

DIRECTION DE LA DÉFENSE ET DE LA SÉCURITÉ CIVILES

RÉFÉRENTIEL NATIONAL

Compétences de Sécurité civile



PSC 1

PRÉAMBULE

Dans notre société, il existe aujourd'hui, de la part du citoyen, une grande et légitime exigence en terme de sécurité.

En outre, nous vivons dans un monde où les sources de risques, de dangers et de menaces sont multiples et variées, qu'ils surgissent en termes d'accidents domestiques ou du travail, de risques naturels ou technologiques, voire, ces dernières années, d'actes de terrorisme et de violences urbaines.

Tous ces risques ont tout naturellement conduit la France à adapter son système structurel et organisationnel de sécurité civile, avec la parution de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

A travers cette nouvelle législation et en arguant que la « **sécurité civile est l'affaire de tous** », l'Etat entend apporter une réponse adaptée à la multiplication des accidents, catastrophes et sinistres. De ce fait, le citoyen est placé au cœur du dispositif de la sécurité civile, le rendant le premier acteur de sa propre sécurité et, par voie de conséquence, de celle des autres.

Désormais, chaque élève reçoit, dans le cadre de sa scolarité obligatoire, une sensibilisation à la prévention des risques, ainsi qu'un apprentissage aux gestes élémentaires de premiers secours.

A ce titre, il est primordial que chaque personne sache appliquer ce vieil adage : « ***Il vaut mieux prévenir que guérir !*** », afin d'acquérir les réflexes nécessaires pour assurer la sécurité au quotidien.

Dorénavant, chaque élève devient un **citoyen de sécurité civile** à part entière, en obtenant les compétences décrites dans l'unité d'enseignement « **Prévention et secours civiques de niveau 1** », ce qui, en cas d'accident, le positionne comme le premier maillon de la chaîne de secours en France. Il pourra dès lors démontrer ses capacités à mettre en œuvre une action citoyenne d'assistance à personne en réalisant les gestes de premiers secours.

La France s'engage donc dans un enjeu majeur, avoir l'ensemble de sa population formée à la prévention et aux bases du secourisme, enjeu qui correspond aux attentes fondamentales des français, souhaitant vivre en toute sécurité.

TABLE DES MATIERES

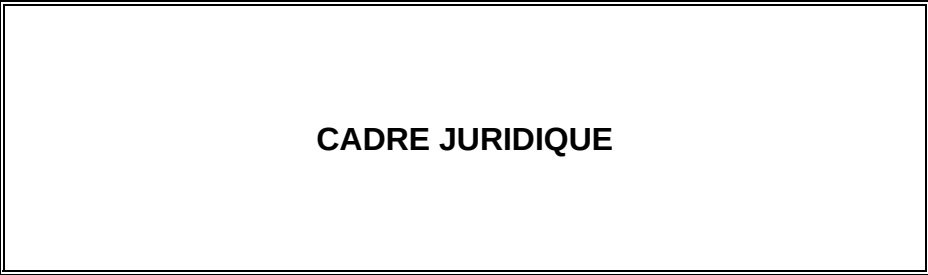
		Page
Titre 1	CADRE JURIDIQUE	
Chapitre 1	Champ d'application	I – 1.1 - 1
Chapitre 2	Termes et définitions	I – 1.2 - 1
Chapitre 3	Fiche unité d'enseignement PSC 1	I – 1.3 - 1
Titre 2	COMPÉTENCES DU CITOYEN DE SÉCURITE CIVILE	
Partie 1	La protection	I - 1 - 1
Partie 2	L'alerte	I - 2 - 1
Partie 3	La victime s'étouffe	I - 3 - 1
Partie 4	La victime saigne abondamment	I - 4 - 1
Partie 5	La victime est inconsciente	I - 5 - 1
Partie 6	La victime ne respire pas	I - 6 - 1
Partie 7	La victime se plaint d'un malaise	I - 7 - 1
Partie 8	La victime se plaint après un traumatisme	I - 8 - 1
Titre 3	ANNEXES	
Annexe A	Gestes de réanimation en fonction de l'âge	I - A - 1
Annexe B	Schéma général de l'action de secours du PSC 1	I - B - 1

REMERCIEMENTS

Nota : *Les représentations graphiques du présent référentiel national 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.*



TITRE 1



CADRE JURIDIQUE

CHAPITRE 1

CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions du présent référentiel national de compétences de sécurité civile 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 national de compétences de sécurité civile définit les techniques de premiers secours.

Cette définition des techniques de premiers secours est basée sur une approche scientifique et la prise en compte des recommandations des sociétés savantes françaises, européennes et mondiales.

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) ».

Au delà de l'équivalence définie dans l'article 3 du présent arrêté, il y a lieu de conseiller aux titulaires de l'attestation de formation aux premiers secours de suivre une formation continue de mise à niveau.

D'autre part, 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.

Cette éducation citoyenne exclut l'apprentissage de tout geste dangereux.

CHAPITRE 2

TERMES ET DÉFINITIONS

Pour les besoins du présent référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « Prévention et secours civiques de niveau 1 », les termes et définitions suivants s'appliquent :

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.

Participant

Voir apprenant.

PLS

Position Latérale de Sécurité.

PSC 1

Prévention et secours civiques de niveau 1.

Nomenclature nationale de formation des acteurs de la sécurité civile

Structuration du système de référence des compétences des citoyens acteurs de sécurité civile.

Référentiel national de « Compétences » de sécurité civile

Le référentiel national de compétences de sécurité civile est directement issu du référentiel national « Emplois/Activités ». Il décline l'ensemble des connaissances et attitudes professionnelles nécessaires pour exercer une activité ou occuper un emploi.

RCP

Réanimation Cardio-Pulmonaire.

SAMU

Service d'Aide Médicale Urgente.

Stagiaire

Voir apprenant.

VA

Voies Aériennes.

CHAPITRE 3

FICHE UNITÉ D'ENSEIGNEMENT

Pour les besoins du présent référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « Prévention et secours civiques de niveau 1 », la fiche d'unité d'enseignement suivante s'applique :

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

UNITÉ D'ENSEIGNEMENT « CITOYEN DE SÉCURITÉ CIVILE »

PSC 1 : 10 heures environ
hors temps de déplacement

LA PROTECTION : 0 h 35

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
La protection	0 h 10	I.1.1
Les dégagements d'urgence	0 h 20	I.1.2
Le signal d'alerte aux populations	0 h 05	I.1.3

L'ALERTE : 0 h 25

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
L'alerte	0 h 15	I.2.1
Synthèse	0 h 10	I.2.2

LA VICTIME S'ÉTOUFFE : 0 h 45

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
La désobstruction des VA chez l'adulte	0 h 30	I.3.1
La désobstruction des VA chez le nourrisson	0 h 10	I.3.2
Obstruction partielle des voies aériennes	0 h 05	I.3.3

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

LA VICTIME SAIGNE ABONDAMMENT : 1 h 05

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
- La compression locale - Le saignement par la bouche, le nez ou autre - Cas concrets de synthèse	0 h 30 0 h 10 0 h 25	I.4.1 I.4.2 I.4.3

LA VICTIME EST INCONSCIENTE : 1 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
La position latérale de sécurité	1 h 00	I.5.1

LA VICTIME NE RESPIRE PAS : 2 h 45

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
- La RCP et l'utilisation du DAE chez l'adulte - La RCP chez l'enfant et le nourrisson - Cas concrets de synthèse	2 h 00 0 h 20 0 h 25	I.6.1 I.6.2 I.6.3

LA VICTIME SE PLAINT D'UN MALAISE : 0 h 30

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
Le malaise	0 h 30	I.7.1

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

LA VICTIME SE PLAINT APRES UN TRAUMATISME : 1 h 40

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
• La plaie grave • La plaie simple • La brûlure • Les brûlures particulières • Le traumatisme du dos, du cou et/ou de la tête • Le traumatisme de membre • Cas concrets de synthèse	0 h 20 0 h 05 0 h 10 0 h 05 0 h 20 0 h 05 0 h 35	- I.8.1 - I.8.2 - I.8.3 - I.8.4 - I.8.5 - I.8.6 - I.8.7

SYNTHÈSE : 1 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
• Cas concret de synthèse	1 h 00	I.9.1

ÉVALUATION : inclus dans le temps de la formation + 0 h 15

• Evaluation formative : • Evaluation de la formation	Tout au long de la formation 0 h 15
---	---

TITRE 2

COMPÉTENCES DU CITOYEN DE SÉCURITÉ CIVILE

PARTIE 1

LA PROTECTION

1. OBJECTIFS

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.
- Réaliser un dégagement d'urgence d'une victime exposée à un danger que vous ne pouvez pas supprimer.
- Identifier les signaux d'alerte aux populations et indiquer les mesures de protection à prendre pour vous et votre entourage.

2. SITUATION

La victime est exposée à un danger.

3. DÉFINITION

Une victime, le sauveteur et/ou toute autre personne menacée par un danger doivent en être protégés. Si la protection n'est pas réalisable, la victime doit être dégagée d'urgence à condition que la propre sécurité du sauveteur soit assurée.

Il existe trois circonstances :

- Le danger initial ayant provoqué l'accident peut persister ;
- La situation peut s'aggraver ;
- L'accident peut lui-même être générateur de danger.

4. CONDUITE À TENIR

4.1 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 :
 - Evaluer la présence de dangers qui peuvent menacer le sauveteur et/ou la victime ;
 - Repérer les personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés.
- Se renseigner éventuellement auprès de témoins.

4.2 Protéger

- Quand cela est possible, supprimer immédiatement et de façon permanente les dangers environnants pour protéger le sauveteur, la victime et les autres personnes, notamment du suraccident ;
- 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.

4.3 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 et la tirer sur le sol, quelle que soit sa position, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr (fig. 1.1 et 1.2) ;
- 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**.

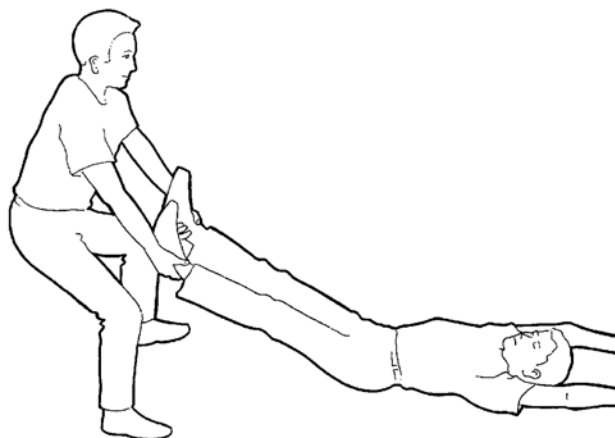


Figure 1.1 : Dégagement d'urgence, traction par les chevilles



Figure 1.2 : Dégagement d'urgence, traction par les poignets

Dégagements d'urgence : points clés

- Les prises de la victime sont solides ;
- Le dégagement est le plus rapide possible, sans prise de risques de la part du sauveteur.

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

- Alerter ou faire alerter les secours spécialisés (cf. partie 2 sur 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.

5. CAS PARTICULIERS

5.1 Protection d'un accident de la route

5.1.1 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, derrière les glissières de sécurité, si elles existent.

5.1.2 Dans tous les cas

- Baliser de part et d'autre de l'accident à 150 ou 200 m, pour éviter tout suraccident (gilets de haute visibilité, triangle de pré-signalisation, lampe électrique, linge blanc, feux de détresse du véhicule...), avec l'aide de témoins éventuels (fig. 1.3).
- Interdire toute approche si un danger persiste (transport de matières dangereuses).

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- 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, quand c'est possible.

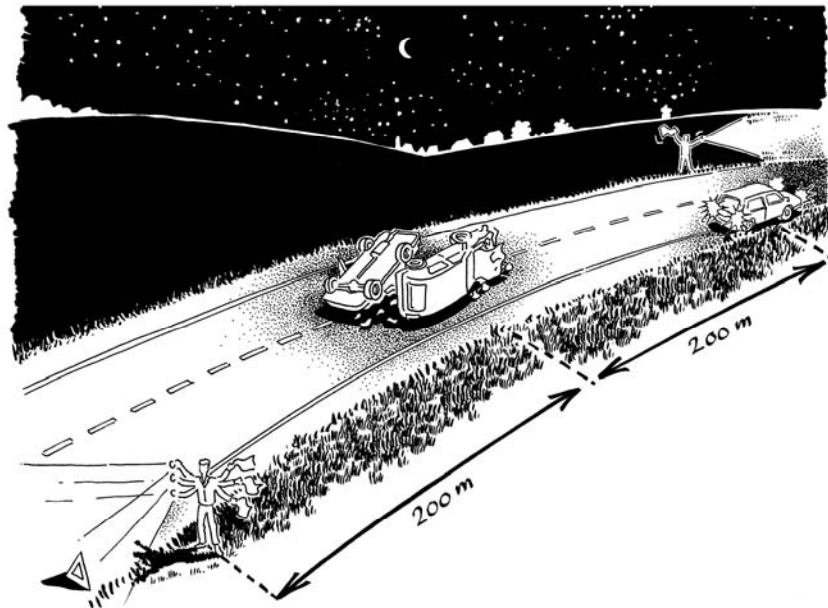


Figure 1.3 : Balisage d'un accident de la circulation de nuit.

5.2 Protection dans d'autres situations

5.2.1 Risque toxique

- Pour pénétrer dans un local enfumé et non ventilé, retenir sa respiration. La durée de la manœuvre de sauvetage ne doit pas excéder 30 secondes.

5.2.2 Risque d'incendie

- Pour pénétrer dans un local enfumé et non ventilé, se protéger au maximum avec ses vêtements, se couvrir le visage et les mains.

5.2.3 Risque d'explosion par fuite de gaz

- Ne pas provoquer d'étincelle (interrupteur, sonnerie, lampe de poche...).

5.2.4 Risque électrique

- Couper le courant avant de toucher la victime.

5.3 Protection des populations en cas d'alerte

5.3.1 Le signal national d'alerte

Le signal national d'alerte est émis par des sirènes. Il consiste en trois cycles successifs d'une durée de 1 minute et 41 secondes chacune et séparés par un intervalle de cinq secondes, d'un son modulé (montant et descendant).

Ce signal national d'alerte a volontairement ces caractéristiques pour qu'il ne soit pas confondu avec les signaux d'appel, en particulier des sapeurs-pompiers, beaucoup plus brefs. Il annonce un danger imminent (nuage toxique, tornade...).

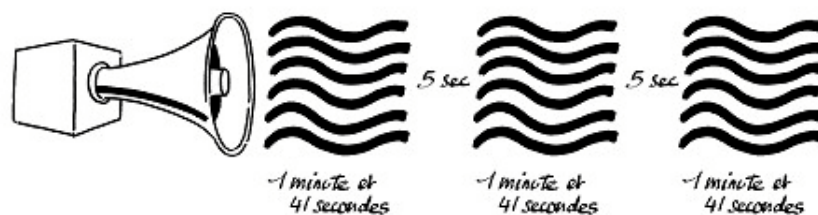
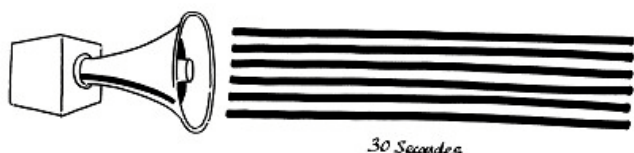


Figure 1.4 : Signal national d'alerte.

Il faut immédiatement :

- Se mettre à l'abri en se rendant dans un local calfeutré : portes et fenêtres fermées ;
- Ecouter la radio, réseau France Bleu ou, à défaut, une autre station de Radio France (France Info, France Inter,...), sur un poste alimenté par des piles, en ayant soin d'avoir des piles de réserve ou regarder la télévision (France 3) si le courant n'est pas interrompu. Dans les départements et collectivités d'outre-mer, écouter ou regarder les programmes du réseau France Outre-Mer (RFO).
- Ne pas aller chercher ses enfants à l'école.
- Ne pas fumer, éviter toute flamme ou étincelle et fermer le gaz (de ville, butane ou propane).
- Ne pas téléphoner pour ne pas encombrer le réseau qui doit rester libre pour les services de secours.
- S'assurer que l'entourage a reçu et exécuté ces consignes (par la suite, des consignes complémentaires peuvent être données par haut-parleur).



Lorsque le danger est écarté, le signal national de fin d'alerte consiste à un son continu d'une durée de 30 secondes :

Figure 1.5 : Signal national de fin d'alerte.

5.3.2 Alertes particulières

Lorsqu'il existe des risques particuliers (chimique, radioactif...), des systèmes d'alerte adaptés existent pour prévenir les populations concernées.

Ces systèmes diffusent des signaux nationaux d'alerte, à l'exception des dispositifs propres aux aménagements hydrauliques qui émettent des signaux spécifiques d'alerte (type corne de brume).

La diffusion préventive des consignes à suivre en cas d'alerte est réalisée directement auprès de cette population.

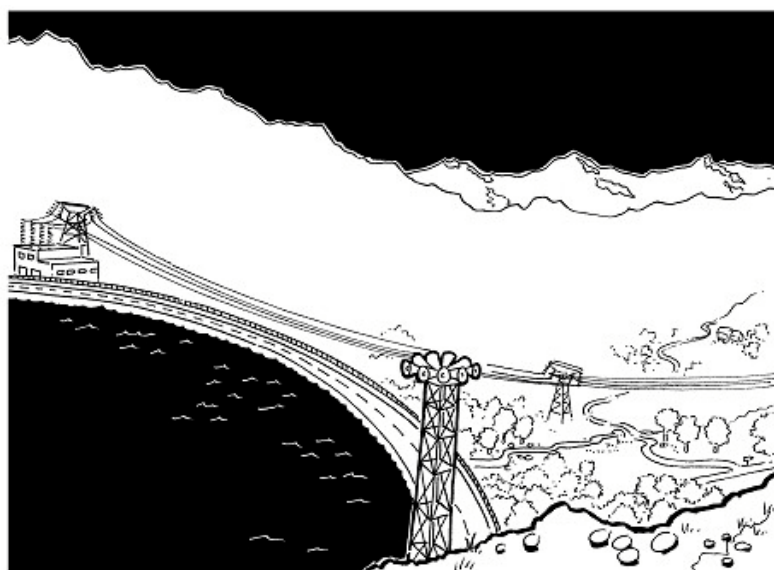
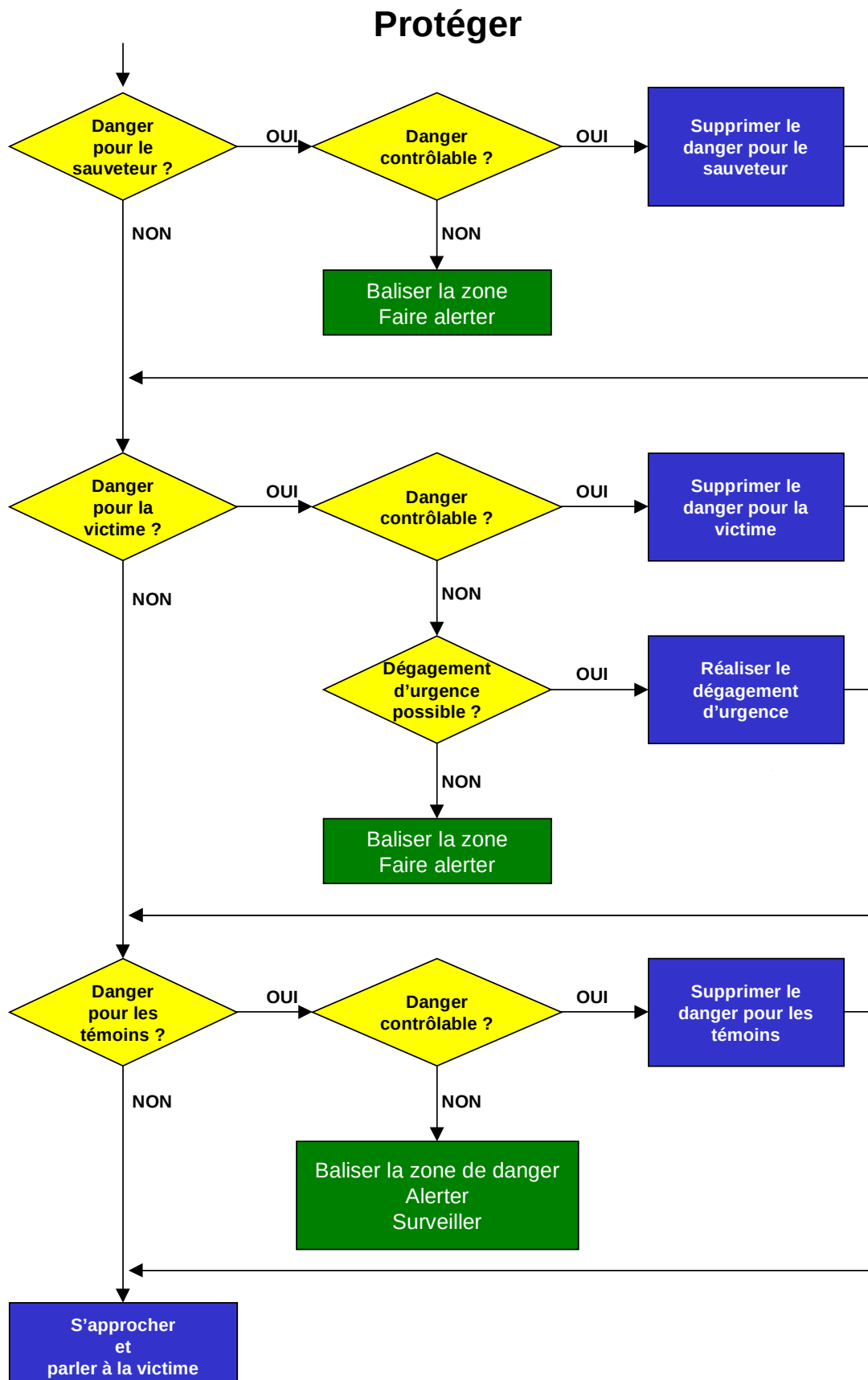


Figure 1.6 : Signal propre aux aménagements hydrauliques

6. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS



PARTIE 2

L'ALERTE

1. OBJECTIFS

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.

2. SITUATION

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

3. 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.

4. 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 sous la forme d'une chaîne de secours dont les maillons sont intimement liés. Pour faire fonctionner la chaîne de secours, plusieurs moyens, publics ou privés, participent régulièrement à l'organisation des secours. Il s'agit :

- Du citoyen ;
- Des réserves communales de sécurité civile ;
- Des médecins libéraux et des entreprises de transport sanitaire agréées ;
- Des associations agréées de sécurité civile ;
- Des services de la gendarmerie nationale et de la police nationale ;
- Des services départementaux d'incendie et de secours et des forces militaires de sécurité civile ;
- Des services d'aide médicale urgente ;
- Des services hospitaliers publics et privés d'accueil des urgences...

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

Après avoir assuré la protection, toute personne témoin d'une situation de détresse doit alerter les secours et pratiquer les gestes simples pouvant conserver une vie en attendant leur arrivée.

Chaque citoyen peut donc être le premier maillon de la chaîne de secours (fig. 2.1).

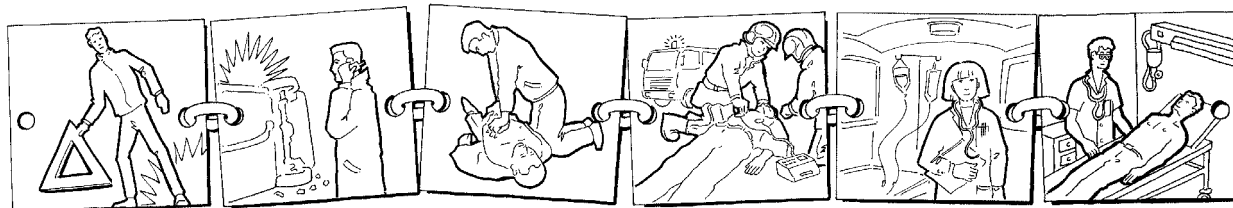


Figure 2.1 : La chaîne de secours

**LA CHAÎNE DE SECOURS
NE PEUT FONCTIONNER SANS SON PREMIER MAILLON,
LE TÉMOIN QUI PROTEGE 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.

5. CONDUITE À TENIR

5.1 Décider d'alerter les secours

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

5.2 Se munir d'un moyen de communication

L'alerte des secours peut être réalisée à l'aide (fig. 2.2) :

- 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.

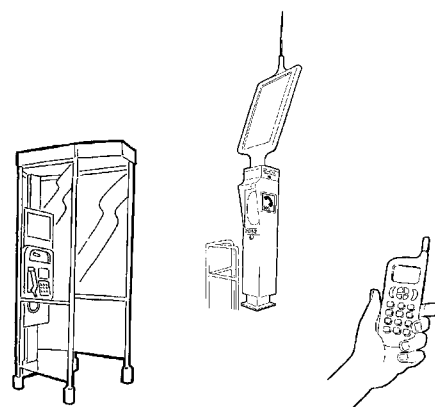


Figure 2.2 : Moyens d'alerte

5.3 Choisir un service de secours adapté

- Le **18** : les SAPEURS-POMPIERS pour tout problème de secours, notamment accident, incendie... .

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- Le **15** : le SAMU - centre 15 pour tout problème urgent de santé. Un médecin « régulateur » dialogue brièvement avec l'appelant pour évaluer la gravité, donner les conseils et apporter la réponse médicale adaptée. Dans les cas les plus graves, il envoie une équipe médicale de réanimation du Service Médical d'Urgence et de Réanimation (SMUR) le plus proche.
- 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, destiné aux étrangers circulant en France ou aux Français circulant en Europe. En France, ce numéro ne se substitue pas aux autres numéros d'urgence.
- Le **115** : le SAMU social pour toute personne qui présente une détresse sociale, comme les personnes sans domicile ou sans abri et exposées aux intempéries.

Ces services ont une obligation d'interconnexion. Le 15 et le 18 ont une interconnexion téléphonique réglementaire.

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

L'appel aux numéros 18, 15, 17, 112 ou 115 est **gratuit** et possible sur tout appareil raccordé au réseau téléphonique national **même en l'absence de monnaie ou de carte téléphonique**.

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

Dans certains établissements, il faut respecter la procédure interne d'alerte particulière à ceux-ci, généralement affichée près des postes téléphoniques.

5.4 Transmettre les informations

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

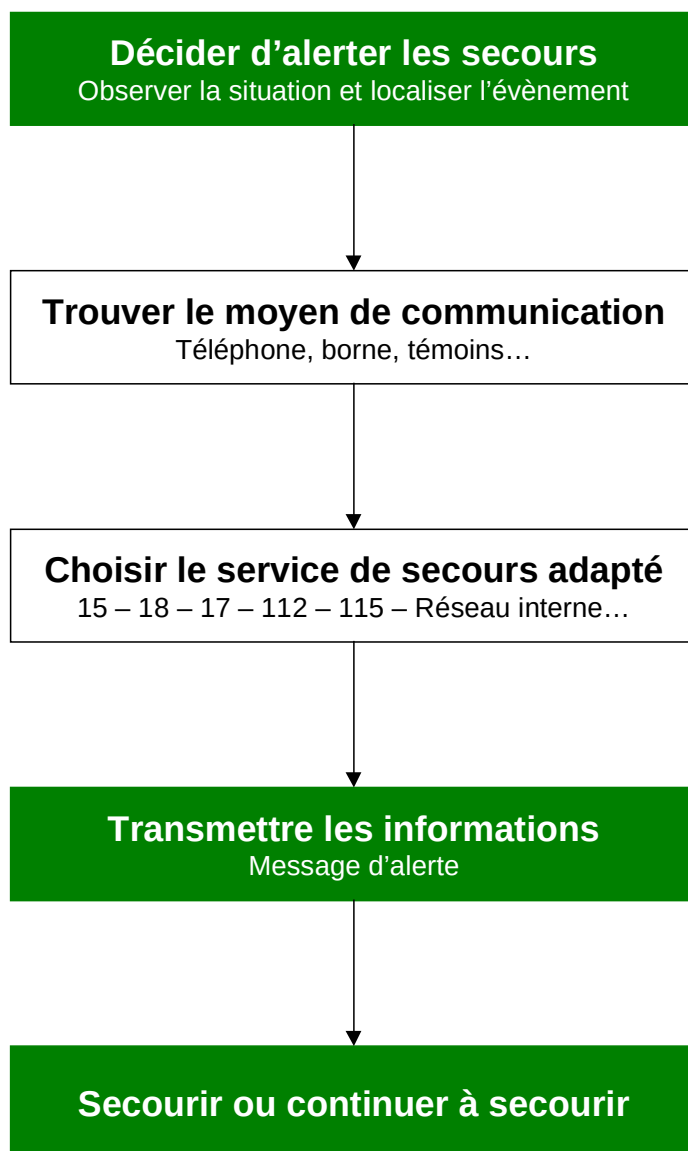
- NUMÉRO DU TÉLÉPHONE ou de la borne d'où l'on appelle (si nécessaire, donner son nom) ;
- NATURE DU PROBLÈME, maladie ou accident ;
- RISQUES éventuels : incendie, explosion, effondrement, produits chimiques et tout autre danger ;
- LOCALISATION très précise de l'événement ;
- NOMBRE de personnes concernées ;
- Description de l'état de chaque victime ;
- PREMIÈRES MESURES PRISES ET GESTES EFFECTUÉS ;
- Répondre aux questions qui lui seront posées par les secours ou, s'il s'agit d'un problème médical urgent, par le médecin « régulateur » du SAMU centre 15.

Un dialogue peut s'instaurer entre l'appelant et les services d'urgence qui peuvent donner des conseils et/ou des instructions sur la conduite à tenir par le sauveteur, soit en attendant l'arrivée de moyens de secours et/ou médicaux, soit pour permettre au témoin de conduire 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**.

6. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS

Alerter ou faire alerter



PARTIE 3

LA VICTIME S'ÉTOUFFE

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de :

- Identifier l'obstruction des voies aériennes totale ou partielle ;
- Réaliser l'enchaînement des techniques qui permettent d'obtenir une désobstruction des voies aériennes chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson en cas d'obstruction totale ;
- Indiquer la conduite à tenir que vous devez adopter devant une victime qui présente une obstruction partielle des voies aériennes.

2. SITUATION

La respiration spontanée de la victime consciente est brutalement empêchée.

3. DÉFINITION

Le mouvement de l'air entre l'extérieur et les poumons est brutalement empêché du fait d'une obstruction plus ou moins complète des voies aériennes.

4. RISQUES

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

5. 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 sa bouche. **Brutalement**, elle porte les mains à sa gorge (fig. 3.1).

Le secouriste, présent à ses côtés, doit immédiatement lui demander :

« Est-ce que tu t'étouffes ? »



Figure 3.1

5.1 L'obstruction est totale *(les voies aériennes (VA) sont obstruées totalement ou presque totalement)*

La victime :

- **Ne peut plus parler** et/ou fait un signe « oui » de la tête.
- **Ne peut pas crier** s'il s'agit d'un enfant.
- Aucun son n'est audible.
- Garde la bouche ouverte.
- Ne peut pas tousser.
- **Ne peut pas respirer.**
- S'agite.

Si aucun geste de secours efficace n'est réalisé la victime :

- Devient bleue (cyanose). Ce phénomène est plus rapide chez l'enfant ;
- Perd connaissance.

5.2 L'obstruction est partielle *(la respiration reste possible)*

La victime :

- Parle ou crie (s'il s'agit d'un enfant) et peut répondre « **Oui, je m'étouffe !** » ou bien « **J'ai avalé de travers !** » ;
- Tousse vigoureusement ;
- Respire avec parfois un bruit sur ajouté.

6. CONDUITE À TENIR

6.1 L'obstruction totale

La victime se présente habituellement debout ou assise :

- Laisser la victime dans la position où elle se trouve ;
- Désobstruer les voies aériennes en lui donnant **5 claques vigoureuses dans le dos** (voir technique chapitre 8.1) ;
- En cas d'inefficacité des claques dans le dos, **réaliser 5 compressions abdominales** selon la méthode décrite par HEIMLICH (voir technique chapitre 8.2) ;
- En cas d'inefficacité, 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**.

6.1.1 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 :

- Le rejet du corps étranger ;
- L'apparition de toux ;
- **La reprise de la respiration.**

Après rejet du corps étranger, le sauveteur doit parler à la victime, l'installer dans la position où elle se sent le mieux, desserrer ses vêtements si c'est nécessaire, la réconforter et **demandeur un avis médical**.

6.1.2 L'obstruction persiste malgré tout (La victime devient inconsciente) :

- Faire alerter les secours d'urgence ;
- Réaliser une réanimation cardio-pulmonaire en débutant immédiatement par les compressions thoraciques sans auparavant rechercher les signes de vie (voir partie 6).

6.2 L'obstruction partielle

Si l'obstruction des VA n'est pas totale (ou quasi totale), la victime est bien souvent capable d'expulser elle-même le corps étranger.

En aucun cas, le secouriste ne doit pratiquer les techniques de désobstruction décrites ci-dessus, car elles ne sont pas inoffensives et peuvent mobiliser le corps étranger, provoquer une obstruction totale des VA et un arrêt de la respiration.

- Installer la victime dans la position où elle se sent le mieux, le plus souvent assise ;
- Encourager la victime à tousser pour rejeter le corps étranger ;
- Demander un avis médical ;
- Surveiller attentivement la respiration de la victime. Si celle-ci s'arrête, pratiquer alors les manœuvres de désobstruction comme décrites ci-dessus (paragraphe 6.1).

7. JUSTIFICATION

Ces techniques doivent permettre de rejeter le corps étranger bloqué dans les voies aériennes de la victime et restaurer un libre passage de l'air ou ne pas aggraver la situation.

8. TECHNIQUES

8.1 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 le corps étranger 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 (fig. 3.2) ;
- Arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue.



Figure 3.2

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.

Chez l'enfant, la technique des claques dans le dos est identique à l'adulte. Toutefois, elle est améliorée si la tête de l'enfant est placée encore plus vers le bas. Pour cela, le secouriste peut s'asseoir et basculer l'enfant au-dessus de son genou pour réaliser les claques dans le dos. Si ce n'est pas possible, il réalisera la technique comme chez l'adulte.

Claques dans le dos : points clés

Pour être efficaces, les claques dans le dos sont données :

- Entre les deux omoplates ;
- Avec le plat de la main ;
- De façon vigoureuse (ou sèche).

8.2 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 le corps étranger 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 et en dessous du sternum. Ce poing doit être horizontal, le dos de la main tourné vers le haut (fig. 3.3) ;
- 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.

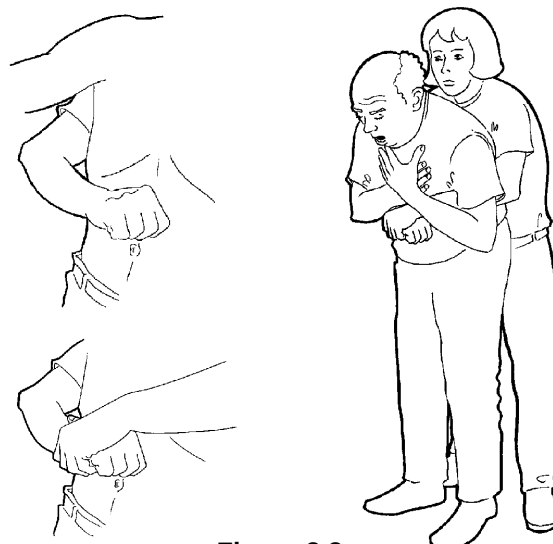


Figure 3.3

Compressions abdominales : points clés

Pour être efficaces, les compressions abdominales :

- Sont données en position correcte ;
- Dans une direction conforme ;
- Avec une force suffisante.

8.3 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 :

8.3.1 Réaliser 5 claques dans le dos (fig. 3.4) :

- 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.



Figure 3.4 : Désobstruction des voies aériennes chez le nourrisson : Claques dans le dos, retournement et compressions thoraciques.

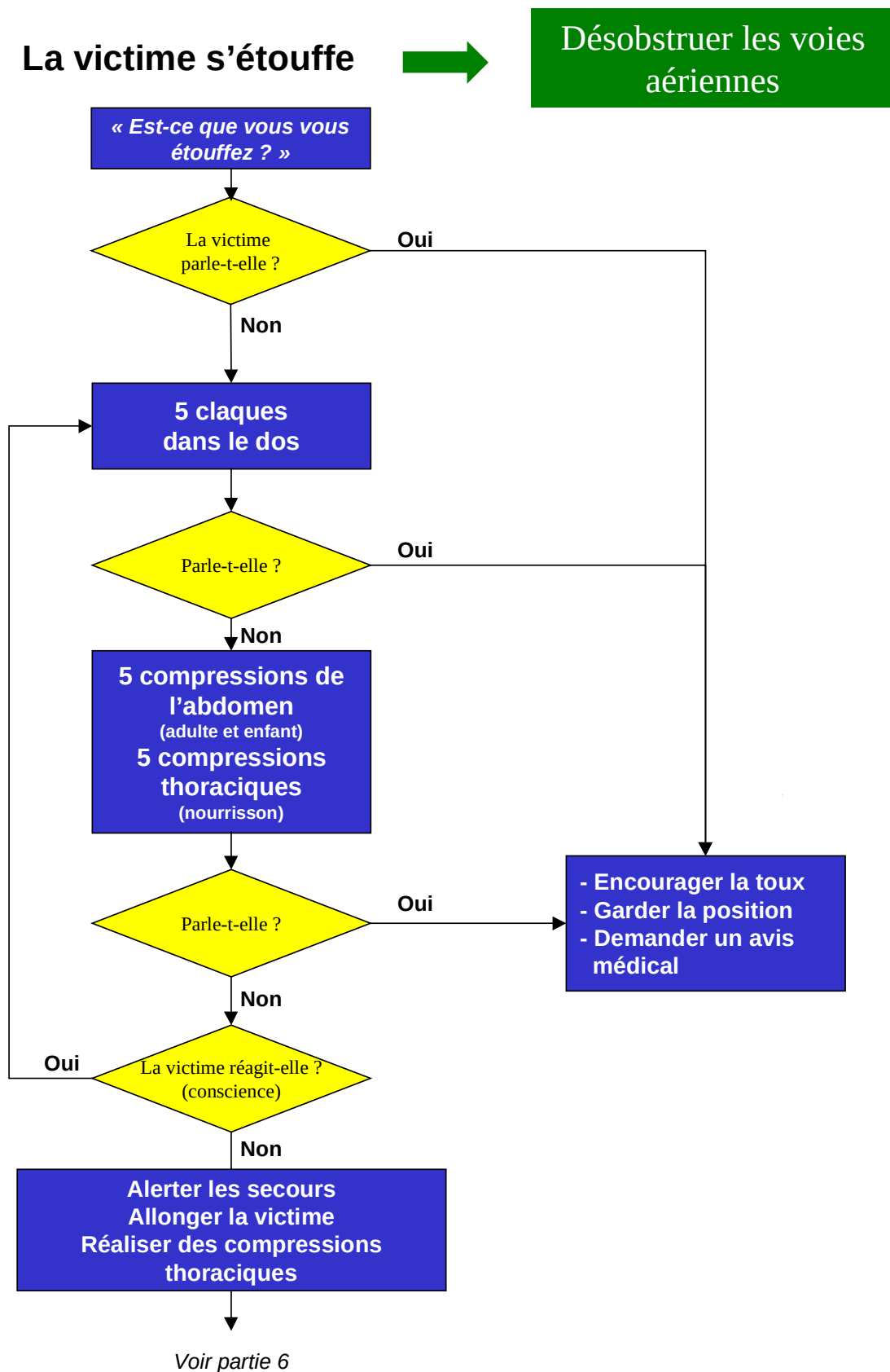
8.3.2 Réaliser 5 compressions thoraciques :

- 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 ;
- Placer la pulpe de 2 doigts d'une main, au milieu de la poitrine, une largeur de doigt au dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons du nourrisson (la position des doigts est identique à celle des compressions thoraciques lors de l'arrêt cardiaque du nourrisson) ;
- Effectuer 5 compressions plus lentement et plus profondément que les compressions thoraciques réalisées au cours de la RCP ;
- Après les 5 claques dans le dos et les 5 compressions thoraciques, vérifier que le corps étranger n'est pas dans la bouche ;
- Retirer le corps étranger délicatement, s'il est visible et accessible ;

- **Si le corps étranger est rejeté**, parler continuellement au nourrisson pour le calmer ;
- **Si le corps étranger n'est pas rejeté** :
 - 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 ;
 - Si le nourrisson devient inconscient, réaliser une réanimation cardio-pulmonaire en débutant immédiatement par les compressions thoraciques sans auparavant rechercher les signes de vie (voir partie 6).

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.

9. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS



PARTIE 4

LA VICTIME SAIGNE ABONDAMMENT

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable :

- En présence d'une personne qui présente un saignement abondant, de réaliser une compression directe de l'endroit qui saigne, en vous protégeant les mains 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.

2. SITUATION

La victime présente un saignement abondant visible par le sauveteur.

3. 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.

4. 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.

Pour appuyer sur une plaie, il convient, si possible, de protéger sa main afin d'éviter la transmission de maladies infectieuses.

5. SIGNES

On distingue deux cas, lorsqu'une victime présente **une perte de sang par une plaie** :

- Un saignement dû à une écorchure, éraflure ou abrasion cutanée qui s'arrête spontanément (voir partie 8) ;
- 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.

6. 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...). Dans ce cas, écarter les vêtements si nécessaire.
- **Arrêter l'hémorragie immédiatement en comprimant directement l'endroit qui saigne** quel que soit le lieu de la plaie, main protégée, si possible, avec des gants, un sac plastique ou à défaut une épaisseur de tissu propre, jusqu'à l'arrivée des secours (voir techniques : chapitre 8.1) ;
- **Allonger la victime en position horizontale.** Cette position retarde ou empêche l'installation d'une détresse liée à la perte importante de sang ;
- **Faire alerter ou à défaut alerter soi-même les secours ;**
- **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.

7. JUSTIFICATION

Cette conduite à tenir permet 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.

8. TECHNIQUES

8.1 Compression de l'endroit qui saigne

Appuyer directement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main si possible, en recouvrant sa main d'un sac plastique ou en interposant un linge plié (fig. 10). Le sauveteur peut se faire aider par un témoin ou la victime pour réaliser cette compression.

Cette technique est facile et rapide et suffit 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 (fig. 4.2) 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 2 tours ;
- Le lien doit être suffisamment serré, pour garder une pression suffisante sur l'endroit qui saigne et éviter que le saignement reprenne.

Si le tampon relais n'arrête pas totalement l'hémorragie, il sera complété par la pose d'un deuxième tampon par-dessus le premier pour augmenter la compression

En cas d'échec, reprendre la compression manuelle.



Figure 4.1 : Compression avec la main

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

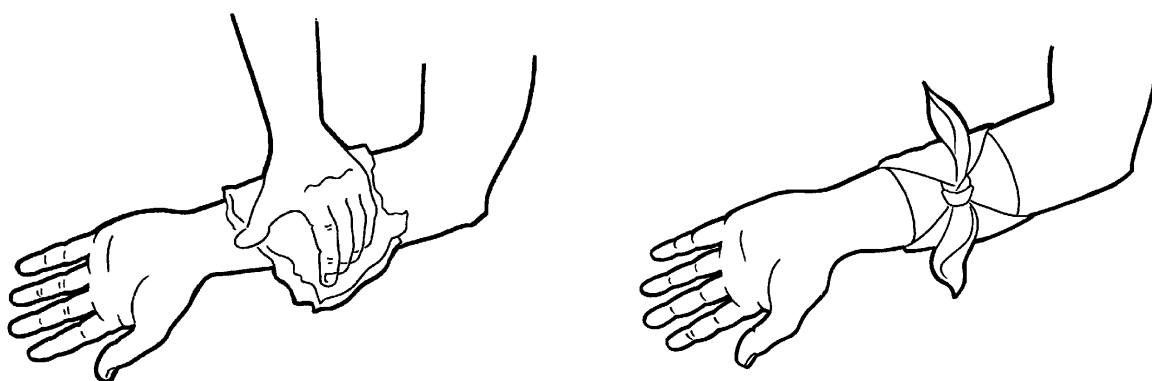


Figure 4.2 : Le tampon relais

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.

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 sa main dans un sac imperméable ;
- 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 doit consulter un service d'urgence.

Compression locale (manuelle ou tampon relais) : points clés

- La compression doit recouvrir la totalité de la plaie ;
- La compression doit être suffisante pour arrêter le saignement ;
- La compression doit être permanente.

8.2 La victime présente une plaie qui saigne avec corps étranger

La présence du corps étranger contre indique la compression locale. Il faut donc alerter immédiatement le SAMU – Centre 15 et appliquer les consignes données dans l'attente de l'arrivée des secours.

Il ne faut en aucun cas enlever le corps étranger, car il diminue le saignement et son retrait pourrait aggraver la lésion.

8.3 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. Dans ce cas, le sauveteur doit :

- Laisser la victime assise, tête penchée en avant et **ne pas l'allonger** pour éviter qu'elle avale son sang ;
- Lui demander de comprimer avec son doigt la narine qui saigne, pendant 10 minutes (fig. 4.3) ;



Figure 4.3 : Comprimer avec le doigt la narine qui saigne.

- 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 et surveiller la conscience.

8.4 La victime vomit ou crache du sang

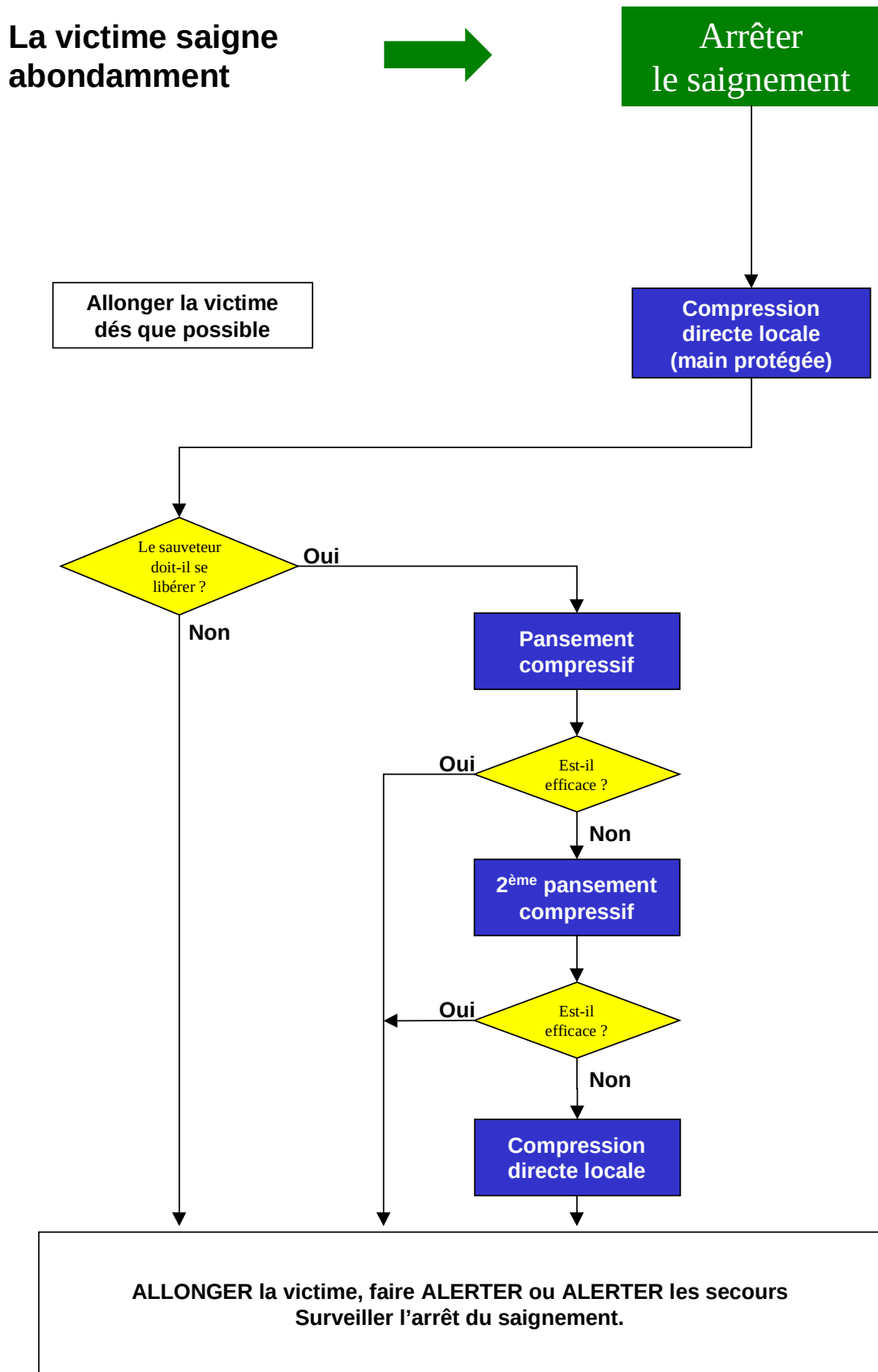
On voit le sang sortir par la bouche de la victime (vomissements ou crachats). Dans ce cas, le sauveteur doit :

- Alerter immédiatement un médecin ou le SAMU - centre 15. Une hémorragie de ce type est toujours un symptôme grave, nécessitant un traitement d'urgence ;
- Installer la victime en position 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 donnés au médecin ;
- Parler régulièrement à la victime :
 - Si elle parle, elle est consciente : Continuer de lui parler ;
 - Si elle ne répond plus, elle est inconsciente : Pratiquer les gestes qui s'imposent (cf. partie 5) et signaler l'aggravation en rappelant les secours.

8.5 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.

9. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS



PARTIE 5

LA VICTIME EST INCONSCIENTE

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de :

- Maintenir libres les voies aériennes d'une victime inconsciente qui respire en attendant l'arrivée des secours d'urgence.

2. SITUATION

La victime ne répond pas aux questions, ne réagit pas mais respire. C'est une urgence.

3. DÉFINITION

La victime ne répond pas aux questions, reste immobile mais respire. Les causes des troubles de la conscience sont multiples :

- **Traumatiques ;**
- **Médicales ;**
- **Toxiques.**

4. 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 (fig. 5.1) ;
- 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.

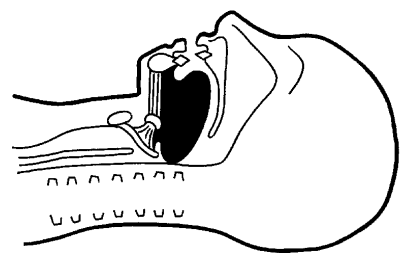


Figure 5.1 : Obstruction des voies aériennes

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

5. CONDUITE À TENIR

La victime est le plus souvent étendue sur le dos.

5.1 Réaliser la protection

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

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

5.2 Rechercher toute détresse évidente qui peut menacer la vie de la victime à court terme

- S'assurer qu'il n'y a pas de saignement visible et important (voir partie 4).

5.3 Apprécier l'état de conscience (fig. 5.2)

- 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.

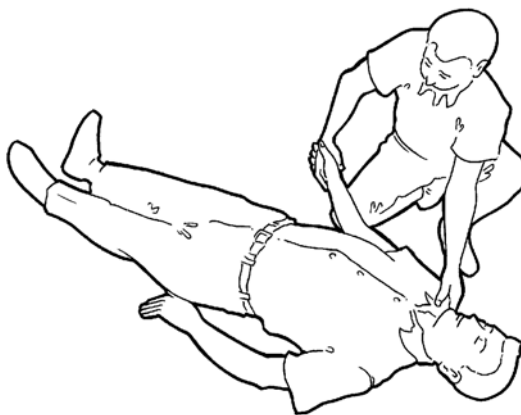


Figure 5.2 : Apprécier l'état de conscience

5.4 Si le sauveteur est seul, appeler « à l'aide »

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

5.5 Assurer IMMÉDIATEMENT la liberté des voies aériennes

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration (boucle de ceinture, bouton du pantalon, cravate et 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 (fig. 5.3).

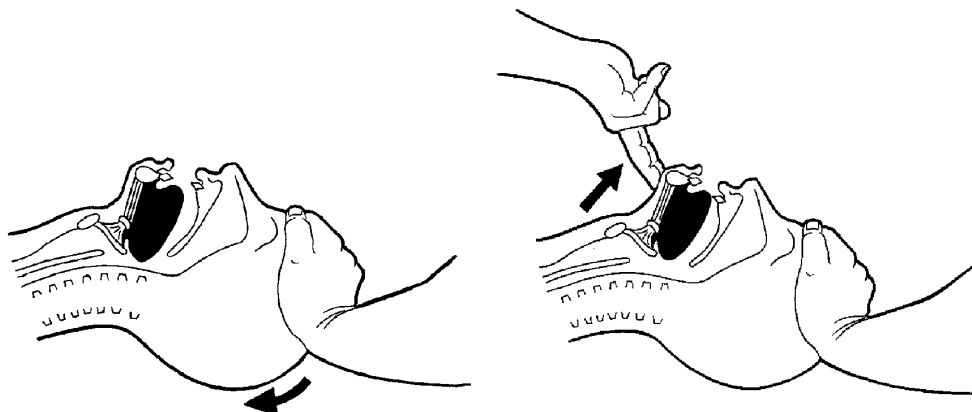


Figure 5.3 : Basculer la tête en arrière, élever le menton

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.

Liberté des voies aériennes : points clés

Pour assurer la liberté des voies aériennes :

- Le menton doit être tiré vers l'avant ;
- La tête doit être basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position.

5.6 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 (fig. 5.4) :
 - **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 10 secondes au plus.

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

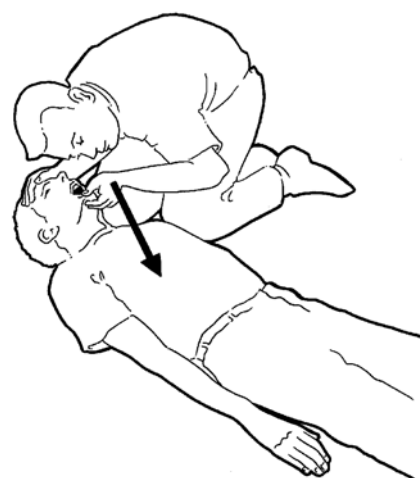


Figure 5.4 : Apprécier la respiration

5.7 Placer la victime en position latérale de sécurité (PLS)

La victime doit être placée sur le côté par le sauveteur (fig. 5.10). 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.

5.8 Alerter ou faire alerter le Samu - centre 15

- 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.

5.9 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 essaie, 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.

6. JUSTIFICATION

Cette conduite à tenir permet d'assurer la liberté des voies aériennes de la victime, d'empêcher 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.

7. TECHNIQUES

7.1 La position latérale de sécurité

7.1.1 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.

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- Placer le bras de la victime le plus proche du côté du sauveteur, à angle droit de son corps et plier ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut (fig. 5.5).

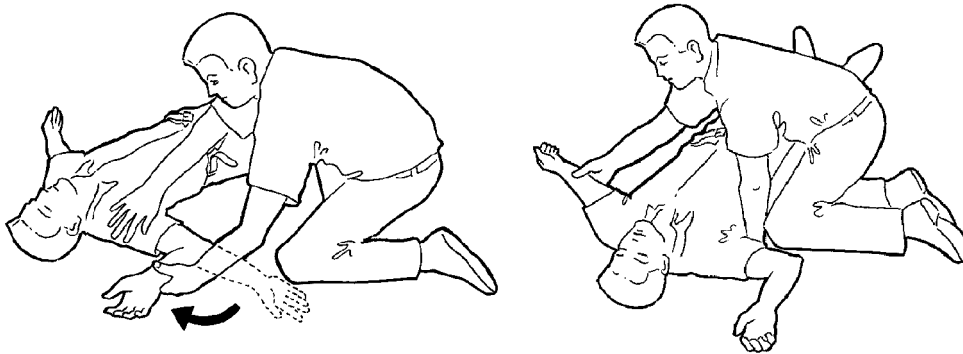


Figure 5.5 : Mise en place du bras

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 et placer le dos de sa main contre son oreille, côté sauveteur.
- Maintenir la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume (fig 5.6).

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.

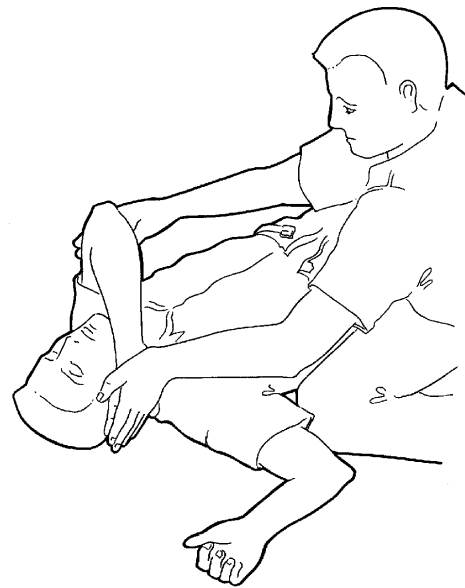


Figure 5.6 : Mise en place de la main sur l'oreille

- 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 (fig. 5.7).

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

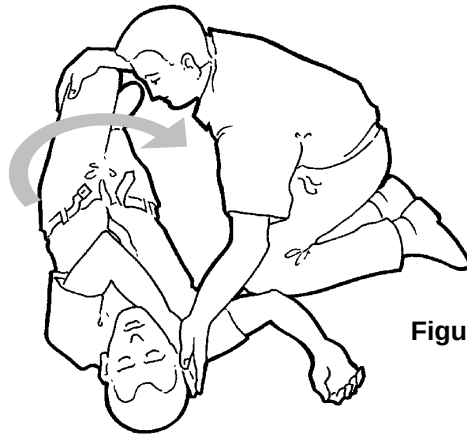


Figure 5.7 : Avant le retournement

7.1.2 Retourner la victime

- Tirer sur la jambe afin de faire pivoter la victime vers le sauveteur jusqu'à ce que le genou touche le sol.(fig. 5.8).

Le mouvement de retournement doit être fait sans brusquerie et 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 la 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 (fig. 5.9). Veiller en retirant votre main à préserver la bascule de la tête en arrière.



Figure 5.8 : Victime tournée sur le côté

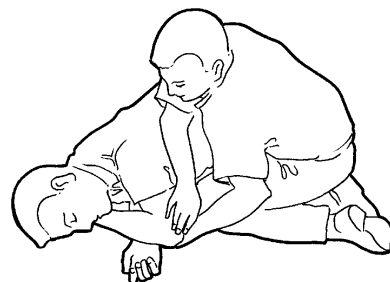


Figure 5.9 :
Dégagement de la main du sauveteur

7.1.3 Stabiliser la victime

- Ajuster la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit (fig. 5.10).

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

- Ouvrir la 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 pourrait aggraver une éventuelle lésion nerveuse chez le traumatisé de la colonne vertébrale, en particulier cervicale. Cependant, le risque d'obstruction des voies aériennes pouvant entraîner un arrêt de la respiration, justifie la mise sur le coté.

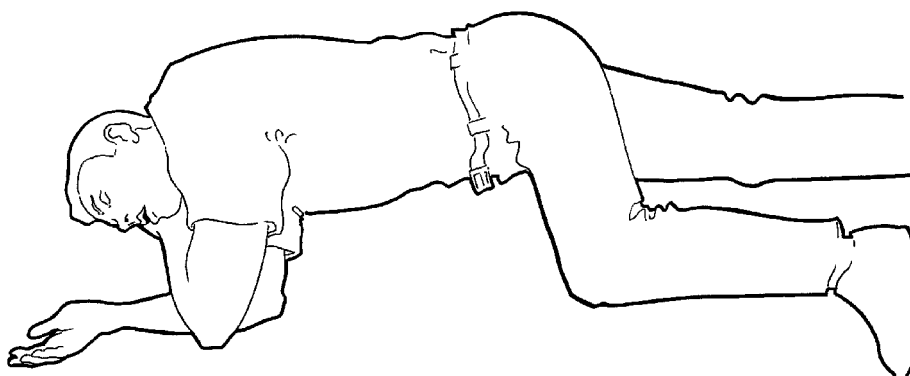


Figure 5.10 : Position finale

Position latérale de sécurité : points clés

La mise en PLS d'une victime **doit respecter les principes suivants** :

- Le retournement de la victime sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale ;
- Une fois sur le côté, la victime se trouve dans une position la plus latérale possible, tête basculée en arrière pour éviter la chute de la langue 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.

7.2 Cas particuliers

7.2.1 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.

7.2.2 La femme enceinte

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

7.2.3 Le traumatisé

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

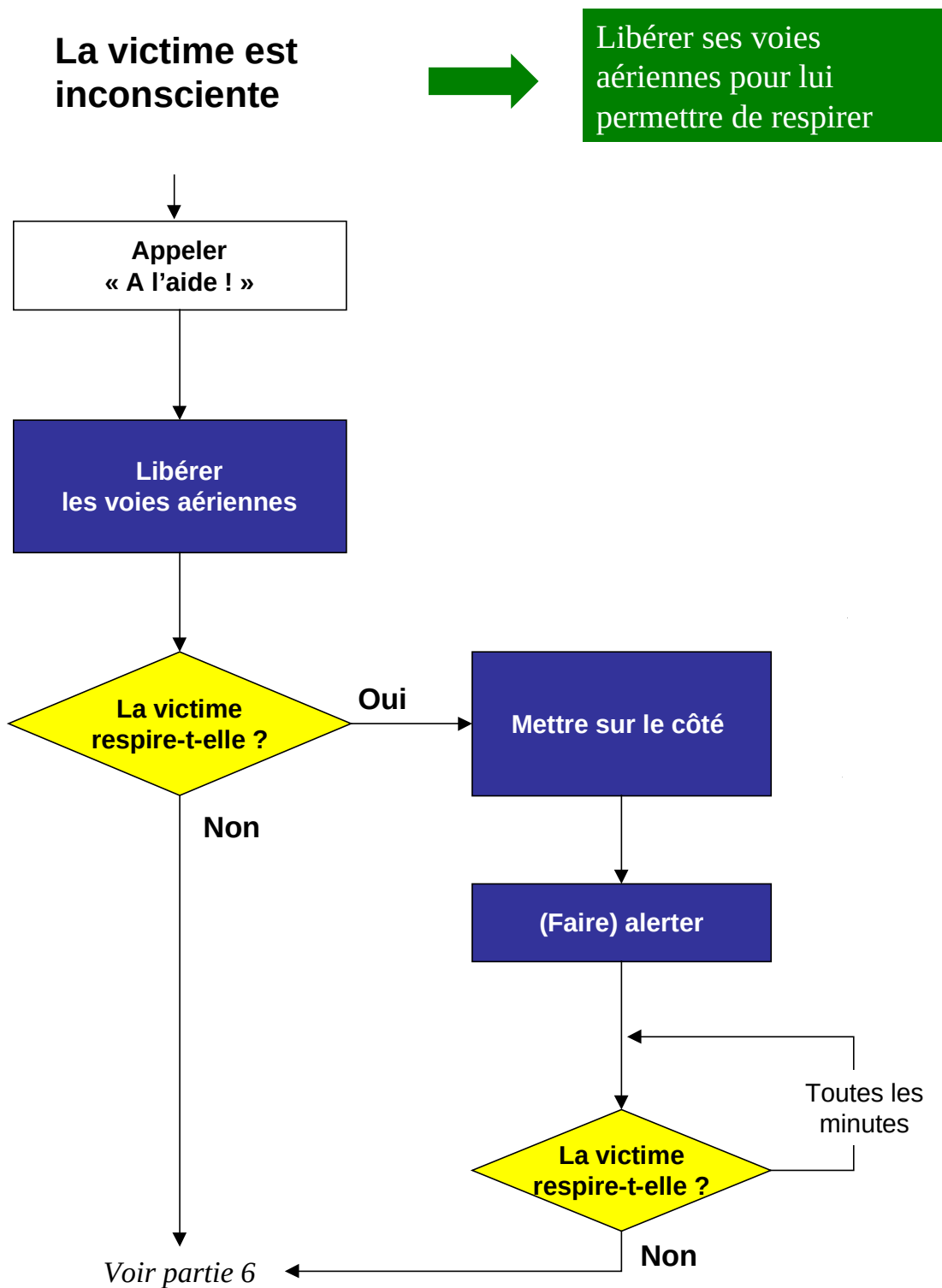
7.2.4 La victime est retrouvée allongée sur le ventre

Après avoir constaté l'inconscience, mettre la victime sur le dos et libérer les voies aériennes avant de vérifier sa respiration.

7.2.5 La victime inconsciente présente des convulsions

Pendant la durée des convulsions, ne pas toucher la victime et écarter ce qui pourrait la blesser. A la fin des convulsions, libérer les voies aériennes, vérifier la présence de la respiration avant d'installer la victime en PLS.

8. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS



PARTIE 6

LA VICTIME NE RESPIRE PAS

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de :

- Mettre en œuvre une réanimation cardio-pulmonaire et, si nécessaire, réaliser en toute sécurité une défibrillation automatisée externe chez une victime inconsciente qui ne respire pas.

2. SITUATION

La victime est inconsciente et ne présente pas de mouvement respiratoire.

3. DÉFINITION

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

Le plus souvent l'arrêt cardiaque survient en premier et est associé à un arrêt concomitant de la respiration. Cet arrêt cardiaque peut être causé par certaines maladies du cœur comme l'infarctus du myocarde. Dans près de 50% des cas, cet arrêt cardiaque, soudain à l'extérieur de l'hôpital, est lié à une anomalie du fonctionnement électrique du cœur (fibrillation ventriculaire).

L'arrêt de la respiration, avec perte de conscience, peut précéder l'arrêt cardiaque et être lié :

- A l'évolution d'une obstruction grave des voies aériennes dont les manœuvres de désobstruction n'ont pas été réalisées ou l'ont été sans succès ;
- A une intoxication ;
- A un traumatisme, ou un accident dû à l'eau (noyade) ou à l'électricité.

Dans ces cas, l'arrêt cardiaque est secondaire au manque d'oxygène.

4. RISQUES

La vie d'une victime en arrêt respiratoire ou circulatoire est menacée à très brève échéance : un apport d'oxygène est indispensable, en particulier au niveau du cerveau et du cœur de la victime pour assurer sa survie. Au cours d'un arrêt cardiaque, les lésions du cerveau consécutives au manque d'oxygène surviennent dès la première minute.

L'apport d'oxygène au cerveau et au cœur est réalisé par le rétablissement d'une circulation sanguine artificielle grâce à la réanimation cardio-pulmonaire. Si aucun geste de premiers secours n'est réalisé, la victime décèdera par manque d'oxygène.

5. PRINCIPE DE L'ACTION DE SECOURS : " LA CHAÎNE DE SURVIE "

La « chaîne de survie » (fig. 6.1) est constituée d'une série d'actions à entreprendre pour assurer la survie d'une personne victime d'un arrêt cardio-respiratoire soudain.

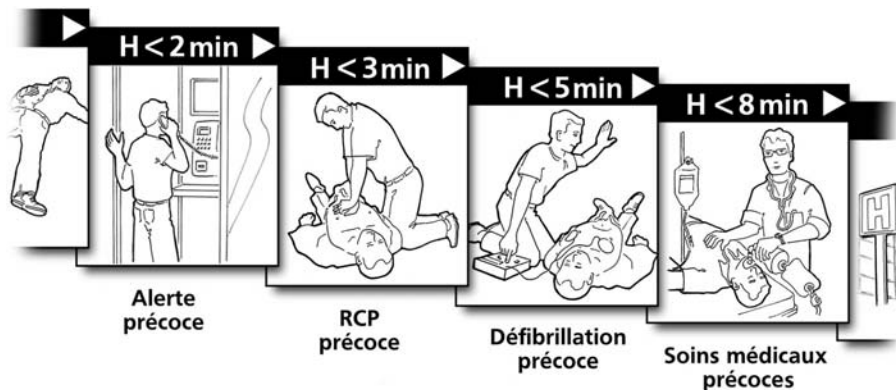


Figure 6.1 : La chaîne de survie

5.1 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.

5.2 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**.

5.3 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 (encore appelé « défibrillation ») au travers de la poitrine (et donc du cœur de la victime) 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 par un sauveteur s'effectue à l'aide d'un appareil capable, à partir d'électrodes placées sur la poitrine de la victime, de détecter une anomalie électrique du cœur et, si nécessaire, d'administrer ou de demander d'administrer un ou plusieurs chocs électriques au travers de ces mêmes électrodes. 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.

5.4 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, après la défibrillation cardiaque, 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 œuvre 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 %.

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

6. RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE DE L'ADULTE

6.1 Conduite à tenir

Une personne s'effondre devant le sauveteur ou elle est retrouvée inerte, allongée sur le sol.

1- Réaliser la protection

La prévention du sur accident est un préalable obligatoire à toute action de secours. S'assurer qu'aucun risque ne menace le sauveteur et les autres témoins. Si tel est le cas, tenter d'écarter la victime du danger en toute sécurité.

Le sauveteur, la victime et les tiers 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 partie 5).

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

Cette action permet d'obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra alerter les secours et apporter le DAE.

4- Si nécessaire, mettre la victime sur le dos

5- Assurer IMMÉDIATEMENT la liberté des voies aériennes :

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration.
- **Basculer** doucement la tête de la victime en arrière et **élever le menton** (voir fig. 6.2 et partie 5).

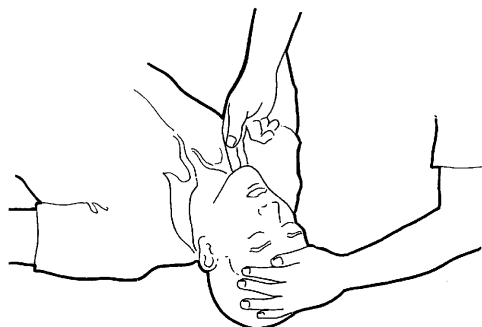


Figure 6.2 : Libérer les voies aériennes

6- Apprécier la respiration tout en gardant le menton élevé pendant 10 secondes au plus (cf. partie 5).

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 10 secondes que dure cette recherche.

7- Faire alerter les secours et réclamer un DAE.

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

En présence d'un témoin : après avoir alerté les secours, le témoin se munit du DAE s'il est disponible et l'apporte au sauveteur.

En l'absence de témoin, le sauveteur va prévenir les secours, se munit du DAE s'il est immédiatement disponible et revient auprès de la victime pour continuer les gestes de secours.

8- Pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire en associant des compressions thoraciques et une ventilation artificielle tant que le DAE n'est pas disponible.

- S'assurer que la victime est allongée sur un plan dur.
- Réaliser 30 compressions thoraciques au milieu du thorax (voir techniques des compressions thoraciques).
- Après les compressions thoraciques, replacer la tête de la victime en arrière, élever le menton et réaliser 2 insufflations .
- Replacer sans délai les mains au milieu du thorax et réaliser une nouvelle série de compressions thoraciques. Continuer ainsi en alternant 30 compressions avec 2 insufflations. 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 RCP.

La fréquence instantanée des compressions thoraciques doit être de 100 fois par minute.

Si le sauveteur ne peut pas effectuer des insufflations : en cas de répulsion, de vomissements, d'absence de protection buccale, il réalise des compressions thoraciques seules et fait alerter. Cette action est poursuivie jusqu'à l'arrivée du DAE ou des secours.

9- Poursuivre la réanimation

Poursuivre la réanimation entreprise jusqu' :

- A la mise en œuvre d'un DAE
- Au relais par les services de secours,
- A la reprise d'une respiration normale par la victime.

6.2 Techniques des compressions thoraciques

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

- Se placer à genoux auprès de la victime.
- Dans la mesure du possible, dénuder la poitrine de la victime.



Figure 6.3 : Le talon de la main

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- Placer le talon d'une main au centre de la poitrine (fig. 6.3) 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 (fig. 6.4).

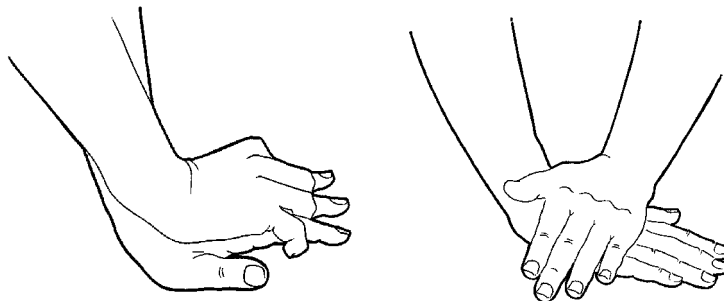


Figure 6.4 : Position des mains du sauveteur, doigts crochétés ou mains croisées.

- Réaliser les compressions sternales de 4 à 5 cm, **en restant bien vertical**, pendant toute la manœuvre (Figures 6.5 et 6.6), 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 bras sont bien tendus.

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 impérativement être relâchée complètement** (le talon de la main qui comprime se décolle très légèrement du thorax) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale, afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang.



Figure 6.5 : Compressions thoraciques doigts crochétés, bras de la victime le long du corps

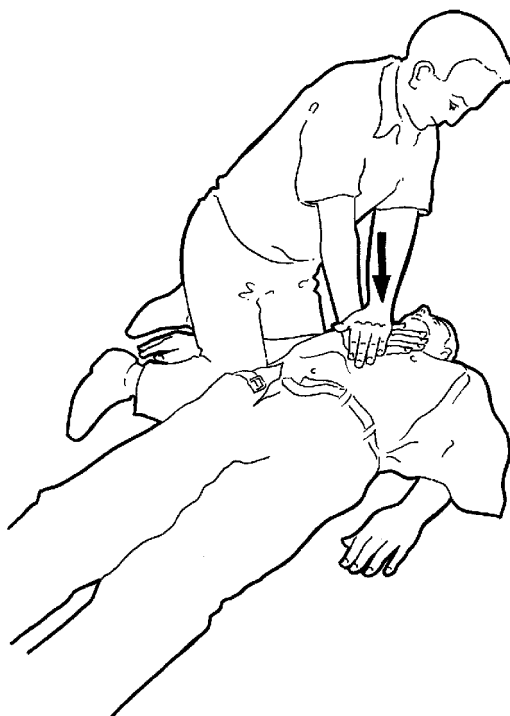


Figure 6.6 : Compressions thoraciques mains croisées, bras de la victime entre les jambes du sauveteur.

Compressions thoraciques : points clés

Pour être efficace, la technique des compressions thoraciques doit respecter les points clés suivants :

- S'assurer que la victime est allongée sur le dos et sur un plan dur pour comprimer efficacement le thorax de la victime entre le sternum et la colonne vertébrale ;
- Comprimer verticalement, de 4 à 5 cm, le sternum pour rendre efficace les compressions et limiter le risque de fractures de côtes ;
- Relâcher complètement le thorax entre les compressions pour permettre au cœur de bien se remplir ;
- Effectuer des compressions à une fréquence de 100 fois par minute.

6.3 Techniques de ventilation artificielle

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

Ces méthodes orales permettent d'insuffler directement à la victime l'air expiré 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 donc pratiquer la ventilation artificielle posément et régulièrement, en ménageant ses forces.

6.3.1 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 et tout en maintenant la tête en arrière,

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

obstruer le nez en le pinçant entre le pouce et l'index pour empêcher toute fuite d'air par le nez.

- 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 fermement pour éviter toute fuite (fig.6.7).



Figure 6.7 : Bouche-à-bouche, insufflation



Figure 6.8 : Bouche-à-bouche, expiration

- **Insuffler progressivement** jusqu'à ce que la poitrine de la victime commence à se soulever. La durée de l'insufflation est de 1 seconde environ.
- **Se redresser légèrement**, reprendre son souffle tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser ; l'expiration de la victime est passive (fig. 6.8).

6.3.2 Le bouche-à-nez

Il est particulièrement indiqué si la bouche de la victime est traumatisée, ne peut pas être ouverte ou si le sauveteur a du mal à obtenir une étanchéité correcte lors du bouche à bouche.

Le bouche-à-nez et/ou certains dispositifs qui s'interposent entre la bouche du sauveteur et le visage de la victime peuvent être utilisés pour vaincre la répulsion qui pourrait conduire à l'abstention de la ventilation artificielle.

- 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.



Figure 6.9 : Bouche-à-nez, insufflation

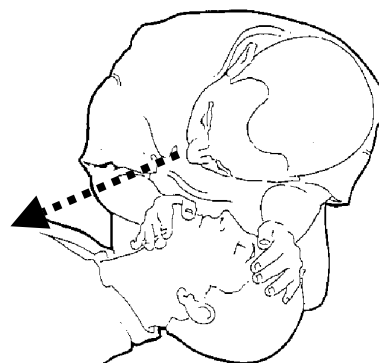


Figure 6.10 : Bouche-à-nez, expiration

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- Appliquer la bouche largement ouverte autour du nez de la victime (fig. 6.9).
- Insuffler progressivement, 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 (fig. 6.10).

Ventilation artificielle : points clés

Pour être efficace, les techniques de ventilation artificielle doivent respecter les points clés suivants :

- S'assurer que **les voies aériennes de la victime restent libres**, pour permettre le passage de l'air durant toute la manœuvre ;
- **Insuffler sans fuite** dans les voies aériennes de la victime, pour apporter suffisamment d'air aux poumons de la victime ;
- **Insuffler lentement et progressivement** jusqu'à ce que la poitrine de la victime commence à se soulever.

6.4 Défibrillation

6.4.1 Le défibrillateur automatisé externe et ses accessoires

Le défibrillateur automatisé externe (DAE) est un appareil capable (fig. 6.11) :

- D'analyser l'activité électrique du cœur de la victime ;
- De reconnaître une éventuelle anomalie du fonctionnement électrique du cœur à l'origine de l'arrêt cardiaque ;
- De se charger automatiquement ;
- De délivrer (défibrillateur entièrement automatique) ou d'inviter l'opérateur à délivrer (défibrillateur semi-automatique) le choc électrique (information vocale et visuelle), afin de restaurer une activité cardiaque efficace.

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 ;
- Eventuellement, d'un bouton qui permet d'administrer 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 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 sont 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 à l'endroit où l'on colle les électrodes.

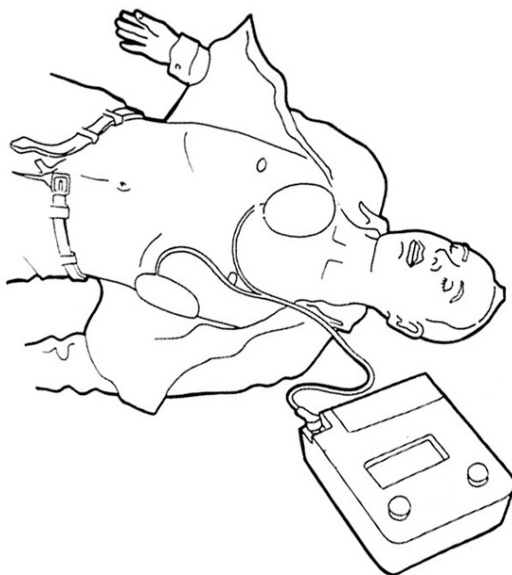


Figure 6.11 : Le défibrillateur automatisé externe

Actuellement, les DAE équipent tous les services de secours publics et tous les postes de secours tenus par les associations agréées de sécurité civile, lors des manifestations sportives ou de loisirs rassemblant de nombreuses personnes. Ils sont de plus en plus disponibles dans les lieux publics ou recevant du public comme :

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

Dans ces cas, les appareils sont parfois placés dans des armoires vitrées murales repérées par un logo facilement identifiable.

Ces armoires, facilement accessibles, sont proches d'un moyen d'alerte de secours.

6.4.2 Utilisation du DAE

Si un deuxième sauveteur est présent sur les lieux, il poursuivra ou débutera la RCP pendant la mise en place du défibrillateur.

Dès que le défibrillateur est disponible

- Mettre le défibrillateur en fonction (fig. 6.12), en appuyant sur le bouton marche/ arrêt.
- Suivre impérativement les indications vocales et/ou visuelles données par l'appareil. Elles permettent de réaliser les différentes opérations plus rapidement et en toute sécurité ;
- **Le DAE demande de mettre en place les électrodes et de les connecter ;**

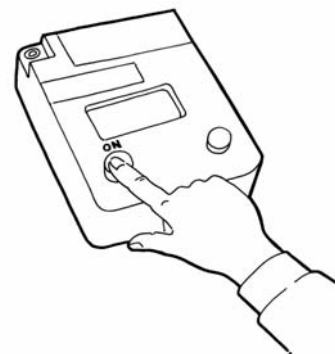


Figure 6.12

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

- Connecter les électrodes :
 - Enlever ou couper, à l'aide d'une paire de ciseaux, les vêtements recouvrant la poitrine de la victime si nécessaire (fig. 6.13) ;
 - Sortir les électrodes de leur emballage (fig. 6.14) ;
 - L'une après l'autre, enlever les pellicules de protection et coller chaque électrode, en appuyant fermement, sur le **thorax nu** de la victime (fig. 6.15).

La position des électrodes doit être conforme au schéma visible sur les électrodes ou sur leur emballage.

NB : Si la poitrine de la victime est humide ou mouillée, la sécher en utilisant les compresses ou le papier absorbant. Si la poitrine de la victime est particulièrement velue, raser la zone où les électrodes seront collées en utilisant le rasoir jetable.

Une fois connecté, le défibrillateur effectue une analyse du rythme cardiaque.



Figure 6.13 : Mettre à nu le thorax de la victime

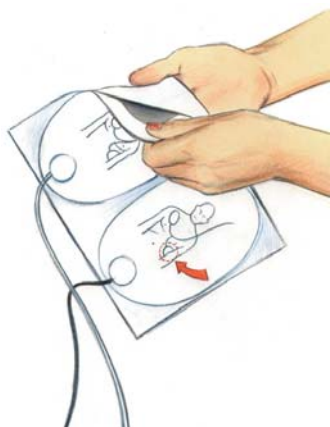


Figure 6.14 : Sortir les électrodes

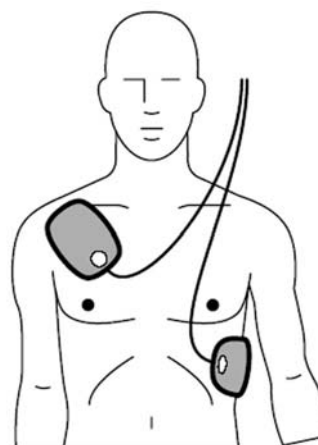


Figure 6.15 : Mise en place des électrodes

- **Le DAE lance l'analyse du rythme cardiaque et demande de ne pas toucher la victime ;**
- Respecter les recommandations sonores et éventuellement visuelles de l'appareil ;
- S'assurer que personne ne touche la victime lorsque l'appareil analyse le rythme cardiaque car tout mouvement de la victime pendant cette période peut fausser l'analyse.

Si le choc est nécessaire :

- **Le DAE annonce qu'un choc est indiqué et demande de se tenir à distance de la victime**
- S'assurer que personne ne touche la victime ; pour cela, le sauveteur annonce à haute voix : « écartez-vous ! ».
- Laisser le DAE déclencher le choc électrique ou appuyer sur le bouton « choc » clignotant quand l'appareil le demande (fig. 6.16).
- **Le DAE délivre le choc ;**
- **Débuter ou reprendre sans délai les manœuvres** de réanimation cardio-pulmonaire en commençant par les compressions thoraciques. Ne pas retirer les électrodes de défibrillation ;
- Continuer à suivre les recommandations de l'appareil.



Figure 6.16 : Appuyer sur le bouton

Si le choc n'est pas nécessaire :

Le DAE propose de réaliser les manœuvres de RCP :

- Débuter ou reprendre immédiatement **les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire en commençant par les compressions thoraciques**, ne pas retirer les électrodes de défibrillation ;
- Continuer tout en suivant les recommandations du défibrillateur.

Le défibrillateur peut demander d'arrêter la RCP pour réaliser une nouvelle analyse ou demander de rechercher des signes de vie.

Continuer à suivre les recommandations du DAE jusqu'à :

- L'arrivée des secours ;
- L'apparition de signes de vie qui imposeront l'installation de la victime en PLS et la surveillance permanente de sa respiration.

**Le défibrillateur automatisé externe doit rester allumé et en place.
En aucun cas, le sauveteur ne doit retirer les électrodes de la poitrine de la victime et/ou éteindre le défibrillateur automatisé externe**

7. LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT DE 1 À 8 ANS

7.1 Conduite à tenir

Chez l'enfant, la conduite à tenir devant un arrêt cardiaque diffère de celle l'adulte, car la cause la plus fréquente est un arrêt de la respiration.

Un enfant âgé de 1 à 8 ans s'effondre ou est retrouvé inerte et allongé sur le sol.

1- Réaliser la protection

Le sauveteur, la victime et les tiers sont en sécurité.

2- Apprécier l'état de conscience

L'enfant est **inconscient** : il ne crie pas, ne répond pas à une question simple et ne réagit pas quand on le lui demande (voir partie 5).

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

Cette action permet d'obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra alerter les secours et apporter le DAE.

4- Si nécessaire, mettre la victime sur le dos

5- Assurer IMMÉDIATEMENT la liberté des voies aériennes comme chez l'adulte :

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration.
- **Basculer** doucement la tête de l'enfant en arrière et élever le menton.

6- Apprécier la respiration tout en gardant le menton élevé pendant 10 secondes au plus (cf. partie 5) :

L'enfant **ne respire pas**, aucun souffle n'est perçu et aucun bruit n'est entendu. Ni le ventre, ni la poitrine de l'enfant ne se soulèvent pendant les 10 secondes que dure cette recherche.

7- Faire alerter les secours et réclamer un DAE :

En présence d'un témoin, ce dernier alerte les secours et se munit d'un DAE pour l'apporter au sauveteur, qui pendant ce temps pratique la RCP.

En l'absence de témoin, le sauveteur va débiter la RCP pendant 5 cycles (soit environ 2 minutes) avant de quitter la victime pour aller alerter les secours.

8- Pratiquer 5 insufflations initiales.

Le sauveteur doit réaliser 5 insufflations initiales avant de débiter les compressions thoraciques.

Au cours de ces 5 premières insufflations, le sauveteur sera attentif aux réactions de l'enfant (mouvements, toux et reprise de la respiration).

9- Pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire en associant des compressions thoraciques et une ventilation artificielle.

Poursuivre la réanimation :

- Allonger l'enfant sur le dos sur un plan dur, si ce n'est pas déjà le cas.
- Réaliser 30 compressions thoraciques (voir techniques des compressions thoraciques chez l'enfant).
- Après les compressions thoraciques, replacer la tête de l'enfant en arrière, élever le menton et réaliser 2 insufflations .
- Replacer, sans délai, la ou les mains sur la moitié inférieure du sternum et réaliser une nouvelle série de compressions thoraciques. Continuer ainsi en alternant 30 compressions avec 2 insufflations comme chez l'adulte .

La fréquence des compressions thoraciques est identique à celle de l'adulte. Elle doit être de 100 fois par minute.

10- Poursuivre la réanimation entreprise jusqu' :

- Au relais par les services de secours ;
- A la mise en œuvre d'un DAE ;
- A la reprise d'une respiration normale par la victime.

7.2 Techniques

7.2.1 Techniques de ventilation artificielle

Les techniques et les points clefs de la ventilation artificielle chez l'enfant sont identiques à celles de l'adulte. Cependant, le volume d'air insufflé pour entraîner un soulèvement de la poitrine est moindre.

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

- Placer le « talon » d'une main immédiatement en dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant (fig. 6.17) ;
- 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 bras tendu ;
- Réaliser les compressions thoraciques, à une ou deux mains (fonction de la force physique du sauveteur), pour « enfoncer » le sternum d'environ 1/3 de l'épaisseur du thorax de l'enfant ;
- Poursuivre les compressions thoraciques à une fréquence d'environ 100 fois par minute.
- Après 30 compressions enchaîner avec 2 insufflations.

Le thorax doit reprendre sa dimension initiale après chaque compression **qui doit impérativement être relâchée complètement** (le talon de la main qui comprime se décolle légèrement du thorax) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale, afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang.

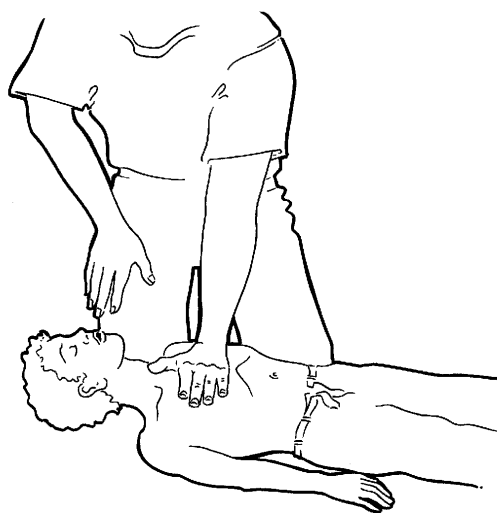


Figure 6.17 : Compressions thoraciques chez l'enfant

7.3 Défibrillation et enfant

7.3.1 Le défibrillateur automatisé externe et les accessoires enfants

La DAE chez l'enfant doit être réalisée avec des appareils adaptés (électrodes enfant, commande enfant...). Cependant, dans un but de sauvetage, si le sauveteur se trouve en présence d'un enfant en arrêt cardiaque et qu'il a en sa possession seulement un DAE « adulte », il pourra l'utiliser.

7.3.2 Utilisation du DAE

Dans tous les cas, avant de mettre en œuvre le DAE, le sauveteur réalisera 5 cycles de RCP. La conduite à tenir est ensuite identique à celle de l'adulte.

La position des électrodes collées sur la poitrine de l'enfant doit être conforme aux schémas du fabricant. Toutefois, chez le petit enfant ou si l'on utilise des électrodes adultes, le sauveteur placera une électrode en avant au milieu du thorax et l'autre au milieu du dos.

8. LA REANIMATION CARDIO-PULMONAIRE CHEZ LE NOURRISSON

8.1 Conduite à tenir

Chez le nourrisson, la conduite à tenir devant un arrêt cardiaque est identique à celle de l'enfant, seules les techniques de ventilation artificielle et de compressions thoraciques diffèrent.

Un nourrisson est retrouvé inerte sur le dos, habituellement dans son lit.

1- Apprécier l'état de conscience :

Le nourrisson est **inconscient** : il ne crie pas et ne se manifeste pas quand on l'appelle ou lorsqu'on le stimule.

2- Appeler « à l'aide » si vous êtes seul :

Cette action permet d'obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra alerter les secours.

3- Allonger le nourrisson sur le dos, si ce n'est pas déjà le cas

4- Assurer IMMÉDIATEMENT la liberté des voies aériennes :

- Desserrer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration.
- **Ramener** doucement la tête de l'enfant en position neutre (dans l'axe) et **élever le menton**.

5- Apprécier la respiration tout en gardant le menton élevé pendant 10 secondes au plus :

Le nourrisson **ne respire pas**, aucun souffle n'est perçu et aucun bruit n'est entendu. Ni le ventre, ni la poitrine du nourrisson ne se soulèvent pendant les 10 secondes que dure cette recherche.

6- Faire alerter les secours

En présence d'un témoin, ce dernier alerte les secours.

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

En l'absence de témoin, le sauveteur débute la RCP pendant 5 cycles (soit environ 2 minutes) avant de quitter la victime pour aller alerter les secours.

7- Pratiquer 5 insufflations initiales :

Le sauveteur doit réaliser 5 insufflations initiales avant de débiter les compressions thoraciques.

Au cours de ces 5 premières insufflations, le sauveteur sera attentif aux réactions du nourrisson (mouvements, toux et reprise de la respiration).

8- Pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire en associant des compressions thoraciques et une ventilation artificielle :

Poursuivre la réanimation :

- Réaliser 30 compressions thoraciques (voir techniques des compressions thoraciques chez le nourrisson) ;
- Après les compressions thoraciques, replacer la tête du nourrisson en position neutre, élever le menton et réaliser 2 insufflations ;
- Replacer sans délai les doigts sur la moitié inférieure du sternum et réaliser une nouvelle série de compressions thoraciques. Continuer ainsi en alternant 30 compressions avec 2 insufflations.

La fréquence des compressions thoraciques est identique à celle de l'adulte et de l'enfant. Elle doit être de 100 fois par minute.

8.2 Techniques

8.2.1 Techniques de ventilation artificielle : 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 (fig. 6.18).

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 ;
- Le volume des insufflations est plus faible que chez l'adulte pour voir la poitrine commencer à se soulever.

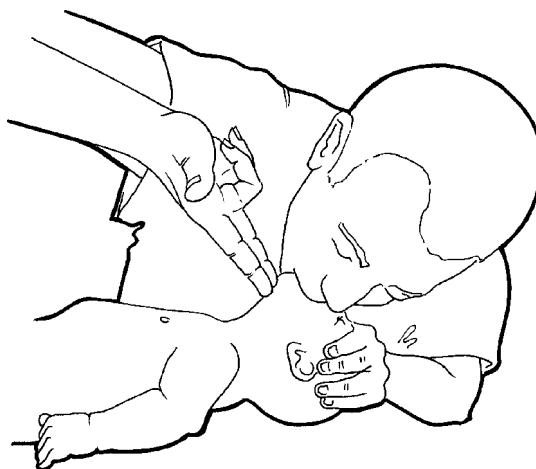


Figure 6.18 : Bouche-à-bouche-et-nez, insufflation

8.2.2 Technique 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 (Fig. 6.19).
- Comprimer régulièrement le sternum avec la pulpe des deux doigts, d'environ 1/3 de l'épaisseur du thorax du nourrisson, à une fréquence de 100 fois par minute.
- Après 30 compressions, ramener la tête du nourrisson en position neutre, élever le menton et réaliser 2 insufflations.
- Replacer la pulpe des doigts immédiatement à la bonne position et réaliser 30 nouvelles compressions.
- Continuer d'alterner 30 compressions sternales avec 2 insufflations comme chez l'adulte et l'enfant.

Le thorax doit reprendre sa dimension initiale après chaque compression **qui doit impérativement être relâchée complètement** (la pulpe des doigts qui compriment se décolle légèrement du thorax) pour que l'efficacité des compressions thoraciques soit maximale, afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang.

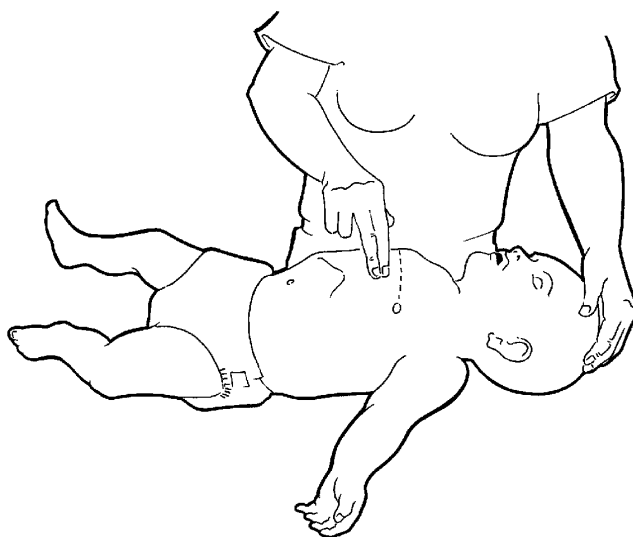


Figure 6.19 : Compressions thoraciques chez le nourrisson

8.3 Défibrillation et nourrisson

Le DAE **n'est jamais utilisé** chez un nourrisson (< 1 an).

9. CAS PARTICULIERS

9.1 Procédure de RCP

Le ventre et la poitrine de la victime ne se soulèvent pas lors des insufflations :

- Ouvrir la bouche et contrôler la présence éventuelle d'un corps étranger. Si nécessaire, le retirer avec les doigts (fig. 6.20).
- S'assurer que la tête de la victime est en bonne position et que son menton est élevé.

- Effectuer deux insufflations. Quelque soit leur efficacité, commencer immédiatement la RCP. Toutefois, après chaque série de 30 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 obstruction totale des voies aériennes ayant entraîné une inconscience et un arrêt de la respiration de la victime (voir partie 3). Les compressions thoraciques auront la même efficacité que les compressions abdominales dans la méthode de Heimlich.



Figure 6.20 : Retirer un corps étranger à l'aide des doigts

9.2 Cas particuliers avec le DAE

9.2.1 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 pour améliorer l'efficacité du choc électrique.

9.2.2 Le sauveteur constate une cicatrice et perçoit un boîtier sous la peau à l'endroit où il doit poser l'électrode sous la clavicule droite :

Le sauveteur colle l'électrode à environ 1 cm sous la bosse perçue.

9.2.3 La victime est allongée sur une surface en métal :

Si c'est possible et si besoin en se faisant aider, le sauveteur déplace la victime ou glisse un tissu sous elle (couverture...) avant de débiter la défibrillation.

L'efficacité d'un choc électrique sur une victime allongée sur une surface en métal est très diminuée. Il n'existe pas de risque réel pour le sauveteur.

9.2.4 La victime est allongée sur un sol mouillé (bord de piscine, pluie...) :

Si c'est possible et si besoin en se faisant aider, le sauveteur déplace la victime pour l'allonger sur une surface sèche.

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

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.

9.2.5 Au cours de l'analyse ou du choc, le DAE détecte un mouvement :

Vérifier les signes de vie, ne pas toucher la victime au cours de l'analyse ou lors de la délivrance du choc par le DAE.

9.2.6 Après avoir collé et connecté les électrodes au DAE, l'appareil demande toujours de les connecter :

Vérifier si les électrodes sont bien collées et si le câble des électrodes est correctement connecté au DAE, ou que la date de péremption des électrodes ne soit pas dépassée. Dans ce dernier cas, utiliser la seconde paire d'électrodes.

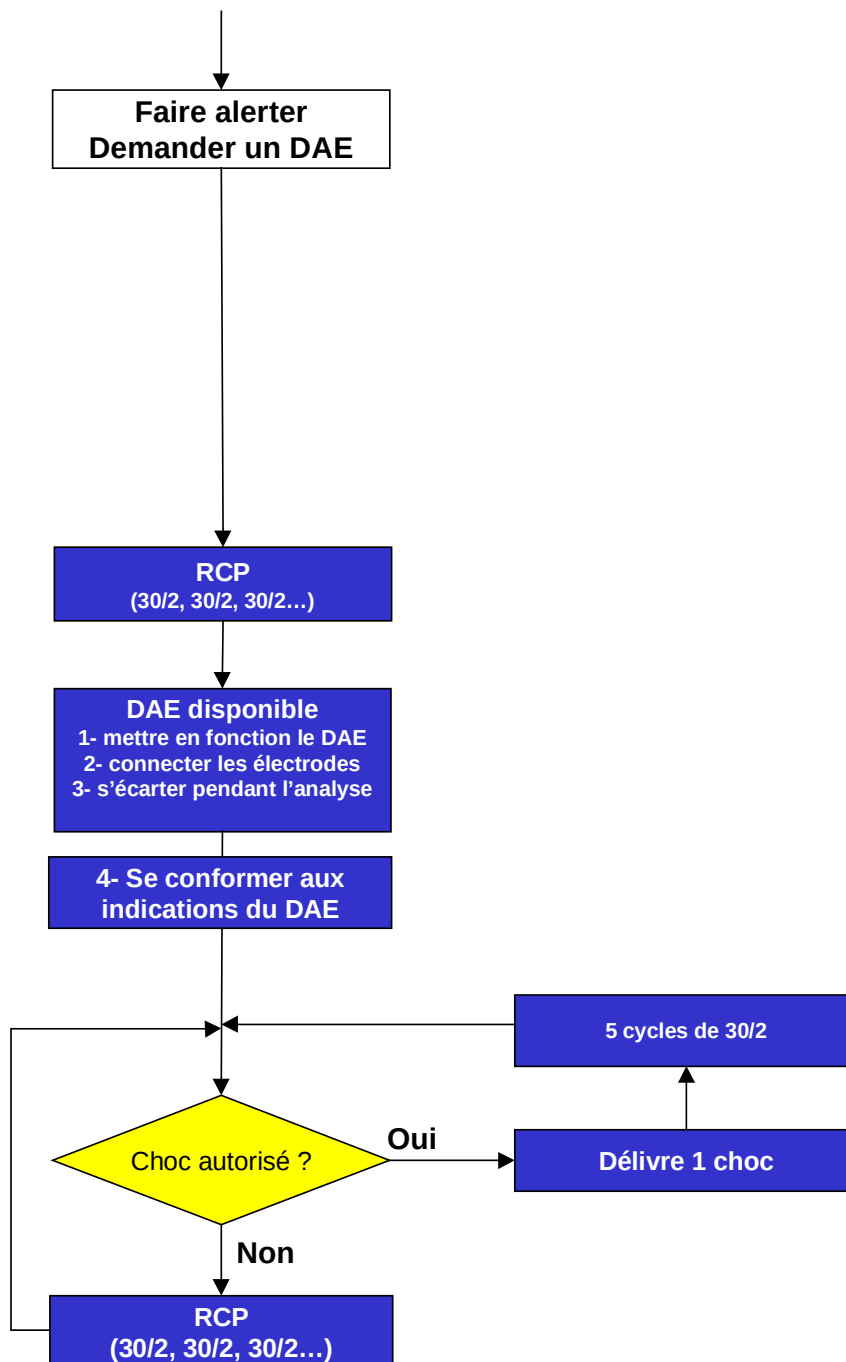
10. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS

10.1 Arrêt cardiaque chez l'adulte

La victime inconsciente
ne respire plus



Maintenir la victime
en vie, pratiquer la
RCP et mettre en
œuvre un DAE

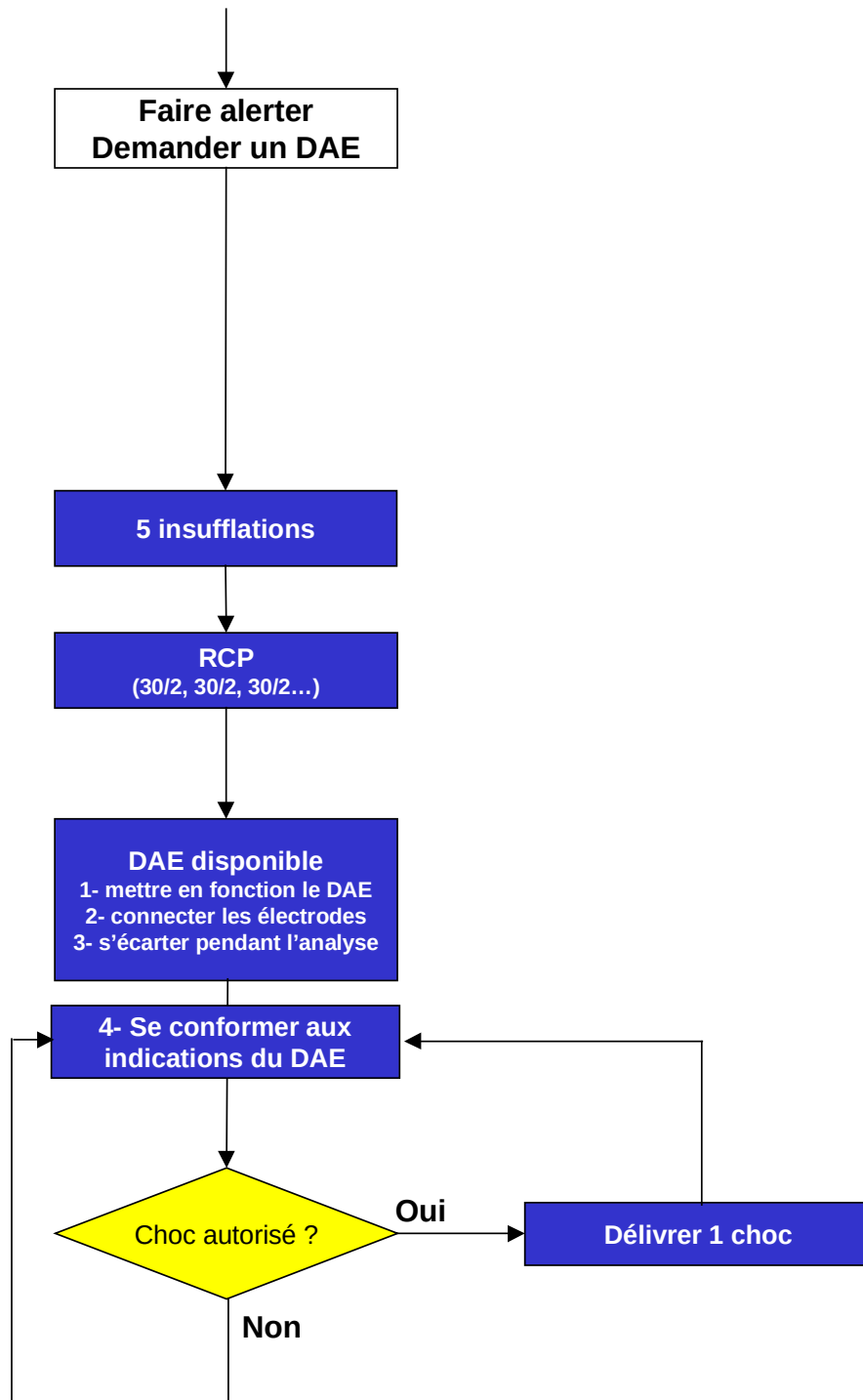


10.2 Arrêt cardiaque chez l'enfant

La victime inconsciente
ne respire plus



Maintenir la victime
en vie, pratiquer la
RCP et mettre en
œuvre un DAE



PARTIE 7

LA VICTIME SE PLAINT D'UN MALAISE

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de :

- Observer une personne victime d'un malaise, lui poser les questions essentielles, la mettre au repos et l'installer en position d'attente avant d'appeler le Samu - centre 15 et de suivre les conseils du médecin régulateur.

2. SITUATION

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

3. 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 et/ou de survenue brutale ou progressive.

Un malaise traduit une défaillance, temporaire ou durable, d'une partie de l'organisme. Certaines personnes présentent des malaises répétitifs et souvent identiques (cardiaques, diabétiques ou asthmatiques).

4. 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 et un appel au SAMU-Centre 15.

5. PRINCIPE DE L'ACTION DE SECOURS

Devant un malaise, le sauveteur doit tout mettre en œuvre pour :

- Mettre au repos la victime ;
- Recueillir les informations nécessaires ;
- Transmettre ces informations lors de l'alerte afin d'obtenir un avis médical.

6. CONDUITE À TENIR

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

6.1 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 en appelant le 15.

La victime réagit et répond aux questions. Quatre situations peuvent se présenter :

- Elle ressent une **douleur serrant la poitrine** ou une douleur du ventre intense, ou un mal de tête intense et inhabituel, 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/ou a la **bouche déformée**.

6.2 Mettre la victime au repos

La victime doit être **mise au repos immédiatement**. **Desserrer éventuellement le col, la ceinture et tout vêtement gênant la respiration.**

Il faut la rassurer en lui parlant sans énervement et 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.

6.3 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 les transmettre lors de l'alerte :

- « 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 récemment hospitalisé ? ».

6.4 Prendre un avis médical

Le sauveteur doit obtenir immédiatement un avis médical et appeler le 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. Grâce aux téléphones portables, le médecin pourra parler directement à la personne sans la faire déplacer.

6.5 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, elle est inconsciente : Vérifier la présence de la respiration et mettre la personne en position latérale de sécurité.
- Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

7. 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.

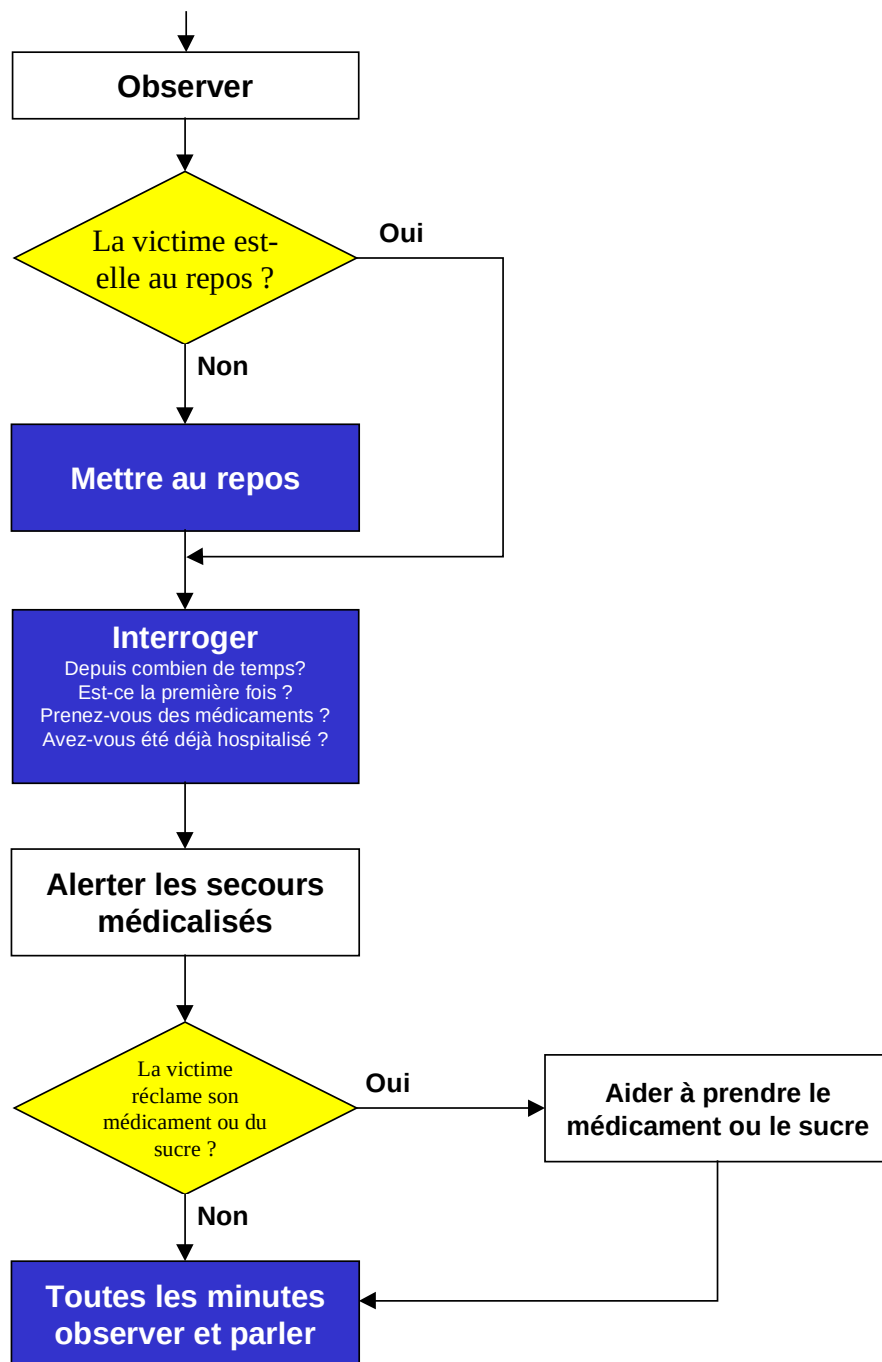
- Si une victime le demande, ou sur consigne d'un médecin préalablement alerté, il faut **aider la personne à prendre ce traitement** en respectant les doses prescrites par son médecin.
- De même, si une victime **demande spontanément du sucre**, lui en donner, de préférence en morceaux.

8. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS

La victime se plaint
d'un malaise



Informez et évitez
l'aggravation



PARTIE 8

LA VICTIME SE PLAINT APRÈS UN TRAUMATISME

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de :

- 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 ;
- Eviter toute mobilisation d'une personne victime d'une atteinte traumatique des os ou des articulations, en attendant les secours.

2. SITUATION

La victime est consciente et se plaint après un traumatisme.

3. LA VICTIME PRÉSENTE UNE PLAIE

3.1 Définition

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

Les plaies sont généralement secondaires à un traumatisme. Elles sont provoquées par :

- Une coupure ;
- Une éraflure ;
- Une morsure ;
- Une piqûre.

3.2 Risques

Suivant son importance et sa localisation, la plaie peut être à l'origine d'aggravation immédiate de l'état de la victime, comme une hémorragie, 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 antitétanique, effectuée tous les 10 ans, protège du tétanos.

Si le sujet n'a pas été vacciné ou si la vaccination **date de plus de 5 ans, consulter un médecin.**

3.3 Principes de l'action de secours

Devant une victime qui se plaint après un traumatisme, le sauveteur doit :

- Empêcher l'aggravation en évitant toute mobilisation intempestive ;
- Demander un avis médical.

3.4 Signes

Le sauveteur doit pouvoir distinguer deux types de plaies :

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

- De sa localisation :
 - Au cou, à l'œil ou à la face ;
 - Au thorax ;
 - A 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...

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

3.5 Conduite à tenir

3.5.1 La victime qui 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 partie 4).

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

a) *Plaie du thorax* : Position demi assise (fig. 8.1) pour rendre la respiration de la victime plus facile.

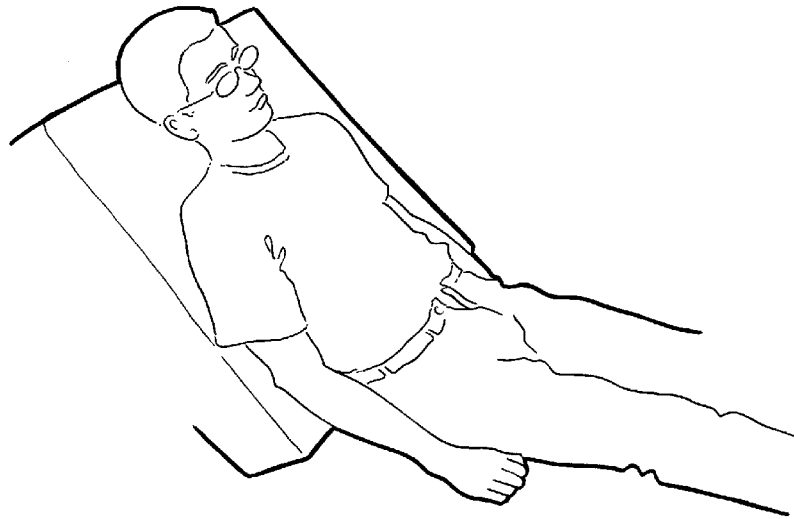


Figure 8.1 : Position demi assise

b) Plaie de l'abdomen : Position à plat dos, ainsi que cuisses et genoux fléchis (fig. 8.2) pour relâcher les muscles de l'abdomen et diminuer la douleur.



Figure 8.2 : Cuisse et genoux fléchis

c) Plaie de l'œil : Allonger à plat dos, avec la 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.

d) 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 réconforter.
 - Si elle parle, elle est consciente : Poursuivre la surveillance et lui expliquer ce qui se passe.
 - Si elle ne répond plus, elle est inconsciente : Pratiquer les gestes qui s'imposent. Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

3.5.2 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 infirmier.

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

- **Protéger par un pansement adhésif** (fig. 8.3) si la plaie risque d'être à nouveau souillée (ce pansement n'adhérera correctement que lorsque la peau aura séché).
- **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, si elle continue de faire mal et/ou si une fièvre apparaît dans les jours qui suivent, consulter sans tarder un médecin.**

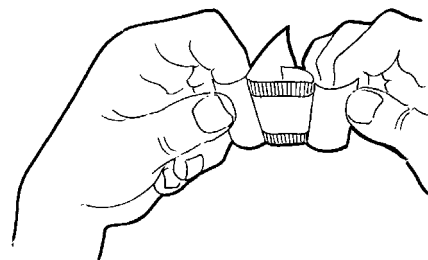


Figure 8.3 : Pansement adhésif

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 ;
- De toujours se laver les mains et les désinfecter (eau de javel ou désinfectant incolore) le plus tôt possible.

4. LA VICTIME PRESENTE UNE BRULURE

4.1 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.

4.2 Risques

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

- De dangers immédiats comme une défaillance circulatoire si la brûlure est étendue, ou comme 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.

4.3 Signes

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

4.3.1 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 ou 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.

4.3.2 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 (fig. 8.4).

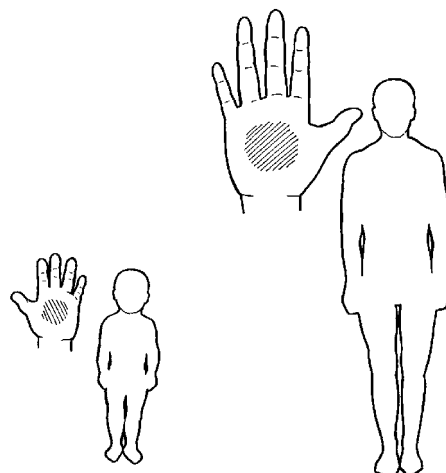


Figure 8.3 : Evaluation de la surface d'une cloque

4.4 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** (fig. 8.5).

Refroidir les brûlures venant de se produire avec de l'eau, par exemple de l'eau froide du robinet, en laissant couler l'eau sans pression sur la brûlure jusqu'à l'obtention d'un avis médical.

L'arrosage immédiat d'une brûlure diminue l'extension de la brûlure, limite ses conséquences et soulage la douleur.

S'il s'agit d'une **brûlure simple**, l'arrosage peut être poursuivi plus longtemps jusqu'à disparition de la douleur.

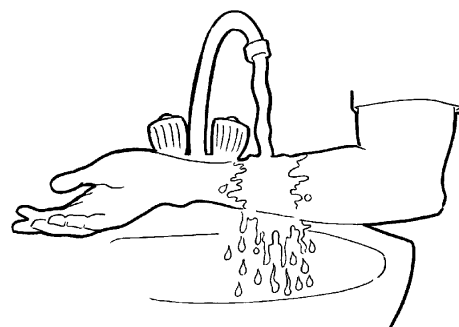


Figure 8.5 : Arrosage à l'eau

Arrosage : points clés

- L'arrosage est immédiat ;
- L'arrosage porte sur la surface brûlée ;
- Jusqu'à l'avis médical.

- **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.

- **Evaluer la gravité de la brûlure et agir :**

a) La brûlure est grave :

- Alerter les secours ;
- Après l'arrosage, sauf gêne respiratoire, allonger la victime sur la région non brûlée ou dans la position où elle se sent le mieux, si possible sur un drap propre ;
- Surveiller la victime, de manière continue, toutes les 2 minutes au moins, lui parler et 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, elle est inconsciente : Pratiquer les gestes qui s'imposent. Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

b) La brûlure est simple :

- Protéger la brûlure ;
- Ne pas percer la cloque et 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.

Ne rien mettre, en dehors de l'eau, sur la brûlure avant l'obtention d'un avis médical.

4.5 Cas particuliers

4.5.1 Brûlures par produits chimiques

- **Projection sur la peau et les vêtements :** ôter en se protégeant ou faire ôter immédiatement les vêtements imbibés de produit 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 sans avis médical, surveiller la victime et garder l'emballage du produit chimique en cause et le produit restant.
- Demander un avis médical et suivre les conseils donnés.

4.5.2 Brûlures électriques

Il s'agit toujours d'une brûlure grave.

- Demander un avis médical et suivre les conseils donnés.

4.5.3 Brûlures internes par inhalation

- Placer la victime en position demi assise, si elle a du mal à respirer.
- Demander un avis médical et suivre les conseils donnés.

5. LA VICTIME SE PLAINT APRES UN TRAUMATISME DES OS OU DES ARTICULATIONS

5.1 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.

5.2 Risques

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

5.3 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.

5.4 Principe de l'action de secours

- Ne pas mobiliser la victime.

5.5 Conduite à tenir

5.5.1 Le blessé a fait une chute, est étendu sur le sol et se plaint du dos, de la nuque et/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, en particulier de la tête ;
- Faire alerter les secours d'urgence ;
- **Immobiliser** la tête dans la position où elle se trouve, **en permanence**, avec les deux mains placées de chaque côté de celle-ci. Le sauveteur est à genoux derrière le blessé (fig. 8.6).
- Surveiller la victime de manière continue, lui parler régulièrement et 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, elle est inconsciente : Pratiquer les gestes qui s'imposent. Signaler l'aggravation en rappelant les secours.

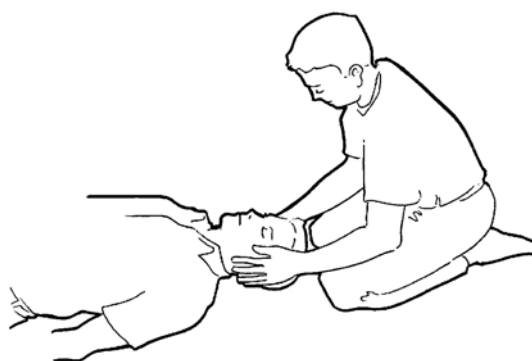


Figure 8.6 : Maintien de la tête

Maintien de la tête : points clés

- la tête reste immobile
- le maintien est permanent.

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

- Une agitation ou une prostration ;
- Des vomissements ;
- Des maux de tête persistants ;
- Une diminution de la force musculaire ou un engourdissement.

La victime peut ne pas se souvenir de l'accident. Dans ce cas il faut :

- Lui demander de s'allonger ;
- Demander un avis médical en appelant le SAMU-Centre 15. ;
- 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.

5.5.3 La victime se plaint d'un traumatisme de membre :

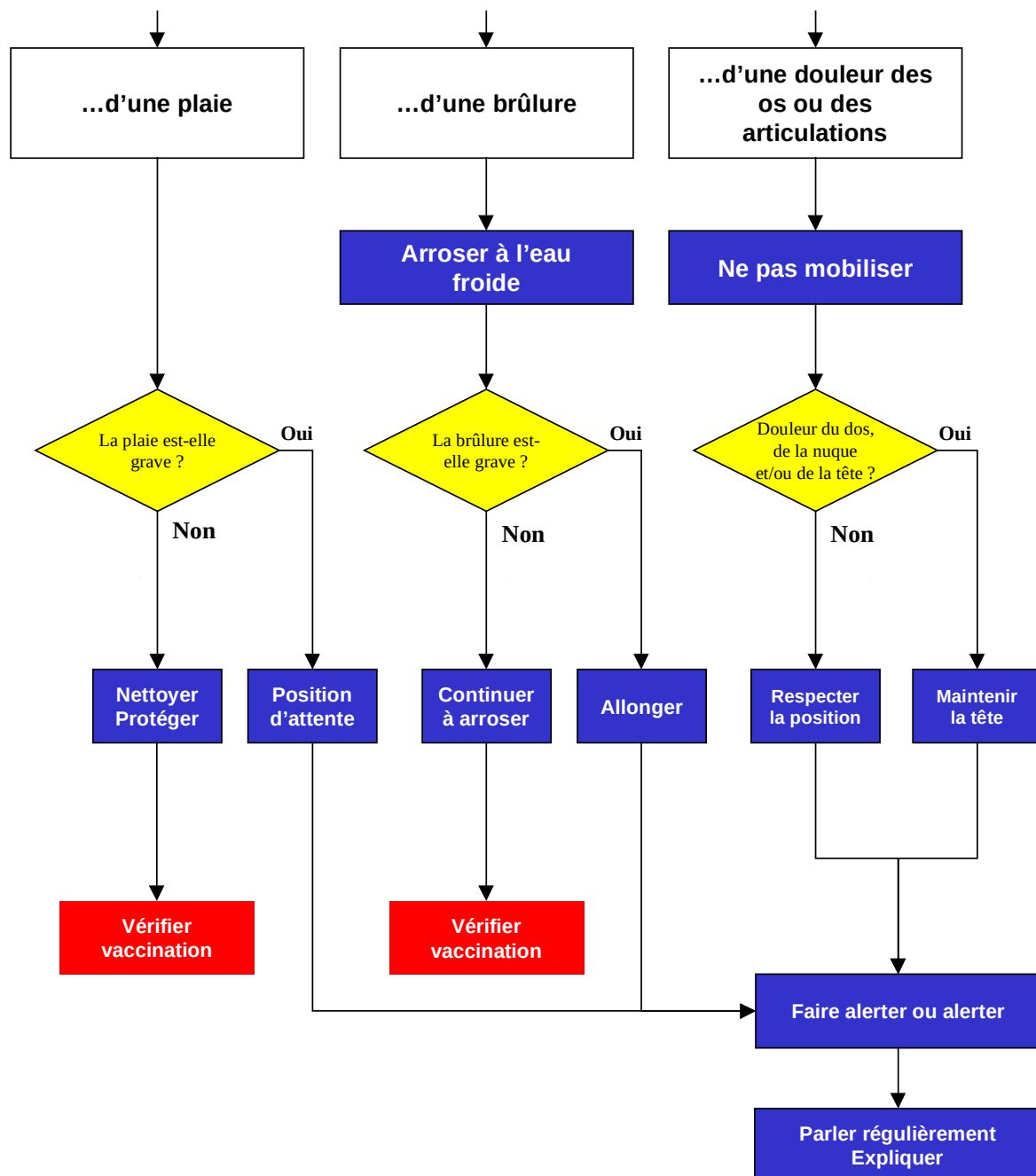
- Interdire toute mobilisation du membre atteint ;
- Faire alerter les secours ou demander un avis médical ;
- Suivre les conseils donnés par les secours ;
- Surveiller la victime en lui parlant régulièrement ;
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur et les intempéries.

6. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS

La victime se plaint après un traumatisme...



Éviter une aggravation



TITRE 3

ANNEXES

ANNEXE A

GESTES DE RÉANIMATION EN FONCTION DE L'ÂGE

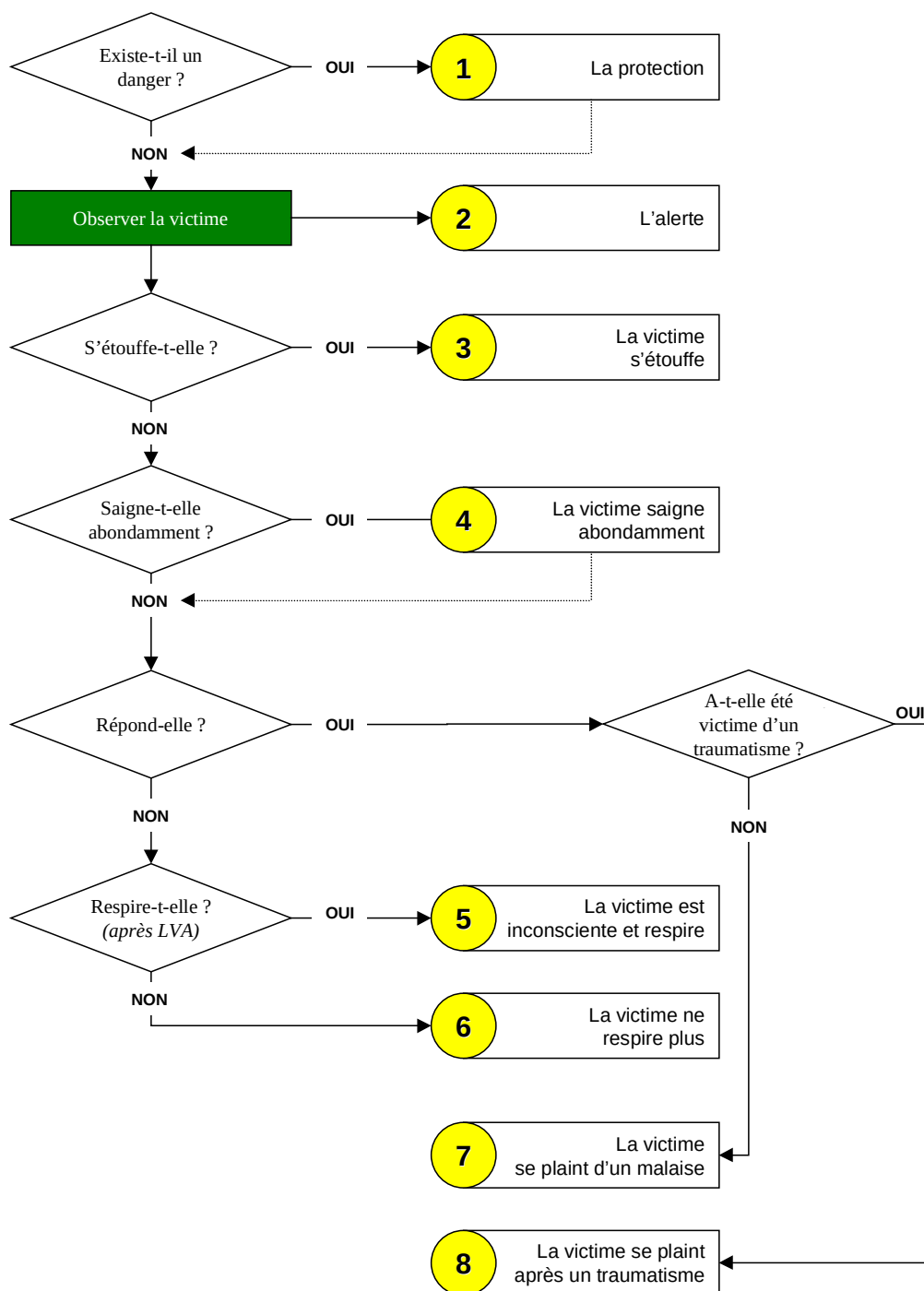
Le tableau ci après constitue un récapitulatif de données contenues dans le présent référentiel national de compétences de sécurité civile. Ces indications synthétisent les gestes de réanimation qui sont propre en fonction de l'âge de la victime : Adulte, enfant et nourrisson.

PRÉVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1

Gestes de secours	Adulte et enfant de plus de 8 ans	Enfant de 1 à 8 ans	Nourrisson (0 à 1 an)
Obstruction grave et brutale des voies aériennes par un corps étranger.	5 claques dans le dos. 5 compressions abdominales.	5 claques dans le dos. 5 compressions abdominales.	5 claques dans le dos. 5 compressions thoraciques.
Apprécier l'inconscience.	Poser une question. Lui demander de serrer la main.	Poser une question. Lui demander de serrer la main.	L'appeler. Lui prendre la main.
Assurer la liberté des voies aériennes. Appeler « à l'aide ».	Basculer la tête en arrière et élever le menton.	Basculer la tête en arrière et élever le menton.	Basculer la tête en arrière et élever le menton.
Apprécier la respiration.	Regarder les mouvements de la poitrine et de l'abdomen, écouter et sentir l'air expiré.	Regarder les mouvements de la poitrine et de l'abdomen, écouter et sentir l'air expiré.	Regarder les mouvements de la poitrine et l'abdomen, écouter et sentir l'air expiré.
Si la victime respire, l'installer en position latérale de sécurité.	Position sur le côté, stable, maintien de la colonne cervicale, bouche ouverte tournée vers le sol, contrôle de la respiration possible.	Position sur le côté, stable, maintien de la colonne cervicale, bouche ouverte tournée vers le sol, contrôle de la respiration possible.	Position sur le côté, stable, maintien de la colonne cervicale, bouche ouverte tournée vers le sol, contrôle de la respiration possible.
Si la victime ne respire pas, faire alerter les secours et réaliser une série de compressions thoraciques : - Zone d'appui :	Victime sur un plan dur. Au centre du thorax.	Commencer par 5 insufflations initiales . Victime sur un plan dur. Immédiatement en dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant. Talon d'une ou de deux main(s). Relâcher le thorax complètement.	Commencer par 5 insufflations initiales . Victime sur un plan dur. Immédiatement en dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons du nourrisson. Pulpe de 2 doigts. Relâcher le thorax complètement
- Méthode de compression :	Talon d'une main, l'autre main est placée sur la première. Relâcher le thorax complètement.	1/3 de l'épaisseur du thorax de l'enfant.	1/3 de l'épaisseur du thorax du nourrisson.
- Amplitude de compression :	4 à 5 cm.	Environ 100 fois par minute.	Environ 100 fois par minute.
- Fréquence des compressions :	Environ 100 fois par minute.		
Après la première série de compressions thoraciques, réaliser 2 insufflations. - Durée :	2 insufflations efficaces (1 seconde par insufflation).	2 insufflations efficaces (1 seconde par insufflation).	2 insufflations efficaces (1 seconde par insufflation).
- Techniques :	Bouche-à-bouche ou bouche-à-nez.	Bouche-à-bouche ou bouche-à-nez.	Bouche-à-bouche et nez.
- Efficacité :	Début de soulèvement de la poitrine.	Début de soulèvement de la poitrine.	Début de soulèvement de la poitrine.
Poursuivre en alternant compressions thoraciques et insufflations.	30 compressions thoraciques puis 2 insufflations	30 compressions thoraciques puis 2 insufflations	30 compressions thoraciques puis 2 insufflations
Utiliser un DAE :		Réaliser 5 cycles de 30/2 de RCP avant d'installer le DAE	Pas d'utilisation du DAE chez le nourrisson.
- Position des électrodes :	Sur le thorax nu, une sous la clavicule droite, l'autre sous l'aisselle gauche.	Sur le thorax nu, électrodes à l'emplacement indiqué sur le schéma.	
- Délivrance du choc :	Suivre les recommandations de l'appareil. 5 cycles de 30/2 immédiatement après un choc	Suivre les recommandations de l'appareil. 5 cycles de 30/2 immédiatement après un choc	
Si le sauveteur est seul, l'alerte est donnée :	Après avoir constaté l'absence de respiration.	Après 5 cycles de 30/2 de RCP.	Après 5 cycles de 30/2 de RCP.

ANNEXE B

SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS DU PSC 1



REMERCIEMENTS

Un grand remerciement aux experts et spécialistes qui ont collaboré à la rédaction de ce référentiel national de compétences de sécurité civile et qui appartiennent aux organismes publics habilités et aux associations nationales agréées pour les formations aux premiers secours, siégeant à l'Observatoire National du Secourisme, dont les noms suivent :

- Association défense et secourisme ;
- Association nationale des centres d'enseignement de soins d'urgence ;
- Association nationale des instructeurs et moniteurs de secourisme ;
- Association nationale des premiers secours ;
- Bataillon des marins-pompiers de Marseille ;
- Brigade de sapeurs-pompiers de Paris ;
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – Direction des risques professionnels ;
- Centre français de secourisme ;
- Croix-rouge française ;
- Electricité de France ;
- Gaz de France ;
- Fédération française de sauvetage et de secourisme ;
- Fédération nationale de 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 : Centre d'instruction santé de l'armée de terre ;
- Ministère de l'éducation nationale ;
- Ministère de l'intérieur : Direction générale de la police nationale, Direction de la défense et de la sécurité civiles ;
- Ministère de la santé et des solidarités ;
- 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.

Reproduction autorisée

Coordinateur : Eric DUFÈS
Chef de projet : Daniel MEYRAN
Illustration de couverture : René DOSNE

1^{ère} édition
Dépôt légal – janvier 2007

I.S.B.N. 978-2-11-09 6776-3

Le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à la
« Prévention et secours civiques de niveau 1 »
a été élaboré par :

La direction de la défense et de la sécurité civiles,
Sous-direction des sapeurs-pompiers et des acteurs du secours,
Bureau du volontariat, des associations et des réserves communales,
Section du secourisme et des associations de sécurité civile,
avec le concours de l'observatoire national du secourisme.

Il peut être consulté sur le site du ministère de l'intérieur :

www.interieur.gouv.fr