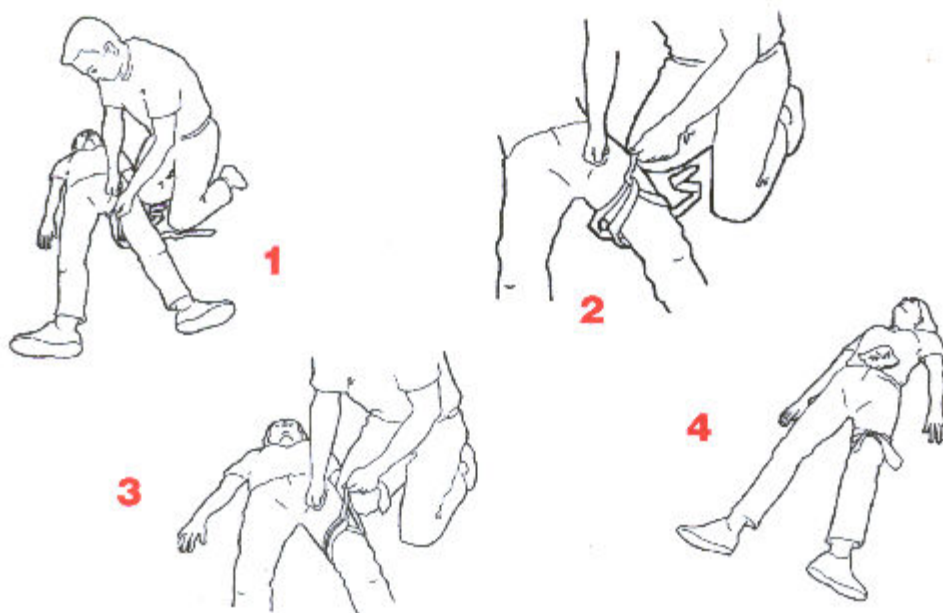
- impossible à réaliser du fait de la position de la victime ;
- inefficace, le sang continuant de couler ;
- qui ne peut être maintenu par un sauveteur isolé qui doit donner l'alerte ou qui doit s'occuper d'une autre victime grave.

Le garrot est mis en place :

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

Il doit être réalisé avec un lien large : cravate, écharpe, foulard, jamais avec une ficelle, un fil de fer ou un garrot élastique pour éviter un cisaillement du membre.

Il est mis en place selon la technique illustrée par le schéma.



Mise en place du garrot.

Le garrot doit rester toujours visible : ne pas le recouvrir.

L'heure de pose du garrot doit être relevée et toujours marquée de façon claire et visible sur la victime (heures : de 0 à 23 puis minutes, exemple : 17 h 30).

**Une fois posé, le garrot ne doit jamais être desserré.
Seul un médecin est autorisé à l'enlever.**

G) CAS PARTICULIERS :

1 - La victime présente un saignement du nez :

On voit le sang sortir par le nez de la victime.

Le saignement est spontané ou provoqué par un choc minime sur le nez :

- laisser la victime assise, tête penchée en avant. **Ne pas l'allonger** pour éviter qu'elle avale son sang ;



Comprimer avec le doigt la narine qui saigne.

- lui demander de comprimer avec son doigt la narine qui saigne, pendant dix minutes ;
- Si le saignement de nez ne s'arrête pas ou se reproduit, l'avis d'un médecin est nécessaire.

En cas de saignement de nez survenant après une chute ou un coup, alerter les secours médicalisés, surveiller la conscience.

2 - La victime vomit ou crache du sang :

On voit le sang sortir par la bouche de la victime (vomissements ou crachements) :

- alerter immédiatement un médecin ou les secours médicalisés : une hémorragie de ce type est toujours un symptôme grave, nécessitant un traitement d'urgence ;
- installer la victime assise ou demi-assise, si elle ne supporte pas la position allongée ;
- conserver les vomissements ou les crachats, si possible, dans un récipient, pour être montrés au médecin ;
- parler régulièrement à la victime :
 - si elle parle, elle est consciente, continuer de lui parler ;
 - si elle ne répond plus, pratiquer les gestes qui peuvent alors s'imposer.
- Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

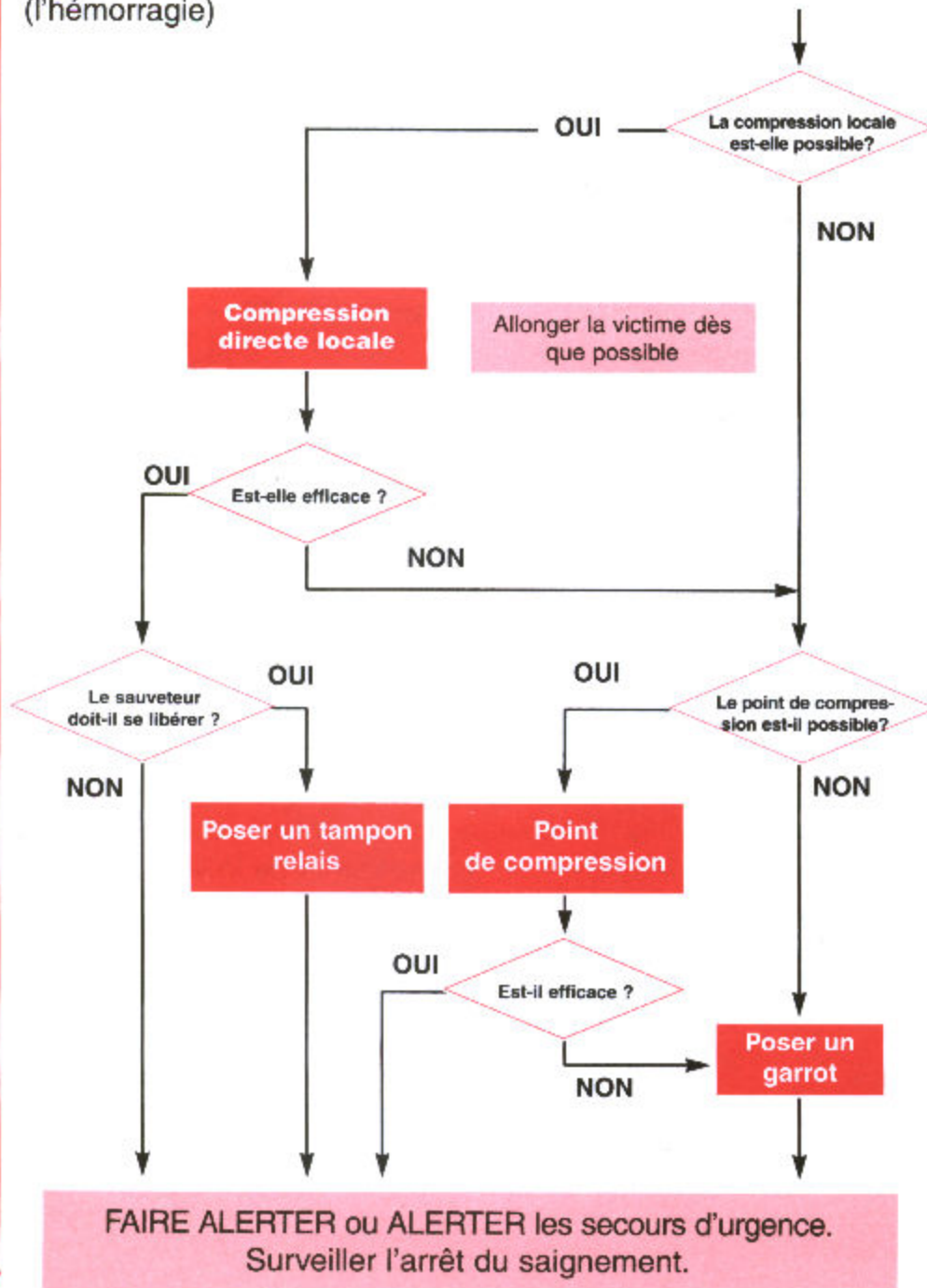
3 - Autres hémorragies :

Toute perte de sang inhabituelle par un orifice naturel nécessite d'allonger la victime, d'alerter le médecin et de la surveiller sans lui donner à boire.

**LA VICTIME
SAIGNE ABONDAMMENT**
(l'hémorragie)



**ARRÊTER
LE SAIGNEMENT**



ARBRE DE DÉCISION : LA VICTIME SAIGNE ABONDAMMENT.

5

**LA VICTIME
EST
INCONSCIENTE**

I – Situation

La victime ne répond pas aux questions, ne réagit pas et respire.

II – Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour maintenir libres les voies aériennes d'une victime inconsciente qui respire en attendant l'arrivée des secours d'urgence.

III – Développement

A) DÉFINITION :

La victime ne répond pas aux questions, reste immobile et respire.

B) CAUSES :

Les causes des troubles de la conscience sont multiples :

- **traumatiques ;**
- **médicales ;**
- **toxiques.**

C) RISQUES :

Une personne inconsciente, laissée sur le dos, est toujours exposée à des difficultés respiratoires du fait de :

- l'obstruction des voies aériennes **par la chute de la langue en arrière.**
- l'encombrement des voies aériennes par l'écoulement dans les voies respiratoires et les poumons des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) entraînant de graves dommages aux poumons.

Cette situation peut évoluer vers l'arrêt respiratoire et circulatoire en l'absence d'intervention, alors qu'elle peut, soit ne pas s'aggraver, soit régresser si les gestes de premiers secours adaptés sont faits dans l'attente des secours médicalisés.

La respiration naturelle ou artificielle n'est possible que si les voies aériennes permettent le passage de l'air sans encombre.

Il est donc nécessaire en priorité d'assurer la liberté des voies aériennes.



Obstruction des voies aériennes par la langue.

D) CONDUITE À TENIR :

La victime est le plus souvent étendue sur le dos.

1 - Réaliser la protection.

- La prévention du suraccident est un préalable obligatoire à toute action de secours.

La protection étant réalisée, le sauveteur et la victime sont en sécurité.

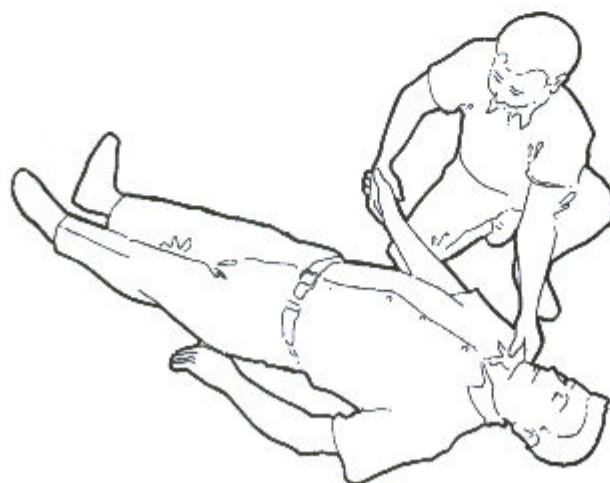
2 - Rechercher toute détresse évidente qui peut menacer la vie de la victime à court terme.

- S'assurer qu'il n'y a pas de saignements visibles et importants (voir RT4).

3 - Apprécier l'état de conscience.

- Poser une question simple, par exemple :
 - « Comment ça va ? »
 - « Vous m'entendez ? »
- Prendre sa main et lui demander :
 - « Serrez-moi la main »
 - « Ouvrez les yeux ».

La victime ne répond pas ou ne réagit pas ; elle est **inconsciente**.



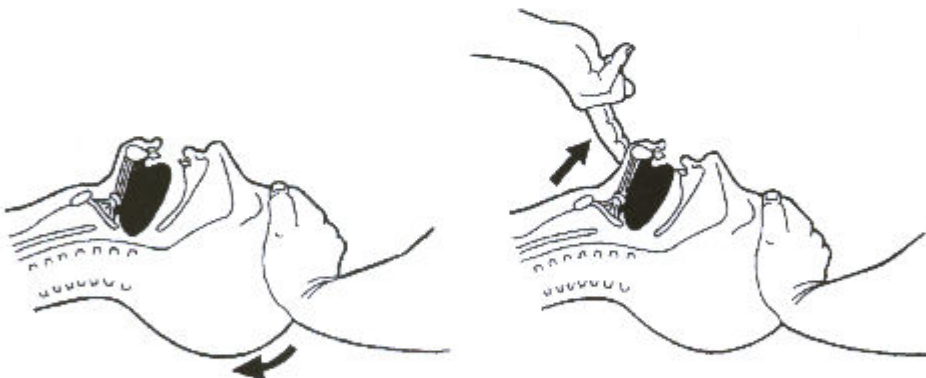
Apprécier l'état de conscience.

4 - Si le sauveteur est seul, appeler « à l'aide ».

Afin d'obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra aller alerter les secours.

5 - Assurer IMMÉDIATEMENT la désobstruction des voies aériennes.

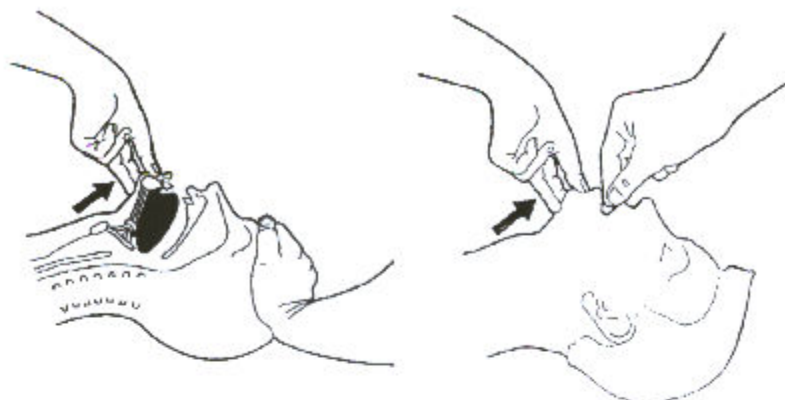
- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la ventilation (boucle de ceinture, bouton du pantalon, cravate, col).
- **Basculer** doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton :
 - placer la paume d'une main sur le front pour appuyer vers le bas et incliner la tête en arrière ;
 - Placer 2 ou 3 doigts de l'autre main juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton pour l'élever et le faire avancer. On peut éventuellement s'aider du pouce pour saisir le menton.



Basculer la tête en arrière, élever le menton.

La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton entraînent la langue qui se décolle du fond de la gorge et permet le passage de l'air.

- Ouvrir la bouche de la victime (avec la main qui tient le menton).
- Retirer les corps étrangers **visibles** à l'intérieur de la bouche de la victime avec la main qui était sur le front, y compris les prothèses dentaires décrochées, sans toucher à celles qui sont restées en place.

*Ouvrir la bouche**Retirer un corps étranger à l'aide des doigts.*

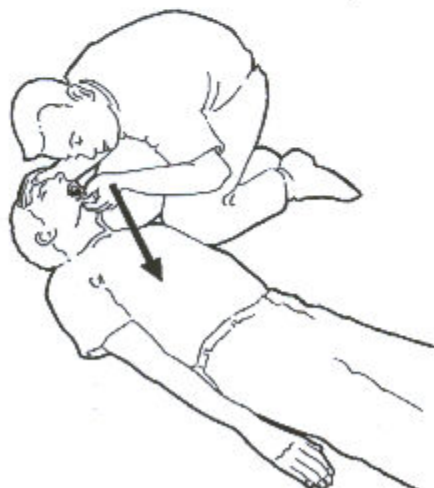
6 - Apprécier la respiration.

- Se pencher sur la victime, l'oreille et la joue du sauveteur au-dessus de sa bouche et de son nez tout en gardant le menton élevé.

Rechercher :

- **avec la joue** : le flux d'air expiré par le nez et la bouche ;
- **avec l'oreille** : les bruits normaux ou anormaux de la respiration (sifflement, ronflement, gargouillement) ;
- **avec les yeux** : le soulèvement du ventre et/ou de la poitrine.

Cette recherche dure dix secondes au plus.

*Apprécier la respiration.*

La poitrine se soulève, d'éventuels bruits et le souffle de la victime sont perçus, la victime respire.

7 - Placer la victime en position latérale de sécurité (PLS).

La victime doit être placée sur le côté par le sauveteur. **La position** dans laquelle se trouve la victime après sa mise sur le côté **doit respecter les principes suivants :**

- le retournement de la victime sur le côté doit limiter au maximum les mouvements de la colonne cervicale ;
- la victime se trouve dans une position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue en arrière et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur ;
- la position est stable ;
- toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée ;
- la surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles.

Le danger de détresse respiratoire prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion traumatique lors de la mise en PLS.

8 - Alerter ou faire alerter les secours médicalisés.

- Si le sauveteur est seul, après avoir mis la victime en PLS, et s'il n'a pas obtenu une aide de la part d'un témoin, il pourra quitter la victime et aller alerter les secours le plus rapidement possible.
- Si le sauveteur n'est pas seul, il s'assure à ce moment de l'alerte donnée par le témoin.

9 - Contrôler la respiration de la victime en attendant l'arrivée des secours.

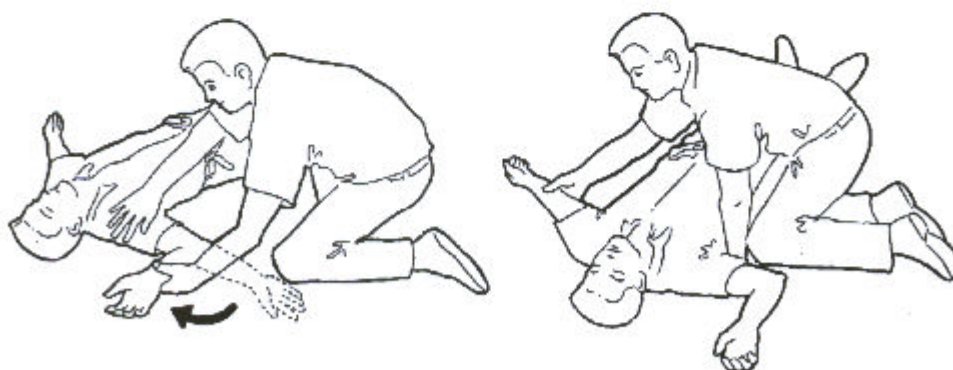
- Le sauveteur surveille la respiration toutes les minutes. Il regarde le ventre et la poitrine se soulever, écoute d'éventuels sons provoqués par sa respiration ou essaye, avec le plat de sa main, de sentir le soulèvement du thorax. Si l'état de la victime s'aggrave et que la respiration s'arrête, le sauveteur doit replacer rapidement la victime sur le dos et pratiquer les gestes qui s'imposent.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

E) JUSTIFICATION :

Cette conduite à tenir permet d'assurer la liberté des voies aériennes de la victime, empêche la chute de la langue en arrière et le passage de liquides (sécrétions, vomissements...) dans les voies aériennes, en limitant l'aggravation d'une éventuelle lésion de la colonne cervicale de la victime.

F) TECHNIQUE :

La position latérale de sécurité



PLS, mise en place du bras.

1 - Préparer le retournement de la victime.

- Retirer les lunettes de la victime si elle en porte.
- S'assurer que ses membres inférieurs sont allongés côte à côte. Si ce n'est pas le cas, les rapprocher délicatement l'un de l'autre, dans l'axe du corps de la victime.
- Placer le bras de la victime le plus proche du côté du sauveteur, à angle droit de son corps, plier ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut.

L'alignement des jambes et la position du membre supérieur anticipent la position finale.

- Se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime.
- D'une main saisir le bras opposé de la victime, placer le dos de sa main contre son oreille, côté sauveteur.
- Maintenir la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume.



PLS, mise en place de la main sur l'oreille.

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

- Avec l'autre main, attraper la jambe opposée, juste derrière le genou, la relever tout en gardant le pied au sol.

La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement et permet à un sauveteur, de retourner celle-ci, quelle que soit sa force physique.

- Se placer assez loin de la victime au niveau du thorax pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer.



PLS, avant le retournement.

2 - Retourner la victime.

- Tirer sur la jambe afin de faire rouler la victime vers le sauveteur jusqu'à ce que le genou touche le sol.

Le mouvement de retournement doit être fait sans brusquerie en un seul temps. Le maintien de la main sous la joue de la victime permet de respecter l'axe de la colonne cervicale.

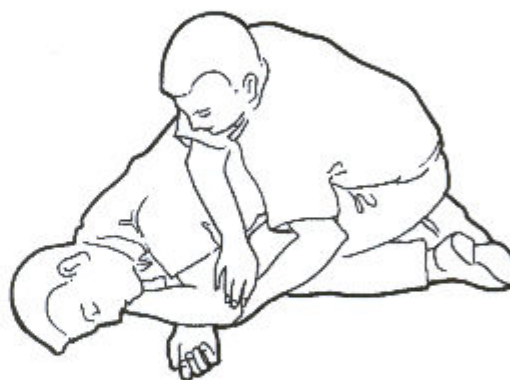
Si les épaules ne tournent pas complètement, le sauveteur peut :

- coincer le genou de la victime avec son propre genou pour éviter que le corps de la victime ne retombe en arrière sur le sol,
- puis saisir l'épaule de la victime avec sa main qui tenait le genou pour achever la rotation.

Dégager doucement la main du sauveteur qui est sous la tête de la victime, en maintenant son coude avec la main qui tenait le genou pour ne pas entraîner la main de la victime et éviter toute mobilisation de sa tête.



PLS, victime tournée sur le côté.



PLS, dégagement de la main du sauveteur.

3 - Stabiliser la victime.

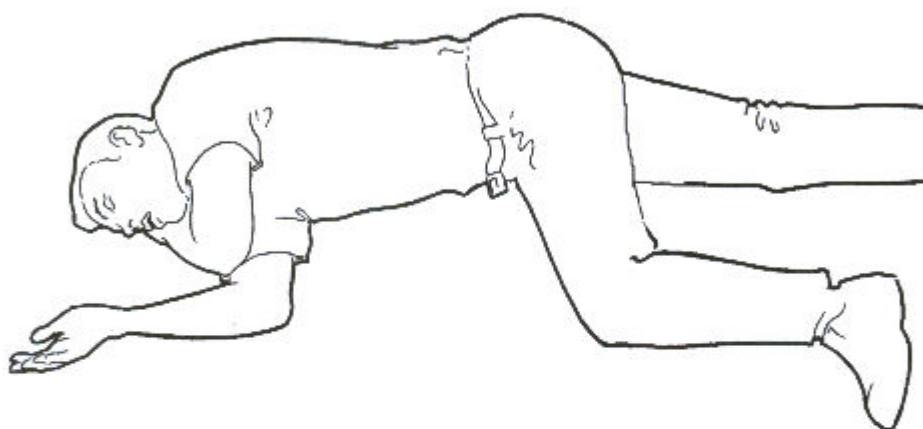
- Ajuster la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit.

La position de la jambe du dessus de la victime permet de stabiliser la PLS.

- Ouvrir sa bouche avec le pouce et l'index d'une main, sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

En position sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés.

La mise en position latérale de sécurité comporte certains risques chez le traumatisé de la colonne vertébrale, en particulier cervicale, mais le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse.



PLS, position finale.

4 - Cas particuliers :

Le nourrisson et l'enfant.

La conduite à tenir pour le sauveteur devant un nourrisson ou un enfant qui ne réagit pas à la stimulation et qui respire normalement est identique à celle de l'adulte.

La femme enceinte.

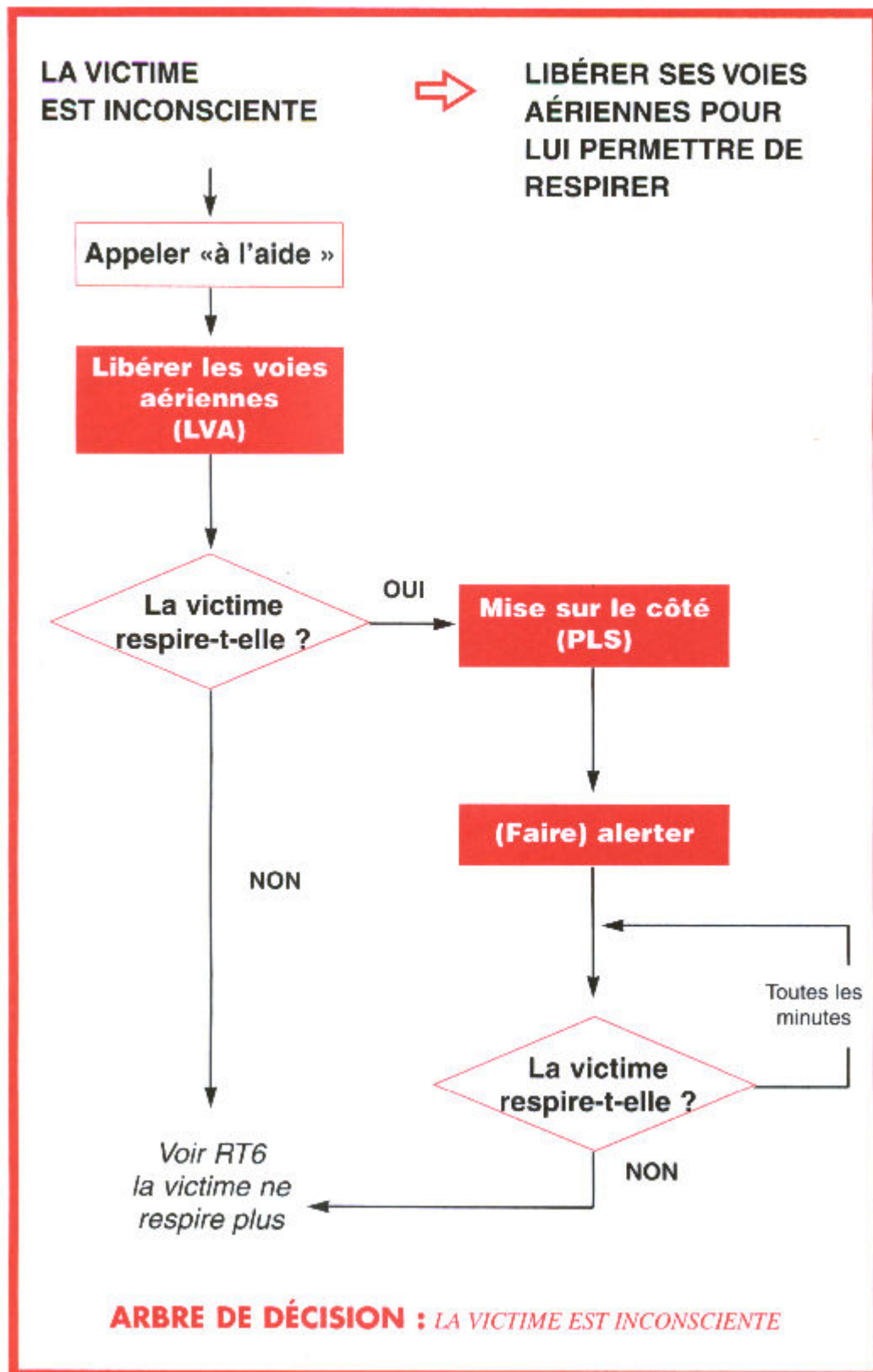
Toute femme enceinte est, de principe, allongée sur le côté gauche, pour éviter l'apparition d'une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen.

Le traumatisé.

En cas de lésion thoracique, du membre supérieur ou du membre inférieur, le blessé est couché autant que possible sur le côté atteint.

La victime est retrouvée couchée sur le ventre.

Compléter la liberté des voies aériennes, stabiliser la position de la victime, apprécier toutes les minutes la respiration.



⑥

**LA VICTIME
NE RESPIRE PLUS**
(RÉANIMATION
CARDIO-PULMONAIRE).

I - Situation

La victime est inconsciente et ne présente plus de mouvements respiratoires.

II - Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour mettre en œuvre une réanimation cardio-pulmonaire de base chez une victime inconsciente qui ne respire pas.

III - Développement

A) DÉFINITION :

La victime ne parle pas, elle ne réagit pas à un ordre simple, aucun mouvement de la poitrine ni de l'abdomen n'est visible et aucun bruit ou souffle n'est perçu.

L'arrêt de la respiration avec perte de conscience peut être lié :

- à l'évolution d'une obstruction brutale des voies aériennes dont les manœuvres de désobstruction ont été vaines ;
- à une intoxication ;
- à un traumatisme, ou un accident dû à l'eau (noyade) ou à l'électricité ;
- à une maladie, qui peut toucher le cœur comme l'infarctus du myocarde.

B) RISQUES :

La vie d'une victime en arrêt respiratoire est à brève échéance menacée. Si aucun geste de premiers secours n'est réalisé, un arrêt cardiaque surviendra.

Devant une victime inconsciente en arrêt respiratoire, un sauveteur doit, après avoir libéré les voies aériennes de la victime, effectuer une **réanimation cardio-pulmonaire (RCP)** pour lui assurer l'apport d'air aux poumons et d'oxygène aux tissus, et permettre ainsi sa survie en attendant l'arrivée des secours d'urgence.

C) CONDUITE À TENIR :

La victime est le plus souvent étendue sur le dos.

1 - Réaliser la protection.

La prévention du suraccident est un préalable obligatoire à toute action de secours.

Le sauveteur et la victime sont en sécurité.

2 - Apprécier l'état de conscience.

La victime est **inconsciente**, elle ne répond pas à une question simple et ne réagit pas quand on lui demande de serrer la main (voir RT5).

3 - Appeler « à l'aide » si vous êtes seul.

Afin d'obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra aller alerter les secours après le contrôle de la respiration.

4 - Assurer IMMÉDIATEMENT la liberté des voies aériennes.

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la ventilation.
- **Basculer** doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton, (voir dessin et RT5).

- **Ouvrir la bouche** et retirer d'éventuels corps étrangers.
Garder le menton élevé.



Libérer les voies aériennes.

5 - Apprécier la respiration pendant 10 secondes au plus.

La victime **ne respire pas**, aucun souffle n'est perçu, aucun bruit n'est entendu, ni le ventre, ni la poitrine de la victime ne se soulèvent pendant les dix secondes que dure cette recherche.

6 - Faire alerter les secours.

L'alerte doit être réalisée le plus tôt possible, immédiatement après avoir reconnu un arrêt de la respiration.

7 - Pratiquer immédiatement deux insufflations.

- Placer la victime sur le dos si elle n'est pas déjà dans cette position.
- Réaliser deux insufflations efficaces, chacune entraînant un début de soulèvement de la poitrine en utilisant la technique du bouche-à-bouche ou du bouche-à-nez (voir Techniques de ventilation artificielle).

8 - S'assurer de la présence de signes de circulation.

Comme :

- **la survenue de toux ou de mouvements de la victime** pendant les insufflations ;
- **la reprise de la respiration** après avoir réalisé les insufflations.

Ne pas mettre plus de 10 secondes pour effectuer cette recherche.

Si le sauveteur est certain de l'absence de signes de circulation après les 2 insufflations, c'est que le cœur ne fonctionne plus correctement : il faut immédiatement débiter la RCP.

9 - Pratiquer les compressions thoraciques associées à une ventilation artificielle.

- Placer la victime sur un plan dur si elle n'est pas déjà dans cette position.
- Réaliser 15 compressions sur la moitié inférieure du sternum (voir technique des compressions thoraciques chez l'adulte). Chez l'enfant et le nourrisson, 5 compressions seront réalisées (voir technique des compressions thoraciques chez l'enfant et le nourrisson).
- Après les compressions du sternum, replacer la tête de la victime en arrière, élever le menton et réaliser 2 insufflations efficaces chez l'adulte, 1 chez l'enfant et le nourrisson.
- Replacer sans délai les mains sur la moitié inférieure du sternum et réaliser une nouvelle série de compressions de la poitrine. Continuer ainsi en alternant 15 compressions de la poitrine avec 2 insufflations chez l'adulte, 5 compressions avec 1 insufflation chez l'enfant et le nourrisson.

La fréquence des compressions sternales doit être de 100 par minute quel que soit l'âge, associée à 8 à 10 insufflations efficaces.

10 - Poursuivre les manœuvres de réanimation et surveiller leur efficacité.

Tous les 5 cycles de 15 compressions thoraciques et de 2 insufflations (10 cycles de 5 compressions thoraciques et de 1 insufflation chez l'enfant et le nourrisson), le sauveteur interrompt les manœuvres de RCP pour rechercher la présence de signes de circulation. Cette recherche ne doit pas durer plus de 10 secondes.

Si les signes de circulation, dont la respiration, sont présents, installer la victime en PLS et surveiller en permanence sa respiration.

Si la respiration s'arrête de nouveau ou en cas de doute remettre la victime sur le dos et recommencer la RCP.

Si les signes de circulation sont absents, poursuivre la RCP. Recommencer une série de 5 cycles de RCP (10 chez l'enfant et le nourrisson) et ainsi de suite jusqu'à l'arrivée des secours.

D) JUSTIFICATION :

Cette conduite à tenir permet de suppléer la respiration et la circulation défaillantes de la victime, afin d'assurer une oxygénation et une circulation du sang en attendant l'arrivée des secours d'urgence médicalisés.

E) TECHNIQUES :**Techniques de ventilation artificielle sans matériel.**

Les techniques de ventilation artificielle sont le **bouche-à-bouche** et le **bouche-à-nez**. Elles sont d'efficacité équivalente.

Ces méthodes orales, utilisées indifféremment, permettent d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le sauveteur. Cet air contient suffisamment d'oxygène pour rendre ces techniques efficaces.

La méthode choisie ne sera efficace que si les voies aériennes de la victime sont et restent libres.

Il faut éviter deux erreurs :

- exécuter les mouvements selon une fréquence trop rapide ;
- régler les mouvements sur sa propre ventilation, car la fréquence en est augmentée par l'effort et l'émotion.

Il faut donc pratiquer la ventilation artificielle posément, régulièrement, en ménageant ces forces.

Le bouche-à-bouche.

- S'agenouiller à côté de la victime, près de son visage.
- Avec la main placée sur le front de la victime, obstruer le nez en le pinçant entre le pouce et l'index pour empêcher toute fuite d'air par le nez, tout en maintenant la tête en arrière.
- Avec la main placée sous le menton de la victime, ouvrir légèrement sa bouche tout en maintenant son menton soulevé, en utilisant « la pince » constituée du pouce, placé sur le menton, et des deux autres doigts placés immédiatement sous sa pointe.
- Après avoir inspiré sans excès, appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant fortement pour éviter toute fuite.



Bouche-à-bouche : insufflation.

- Insuffler progressivement en deux secondes jusqu'à ce que la **poitrine de la victime commence à se soulever.**
- Se redresser légèrement, reprendre son souffle tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser, l'expiration de la victime est passive.

Le volume de chaque insufflation doit être suffisant pour que le sauveteur commence à voir la poitrine de la victime se soulever ou s'abaisser après insufflation.



Bouche-à-bouche : expiration.

Il existe certains dispositifs qui s'interposent entre la bouche du sauveteur et le visage de la victime pour vaincre la répulsion qui pourrait conduire à l'abstention de la ventilation artificielle.

Le bouche-à-nez.

- S'agenouiller à côté de la victime, près de son visage.
- Avec la main placée sur le front, maintenir la tête basculée en arrière.
- Avec l'autre main, soulever le menton sans appuyer sur la gorge et tenir la bouche de la victime fermée, le pouce appliquant la lèvre inférieure contre la lèvre supérieure pour éviter les fuites.



Bouche-à-nez : insufflation.

- Appliquer la bouche largement ouverte autour du nez de la victime.
- Insuffler progressivement en deux secondes jusqu'à ce que **la poitrine commence à se soulever.**
- Se redresser légèrement, reprendre son souffle tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser, l'expiration de la victime est passive.



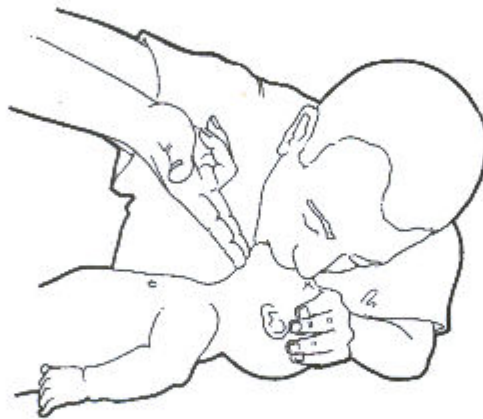
Bouche-à-nez : expiration.

Le bouche-à-bouche-et-nez.

Chez le nourrisson, le bouche-à-bouche-et-nez est la technique de ventilation artificielle qu'il faut réaliser.

Cette technique se distingue de celle du bouche-à-bouche, car :

- le sauveteur englobe avec sa bouche à la fois la bouche et le nez de la victime.
- La fréquence des insufflations est plus élevée que chez l'adulte.
- Le volume des insufflations est plus faible que chez l'adulte pour voir la poitrine commencer à se soulever.



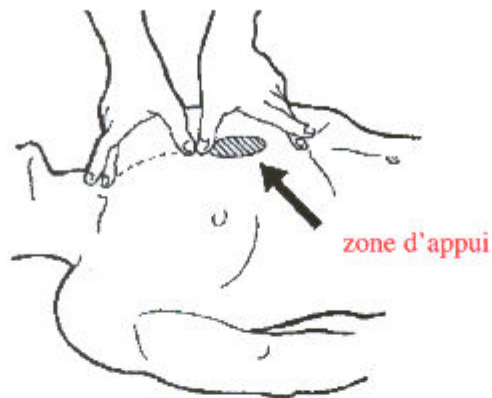
Bouche-à-bouche-et-nez : insufflation.

Techniques des compressions thoraciques chez l'adulte.

La victime est installée en position horizontale, sur le dos, sur un plan dur (sol).

- Se placer à genoux auprès de la victime.
- Dans la mesure du possible, dénuder la poitrine de la victime.
- Déterminer la zone d'appui de la façon suivante :
 - repérer, de l'extrémité du majeur, le creux situé en haut du sternum à la base du cou ;

- repérer, du majeur de l'autre main, le creux où les côtes se rejoignent (en bas du sternum) ;
- déterminer le milieu du sternum.



Localiser la zone d'appui sur le sternum.

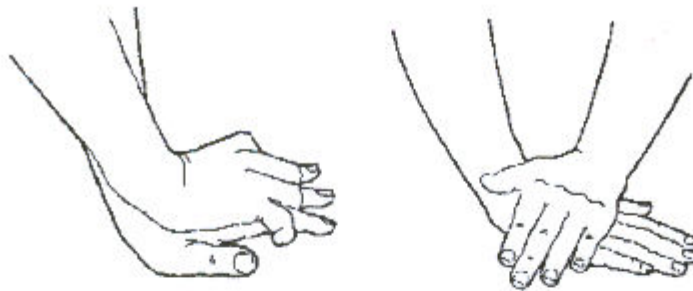
- Placer le « talon » d'une main juste en dessous du milieu repéré, c'est-à-dire sur le haut de la moitié inférieure du sternum.

L'appui sur le thorax doit se faire sur le sternum, strictement sur la ligne médiane, jamais sur les côtes.

- Placer l'autre main au-dessus de la première, en entrecroisant les doigts des deux mains. On peut aussi placer la seconde main à plat sur la première, mais en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax.



Le talon de la main.



Position des mains du sauveteur, doigts crochetés ou mains croisées.

- Réaliser des compressions sternales successives de 4 à 5 cm **en restant bien vertical** par rapport au sol pendant toute la manœuvre, si besoin en écartant le bras de la victime.

Tout balancement d'avant en arrière du tronc du sauveteur doit être proscrit : les coudes ne doivent pas être fléchis, les avant-bras sont bien tendus dans le prolongement des bras.

Les mains restent en contact avec le sternum entre chaque compression.

La durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax (rapport 50/50).

Le thorax doit reprendre sa dimension initiale après chaque compression (qui doit donc être relâchée complètement) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale.

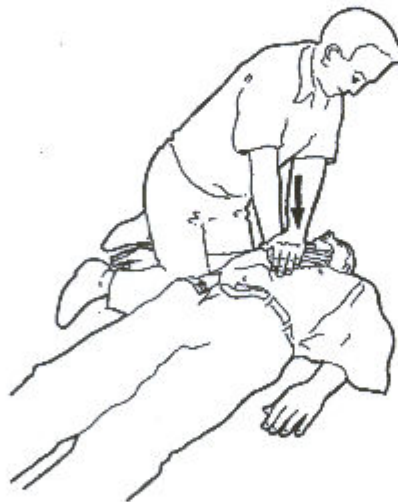
- **Intercaler deux insufflations toutes les quinze compressions du sternum.**

Le passage de l'insufflation aux compressions et des compressions aux insufflations doit être effectué aussi rapidement que possible, sous peine de diminuer l'efficacité de la R.C.P.

Après chaque insufflation, les mains seront placées au même endroit pour réaliser les compressions thoraciques sans nouvelle recherche systématique de la zone d'appui.



Compressions thoraciques, bras de la victime le long du corps.

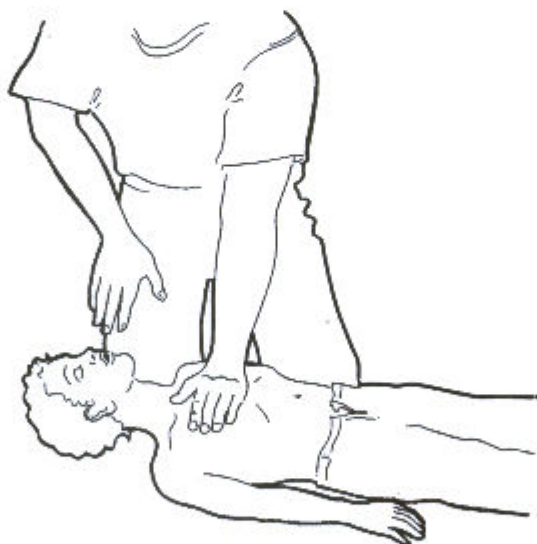


Compressions thoraciques, bras de la victime entre les jambes du sauveteur.

Techniques des compressions thoraciques chez l'enfant (1 à 8 ans).

- Chez l'enfant, les compressions thoraciques sont réalisées avec un seul bras.
- Déterminer la zone d'appui de la même façon que chez l'adulte ;
- Placer le « talon » d'une main sur la moitié inférieure du sternum ;

- Bien relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes ;
- Se placer bien au-dessus de l'enfant, à la verticale de sa poitrine, et avec le bras tendu comprimer le sternum d'environ 3 à 4 cm ;
- Renouveler les compressions thoraciques à une fréquence d'environ 100 par minute.
- Après 5 compressions, basculer la tête de l'enfant en arrière, élever le menton et réaliser une insufflation ;
- Replacer le talon de la main à la bonne position et réaliser 5 nouvelles compressions ;
- Continuer d'alterner 5 compressions sternales avec 1 insufflation.

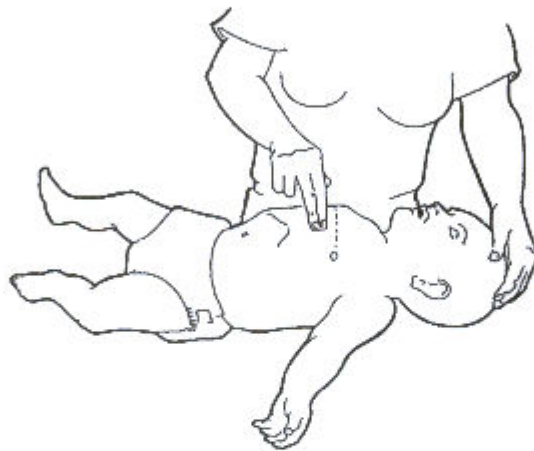


Compressions thoraciques chez l'enfant.

Techniques des compressions thoraciques chez le nourrisson (moins de 1 an).

- Localiser le sternum du nourrisson et placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant.

- Comprimer régulièrement le sternum avec la pulpe des deux doigts d'environ 2 à 3 cm et à une fréquence de 100 par minute.
- Après 5 compressions, basculer la tête du nourrisson en arrière, élever le menton et réaliser une insufflation.
- Replacer la pulpe des doigts immédiatement à la bonne position et réaliser 5 nouvelles compressions.
- Continuer d'alterner 5 compressions sternales avec 1 insufflation.



Compressions thoraciques chez le nourrisson.

F) CAS PARTICULIERS :

1- La victime réagit aux 2 insufflations, mais ne respire toujours pas.

1 - Après avoir réalisé les 2 insufflations initiales, si la victime présente des mouvements ou tousse, apprécier la respiration. En son absence, réaliser 1 minute de ventilation artificielle.

La fréquence adoptée des insufflations est alors d'environ 10 à 12 par minute soit un cycle insufflation-expiration toutes les 4 à 5 secondes chez l'adulte. Chez l'enfant et le nourrisson, la fréquence des insufflations sera de 20 par minute, soit un cycle insufflation-expiration toutes les 3 secondes.

2 - Au bout de 1 minute, rechercher à nouveau les signes de circulation. S'ils sont absents ou en cas de doute, commencer immédiatement la RCP. Dans le cas contraire, adapter la conduite à tenir comme indiqué ci-dessus.

2 - Le sauveteur est seul avec la victime.

- S'il s'agit d'un adulte, alerter immédiatement les secours après avoir constaté l'arrêt de la respiration. Dès que l'alerte est donnée, revenir auprès de la victime et poursuivre la conduite à tenir à l'endroit où elle a été interrompue.

Chez l'adulte, où l'arrêt du fonctionnement du cœur est la première cause de l'arrêt de la respiration, le sauveteur doit alerter immédiatement pour provoquer l'arrivée rapide des secours capables de pratiquer des techniques spéciales de réanimation cardiaque.

- S'il s'agit d'un enfant de moins de 8 ans, ou d'une personne victime d'une noyade ou d'une intoxication (médicaments, alcool, drogues...), réaliser une minute de R.C.P. (ou de ventilation artificielle si la victime bouge, tousse et ne respire pas) avant d'alerter. Revenir ensuite auprès de la victime pour poursuivre la conduite à tenir après avoir contrôlé la respiration.

Dans ces situations, c'est l'arrêt de la respiration qui est à l'origine de l'arrêt du fonctionnement du cœur. Le sauveteur doit réaliser une minute de R.C.P. (ou de ventilation artificielle) pour apporter de l'oxygène à la victime avant de la quitter pour alerter les secours.

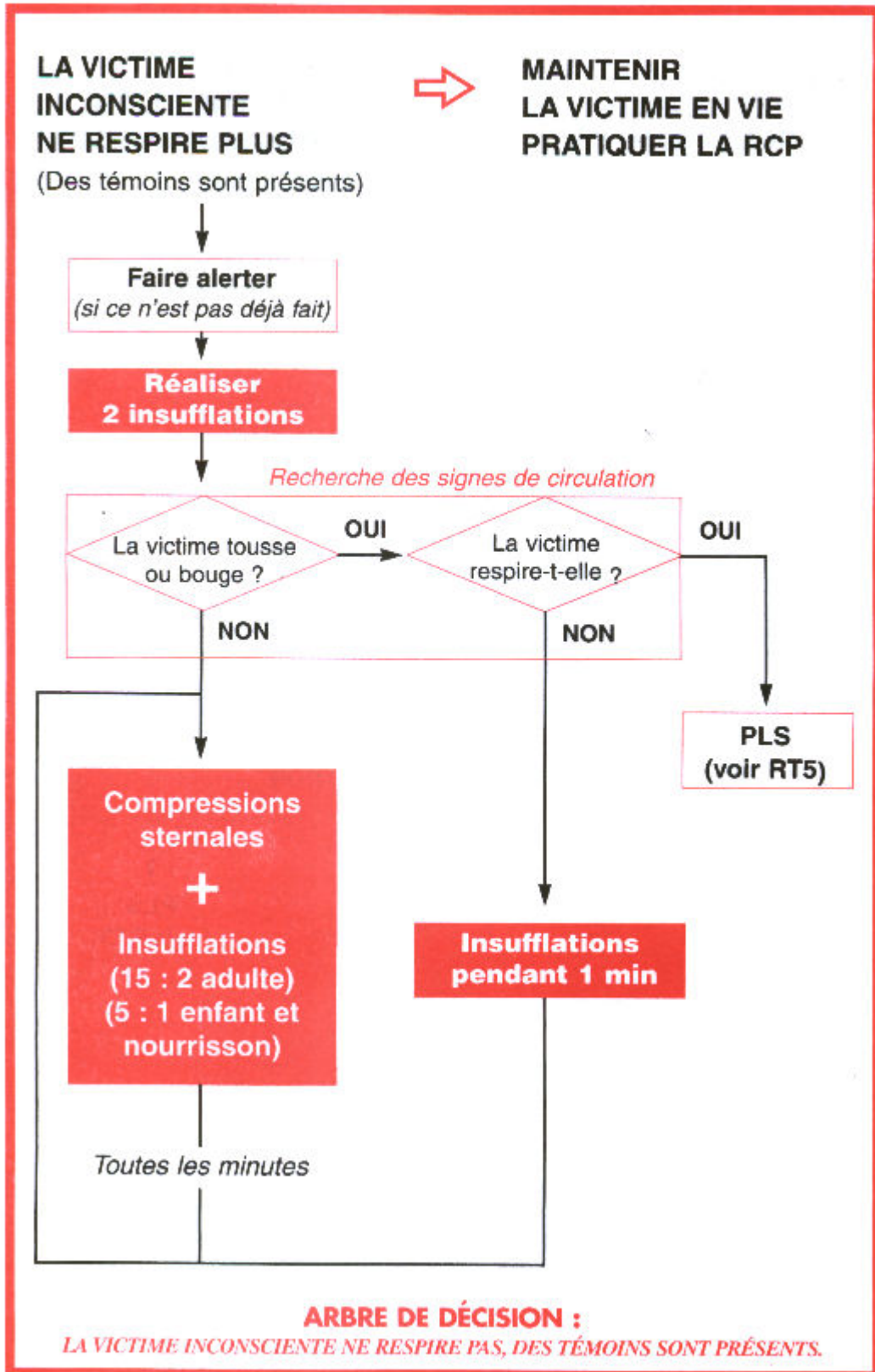
3 - Le ventre et la poitrine de la victime ne se soulèvent pas lors des deux premières insufflations.

- Ouvrir la bouche et re-contrôler la présence éventuelle d'un corps étranger, si nécessaire, le retirer avec les doigts (voir RT5) ;
- S'assurer que la tête de la victime est bien en arrière et que son menton est élevé.

- Renouveler 5 nouvelles insufflations pour obtenir au minimum 2 insufflations efficaces.
- Si les insufflations sont toujours inefficaces, commencer immédiatement la RCP. Toutefois, après chaque série de 15 compressions thoraciques, vérifier la présence de corps étranger dans la bouche avant de souffler. Si tel est le cas, le retirer comme décrit précédemment.

Devant une impossibilité de réaliser des insufflations efficaces, le sauveteur doit envisager une obturation totale des voies aériennes ayant entraîné une inconscience et un arrêt de la respiration de la victime (voir RT3). Les compressions thoraciques agiront de la même façon que les compressions abdominales dans la méthode de Heimlich.

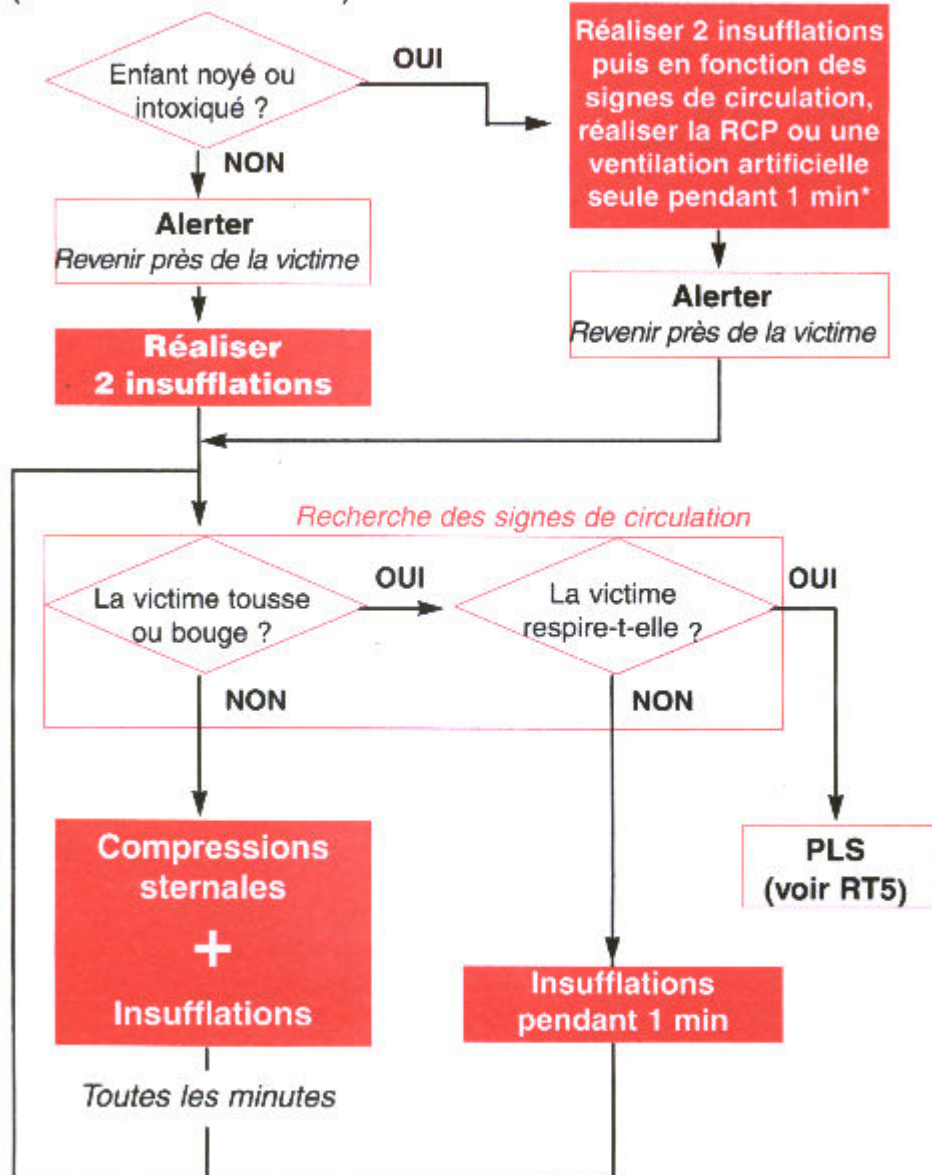




**LA VICTIME
INCONSCIENTE
NE RESPIRE PLUS**
(Le sauveteur est seul)



**MAINTENIR
LA VICTIME EN VIE
PRATIQUER LA RCP**



ARBRE DE DÉCISION :

LA VICTIME INCONSCIENTE NE RESPIRE PAS, LE SAUVETEUR EST SEUL.

(*) Voir ci-dessus pour le choix de la RCP ou de la ventilation artificielle en fonction des signes de circulation.



**LA VICTIME
SE PLAINT
D'UN MALAISE**

I - Situation

La victime est consciente, ne se sent pas bien et présente des signes visibles de malaise.

II - Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour observer une personne victime d'un malaise, lui poser les questions essentielles, la mettre au repos et l'installer en position d'attente avant de demander un avis médical.

III - Développement

A) DÉFINITION :

Un **malaise** est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que le sujet qui l'éprouve puisse en identifier obligatoirement l'origine. Il peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive.

Un malaise traduit une défaillance, temporaire ou durable, d'une partie de l'organisme, sans que ce trouble entraîne initialement une inconscience, un arrêt respiratoire ou un arrêt cardiaque. Certaines personnes présentent des malaises répétitifs, souvent identiques (cardiaques, diabétiques, asthmatiques).

B) RISQUES :

Certains malaises sont dits graves car ils peuvent être révélateurs d'une situation pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale. Ces malaises graves appellent une réponse immédiate par l'intervention des secours d'urgence, éventuellement après administration du traitement prescrit à la victime pour ce type de situation.

C) CONDUITE À TENIR :

Devant une victime consciente, qui dit ne pas se sentir bien.

1 - Observer les signes de malaise.

Le sauveteur peut rencontrer diverses situations qui traduisent la gravité d'un malaise et qui nécessitent le recours à un avis médical immédiat.

La victime réagit et répond aux questions.

- Elle ressent **une douleur serrant la poitrine** ou une douleur du ventre intense, qui dure ou qui se répète.
- Elle a froid, est couverte de **sueurs abondantes**, sans avoir fourni d'effort ou sans que la chaleur environnante soit importante ; elle présente une **pâleur intense**. Chez la victime à peau halée ou colorée, la pâleur peut être appréciée à la face interne des lèvres.
- Elle **a du mal à respirer, ne peut plus parler** ou le fait avec grandes difficultés.
- Elle **présente une paralysie du bras ou de la jambe**, même transitoire, a du mal à **parler** et a la **bouche déformée**.

2 - Mettre la victime au repos.

La victime doit être **mise au repos immédiatement**.

Il faut la rassurer en lui parlant sans énervement, la calmer. Si la victime est agitée, l'isoler.

En cas de gêne respiratoire, l'installer en position assise ou demi-assise ; dans les autres cas, l'allonger sauf si elle adopte spontanément une autre position.

3 - S'enquérir de son état de santé habituel.

Poser quelques questions simples à la victime ou à son entourage pour avoir des renseignements utiles pour la suite :

- Depuis combien de temps dure ce malaise ?
- Avez-vous déjà présenté ce type de malaise ?
- Prenez-vous des médicaments ?
- Avez-vous été gravement malade ou hospitalisé ?

4 - Prendre un avis médical.

Le sauveteur doit obtenir immédiatement un avis médical, ou appeler une structure spécialisée dans l'urgence médicale (Centre 15). Cet appel ne doit pas être différé, même à la demande de la victime.

Le sauveteur veillera à transmettre de façon précise ce qu'il a observé et entendu.

5 - Surveiller la victime.

Parler régulièrement à la victime.

- Si elle parle, elle est consciente ; poursuivre la surveillance et lui expliquer ce qui se passe pour la reconforter.
- Si elle ne répond plus, pratiquer les gestes qui peuvent alors s'imposer.

Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

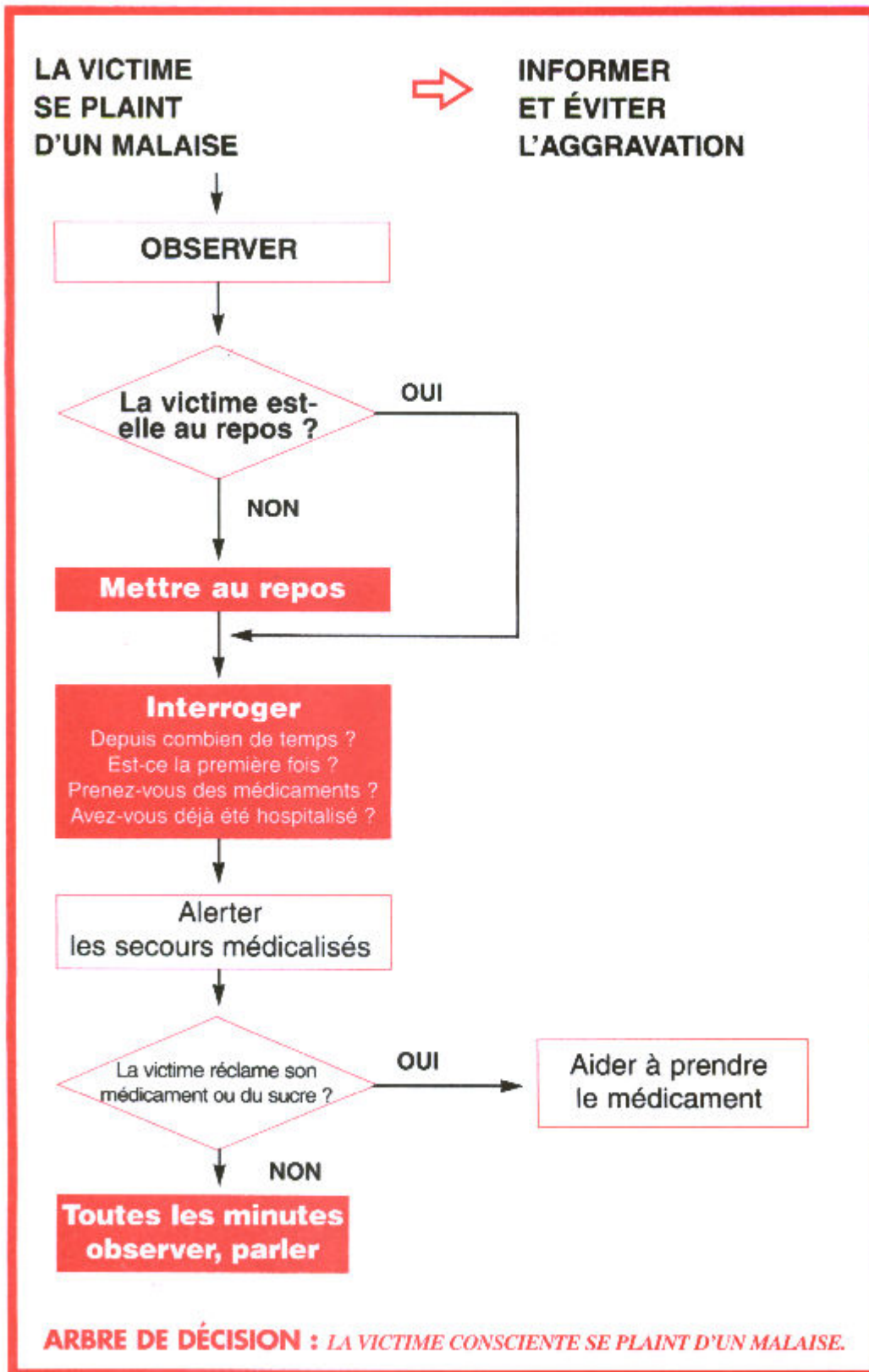
D) CAS PARTICULIER :

Prise habituelle de médicament ou de sucre.

Dans certaines maladies, un traitement particulier doit être pris en cas de malaise. Dans ces cas, le traitement et les doses à prendre sont connus par la victime et ont fait l'objet d'une prescription préalable par son médecin.

- 1- Si une victime le demande, ou sur consigne du médecin du centre 15 préalablement alerté, **il faut aider la personne à prendre ce traitement** en respectant les doses prescrites par son médecin.
- 2- De même, si une victime **demande spontanément du sucre**, lui en donner, de préférence en morceaux.







**LA VICTIME
SE PLAINT APRÈS UN
TRAUMATISME**

I - Situation

La victime est consciente et se plaint après un traumatisme.

II - Résultats attendus

Cette référence technique contient les connaissances nécessaires pour :

- installer en position d'attente une victime qui présente une plaie grave,
- réaliser les gestes de secours nécessaires à une personne qui présente une plaie simple,
- arroser à l'eau une brûlure venant de se produire avant d'identifier sa gravité et d'adapter les gestes de secours,
- éviter toute mobilisation d'une personne victime d'une atteinte traumatique des os ou des articulations en attendant les secours.

III – Développement

La victime présente une plaie :

A) DÉFINITION :

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

Les plaies sont généralement secondaires à un traumatisme.

Elles sont provoquées par :

- une coupure,
- une éraflure,
- une piqûre,

B) RISQUES :

Suivant son importance et sa localisation, la plaie peut être à l'origine de dangers immédiats comme l'hémorragie (voir RT4), une défaillance de la respiration ou de complications secondaires comme une infection.

Toute plaie, toute piqûre, même minime, peut provoquer une maladie très grave, souvent mortelle : le tétanos. Seule la vaccination anti-tétanique protège du tétanos.

Si le sujet n'a pas été vacciné, il doit immédiatement consulter un médecin.

Si la vaccination est ancienne, au-delà de 10 ans, consulter également un médecin.

C) SIGNES :

Le sauveteur doit pouvoir distinguer deux types de plaies :

La **plaie grave**, dont la gravité dépend :

- de sa localisation :
 - au cou, à l'œil ou à la face,
 - au thorax,
 - à l'abdomen.
- de son aspect :
 - qui saigne,
 - déchiquetée,
 - multiples et/ou étendues,

- de son mécanisme :
 - par projectile,
 - par outil,
 - par morsure,
 - par objet tranchant : couteau, cutter...

La **plaie simple**, petite coupure superficielle ou éraflure saignant peu et non située à proximité d'un orifice naturel ou de l'œil.

D) CONDUITE À TENIR :

1 - La victime présente une plaie grave :

- Identifier la gravité de la plaie.

Déterminer sa localisation, son aspect et son mécanisme. Les caractéristiques de la plaie déterminent l'action du sauveteur.

Si la plaie saigne abondamment, adopter la conduite à tenir devant une victime qui saigne abondamment (voir RT4).

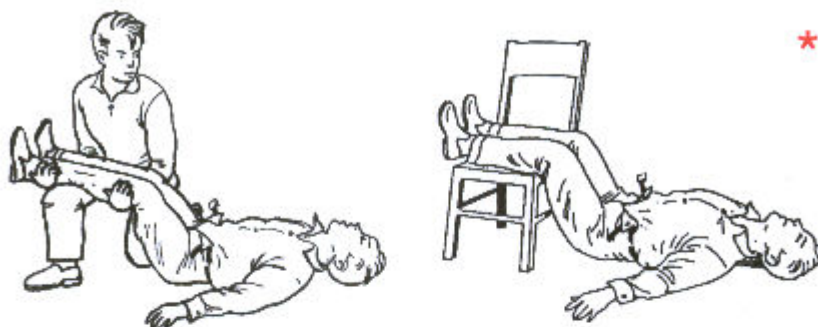
- Installer la victime en **position d'attente :**

Plaie du thorax : position demi-assise pour rendre la respiration de la victime plus facile.



Position demi-assise.

Plaie de l'abdomen : position à plat dos, cuisses fléchies, jambes horizontales pour relâcher les muscles de l'abdomen et diminuer la douleur.



Position à plat dos, cuisses fléchies.

Plaie de l'œil : allonger à plat dos, tête calée, en recommandant au blessé de fermer les deux yeux et de ne pas bouger. **Ne jamais chercher à retirer un corps étranger oculaire.** Cette position évite une aggravation éventuelle de la lésion de l'œil.

Autre type de plaie : allonger la victime à l'abri en position horizontale pour diminuer les complications et prévenir une défaillance.

Si un corps étranger (couteau, outils, morceau de verre...) est inclus dans la plaie, il ne faut jamais le retirer car son retrait ou sa mobilisation peut aggraver la lésion et le saignement.

- Demander un avis médical.
- Protéger la victime du froid ou de la chaleur, et des intempéries.
- Parler régulièrement à la victime et lui expliquer ce qui se passe pour la reconforter :
 - si elle parle, elle est consciente, poursuivre la surveillance et lui expliquer ce qui se passe pour la reconforter ;

- si elle ne répond plus, pratiquer les gestes qui peuvent alors s'imposer.

- Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

2 - La victime présente une plaie simple :

- **Se laver les mains avec de l'eau et du savon.**
- **Nettoyer la plaie** à l'eau et au savon, au besoin avec une compresse stérile. On peut aussi utiliser un antiseptique, acquis sur conseil d'un médecin, d'un pharmacien, ou d'un(e) infirmier(ère).

Le lavage élimine les germes qui pourraient pénétrer dans la plaie. Il doit se faire avec douceur pour ne pas faire saigner ou faire pénétrer des corps étrangers.

- **Protéger par un pansement** adhésif stérile si la plaie risque d'être à nouveau souillée (ce pansement n'adhèrera correctement que lorsque la peau aura séché).



Pansement adhésif.

- **Demander à la victime si elle est vaccinée contre le tétanos** et depuis quand. Si la vaccination n'est pas récente, lui conseiller de consulter un médecin.
- **Si la plaie devient chaude, rouge, si elle gonfle ou si elle continue de faire mal dans les 24 heures, consulter sans tarder un médecin.**

NB : Des maladies peuvent être transmises par le sang en cas de plaies même minimes des mains du sauveteur. Dans ce cas, il convient :

- de se protéger par le port de gants ;
- de toujours se laver les mains et les désinfecter (eau de Javel, Dakin) le plus tôt possible.

La victime présente une brûlure :

A) DÉFINITION :

Lésions de la peau et (ou) des voies aériennes ou des voies digestives provoquées par la chaleur, les substances chimiques, l'électricité, le frottement, ou dues à des radiations.

B) RISQUES :

Suivant son étendue, sa profondeur et sa localisation, la brûlure peut être à l'origine :

- de dangers immédiats comme une défaillance circulatoire ou une défaillance respiratoire par brûlure du visage ou inhalation de fumée ;
- d'une douleur sévère ;
- de conséquences plus tardives comme l'infection.

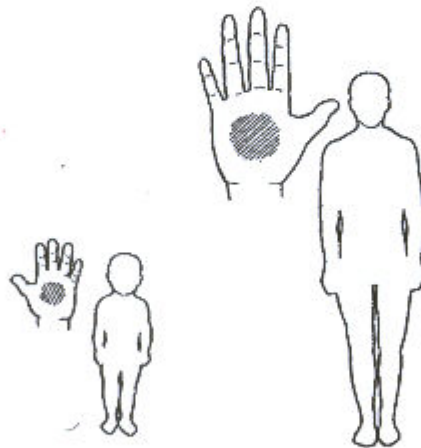
Même après avoir supprimé la cause de la brûlure, ses effets se poursuivent. Sans action immédiate, elle peut s'étendre en profondeur et en surface.

C) SIGNES :

Le sauveteur doit pouvoir distinguer deux types de brûlures dues à la chaleur :

1 - Les brûlures graves :

- cloque unique ou multiple d'une **surface supérieure à celle de la moitié de la paume de la main de la victime** ;
- destruction plus profonde (aspect noirâtre de la partie brûlée) associée souvent à des cloques et une rougeur plus ou moins étendue ;
- localisations particulières : visage, mains, voisinage des orifices naturels, articulations ; les brûlures de la bouche et du nez feront toujours craindre la survenue rapide d'une difficulté respiratoire.
- rougeur étendue de la peau chez l'enfant.



Évaluation de la surface d'une cloque (moitié de la paume de la main).

2 - Les brûlures simples :

- rougeur de la peau chez l'adulte ;
- cloque d'une surface inférieure à celle de la moitié de la paume de la main de la victime.

D) CONDUITE À TENIR :

- Supprimer la cause ou soustraire la victime à la cause.

La cause d'une brûlure est un danger immédiat aussi bien pour la victime que pour le sauveteur.

Si ses vêtements sont enflammés, empêcher la victime de courir, la rouler ou la faire se rouler par terre et étouffer les flammes avec un vêtement ou une couverture.

- **Refroidir le plus tôt possible** la surface brûlée.

Refroidir les brûlures venant de se produire avec de l'eau (10 à 25 °C) pendant 5 minutes en laissant ruisseler l'eau sans pression sur la brûlure.

L'arrosage immédiat d'une brûlure diminue l'extension de la brûlure, limite ses conséquences et soulage la douleur. Le ruissellement élimine la chaleur et la faible pression de l'eau évite l'aggravation de la lésion. L'arrosage ne doit pas durer plus de 5 minutes car il entraînerait un refroidissement de la victime s'il s'agit d'une **brûlure simple**, l'arrosage peut-être poursuivi pour limiter la douleur.



Arrosage à l'eau froide.

- **Retirer les vêtements de la victime.**

- Les vêtements de la victime doivent être retirés le plus tôt possible sans ôter ceux qui adhèrent à la peau ; ceci peut être fait pendant l'arrosage ou sous la douche.

- **Évaluer la gravité de la brûlure.**

La brûlure est grave :

- allonger le brûlé ;

sauf gêne respiratoire, allonger le brûlé sur la région non brûlée, si possible sur un drap propre ;

- alerter les secours ;

- surveiller la victime de manière continue, toutes les 2 minutes au moins, lui parler, l'interroger.

- Si elle parle, elle est consciente ; poursuivre la surveillance et lui expliquer ce qui se passe pour la reconforter.

- Si elle ne répond plus, pratiquer les gestes qui peuvent alors s'imposer.

- signaler l'aggravation en rappelant les secours.

La brûlure est simple :

- protéger la brûlure ;

Ne pas percer la cloque, la protéger par un pansement stérile.

- surveiller comme une plaie simple et demander à la victime si elle est vaccinée contre le tétanos.

- chez l'enfant et le nourrisson, toujours prendre l'avis d'un médecin.

Il va de soi que le sauveteur doit savoir réaliser ces gestes sur lui-même.

Cas particuliers :

Brûlures par produits chimiques :

- *Projection sur la peau et les vêtements :* ôter en se protégeant ou faire ôter immédiatement les vêtements imbibés de produits et arroser abondamment à grande eau, **le plus tôt possible pour éliminer le produit en cause et jusqu'à l'arrivée des secours.**
- *Projection de liquide chimique dans l'œil :* rincer l'œil abondamment à l'eau le plus tôt possible, en prenant soin que l'eau de lavage ne coule pas sur l'autre œil.
- *Brûlures internes par ingestion :* ne pas faire vomir, ne pas donner à boire, surveiller la victime et garder l'emballage du produit chimique en cause et le produit restant.

Brûlures électriques :

- Il s'agit toujours d'une brûlure grave.
- Allonger et parler régulièrement à la victime.

Brûlures internes par inhalation :

- Placer la victime en position demi-assise si elle a du mal à respirer.
- Parler régulièrement à la victime.

Dans chacun de ces cas, toujours appeler les secours médicalisés et suivre leurs conseils.

La victime se plaint après un traumatisme des os ou des articulations :

A) DÉFINITION :

Les atteintes traumatiques des os ou des articulations sont fréquentes. Elles peuvent toucher les membres supérieurs, les membres inférieurs, la tête, la nuque ou le dos.

Ces atteintes résultent d'un coup, d'une chute ou d'un faux mouvement.

B) RISQUES :

Des mouvements inappropriés peuvent entraîner une douleur vive, des complications et des séquelles plus ou moins importantes.

C) SIGNES :

La victime se plaint :

- d'une douleur vive ;
- de la difficulté ou de l'impossibilité de bouger.

Elle présente souvent un gonflement et/ou une déformation visible.

D) CONDUITE À TENIR :

La victime se plaint après un traumatisme du dos, de la tête ou de la nuque.

Le blessé a fait une chute, est étendu sur le sol et se plaint du dos, de la nuque ou de la tête.

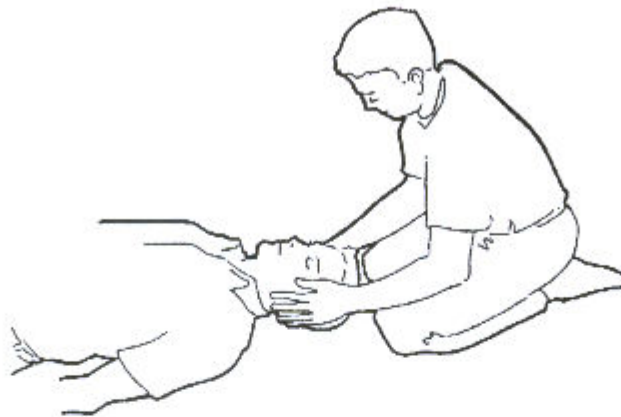
Il peut présenter :

- un saignement par l'oreille ;
- une déformation du crâne,
- une plaie du cuir chevelu.

Le danger principal est la lésion de la moelle épinière (qui passe dans la colonne vertébrale), avec risque de paralysie.

- Ne jamais mobiliser la victime.
- Conseiller fermement au blessé de ne faire aucun mouvement particulier de la tête.
- Faire alerter les secours d'urgence.

- Maintenir la tête avec les deux mains placées de chaque côté de celle-ci ; le sauveteur est à genoux derrière le blessé.



Maintien de la tête avec les 2 mains.

- Surveiller la victime de manière continue, lui parler régulièrement, l'interroger.
 - Si elle parle, elle est consciente ; poursuivre la surveillance et lui expliquer ce qui se passe pour la réconforter.
 - Si elle ne répond plus, pratiquer les gestes qui peuvent alors s'imposer.
- Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

La victime a reçu un coup sur la tête et présente plusieurs minutes après :

- une agitation ou une prostration ;
 - ou des vomissements ;
 - ou se plaint de maux de tête persistants ;
 - ou ne se souvient pas de l'accident.
- **Demander un avis médical,**

- Surveiller la victime en lui parlant régulièrement.

A la suite d'un coup sur la tête, une atteinte du cerveau est toujours possible et peut se révéler secondairement.

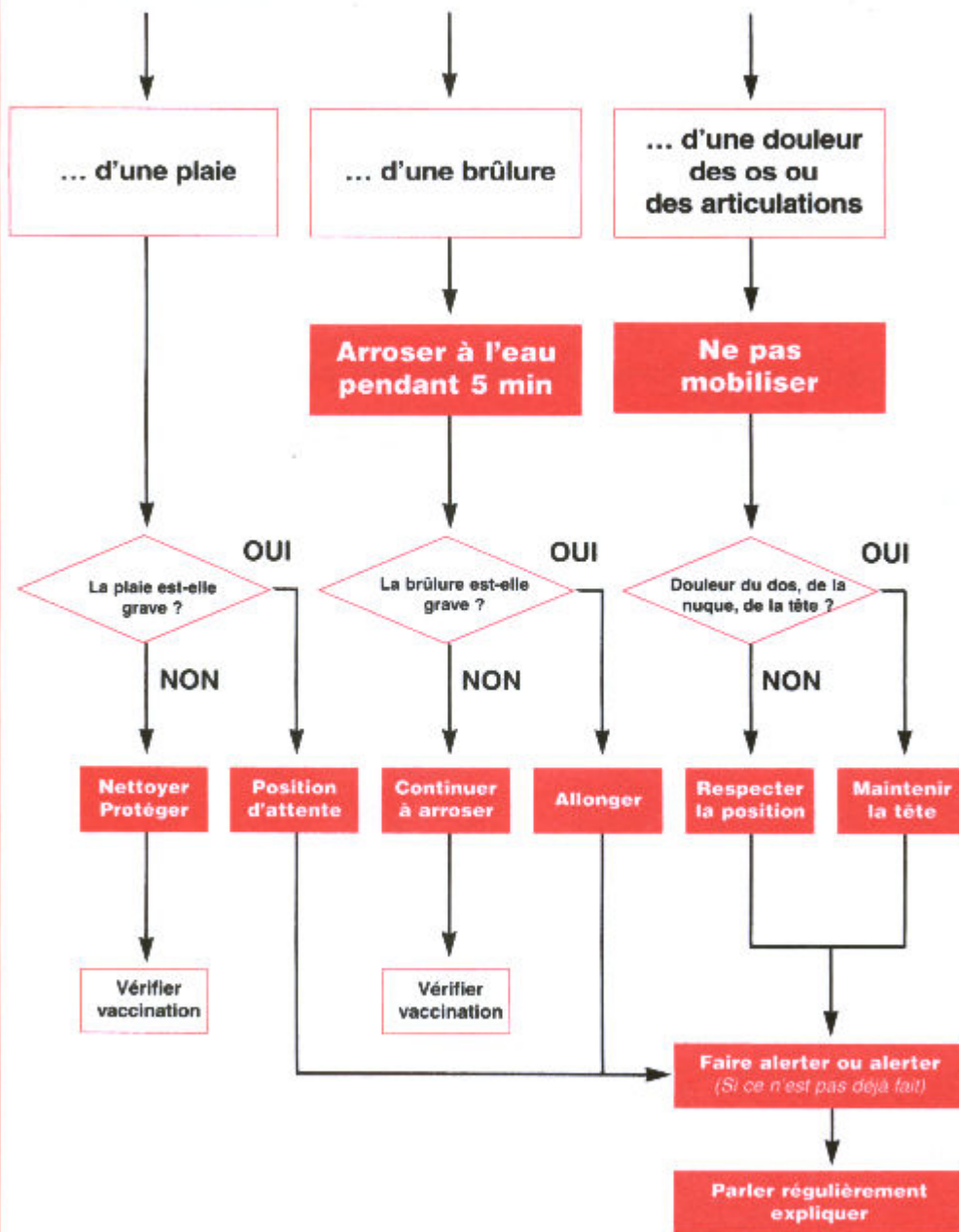
La victime se plaint d'un traumatisme de membre :

- Interdire toute mobilisation du membre atteint.
- Faire alerter les secours ou demander un avis médical.
- Respecter les recommandations données par les secours.
- Surveiller la victime en lui parlant régulièrement.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur et les intempéries.

LA VICTIME
SE PLAINT APRÈS UN
TRAUMATISME ...



ÉVITER UNE
AGGRAVATION



ARBRE DE DÉCISION :

LA VICTIME CONSCIENTE SE PLAINT APRÈS UN TRAUMATISME.

PREMIERS SECOURS

FORMATION DU GRAND PUBLIC

Référentiel technique élaboré par

la Direction de la défense et de la sécurité civiles
Sous-direction des sapeurs-pompiers
Bureau de la formation et des associations de sécurité civile
Section « secourisme et associations de sécurité civile ».

Les dessins marqués d'une astérisque appartiennent à
FRANCE-SÉLECTION
les autres à
la DIRECTION DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES.



Chef de projet :

Docteur Daniel MEYRAN
Médecin en chef (CR) du Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille
Médecin conseil national de la Croix-Rouge Française.

Coordination scientifique :

Professeur Pierre JOLIS
Professeur honoraire à l'Université Paris 7- Denis Diderot
Ancien chef de Département d'Anesthésie-Réanimation
Médecin en chef (H)
Animateur de la commission formation
de l'Observatoire national du secourisme.

Professeur Paul PETIT
Professeur à l'Université Claude Bernard - Lyon I
Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation
de l'Hôpital Edouard Herriot

*Les travaux ont été coordonnés par Jean-Marie Prudhommeaux
Chef de la section « secourisme et associations de sécurité civile »
de la Direction de la défense et de la sécurité civiles.*



**Liste des organismes et associations
dont les experts et spécialistes
ont collaboré à la rédaction de ce document :**

Association nationale des centres d'enseignement de soins d'urgence
Association nationale des instructeurs et moniteurs de secourisme
Association nationale des premiers secours
Bataillon de marins-pompiers de Marseille
Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - Direction des
risques professionnels
Croix-Rouge française
École nationale de spécialisation du service de santé pour l'armée de terre
Électricité et gaz de France - Mission secourisme
Fédération française de sauvetage et de secourisme
Fédération nationale de la protection civile
Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France
Fédération des secouristes français - Croix Blanche
Institut national de recherche et de sécurité
Ministère de la défense
Ministère délégué à la santé
Mutualité sociale agricole - Sous-direction des risques professionnels
Œuvres hospitalières françaises de l'Ordre de Malte
Société nationale de sauvetage en mer
Union nationale des associations des sauveteurs et des secouristes de la Poste
et de France Télécom.

La commission remercie tout particulièrement l'ensemble
des formateurs et des participants aux formations expérimentales
qui ont permis de vérifier la pertinence de ce guide.