



MINISTÈRE
DE
L'INTÉRIEUR

RECOMMANDATIONS

DE LA DIRECTION GÉNÉRALE
DE LA SÉCURITÉ CIVILE
ET DE LA GESTION DES CRISES



relatives aux unités d'enseignement

" PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE " **(PSE1 ET PSE2)**

Fiches modifiées - édition septembre 2019



DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA GESTION DES CRISES

Suivi des mises à jour

Dans le cadre de l'actualisation des recommandations, certaines fiches ont fait l'objet de modifications, ce qui nécessite la publication d'une nouvelle version.

La numérotation de celles-ci doit faciliter les organismes habilités et les associations agréées à la formation aux premiers secours de diffuser, de façon simplifiée, les nouveaux contenus de ces fiches à leurs formateurs pour qu'ils puissent prendre connaissance des modifications à mettre en œuvre lors des actions de formation.

A titre d'information, la numérotation des versions est définie comme suit :

- Lorsque **le premier chiffre est modifié**, il s'agit de changements nécessitant une formation spécifique pratique des formateurs, par exemple, dans le cadre d'une formation continue selon la période de publication de ces recommandations ;

VERSION 1.1.1 DEVIENT 2.1.1

- Lorsque **le chiffre situé au milieu est modifié**, il s'agit de changements nécessitant une information des formateurs par l'autorité d'emploi ;

VERSION 1.1.1 DEVIENT 1.2.1

- Lorsque **le dernier chiffre est modifié**, il s'agit de changements mineurs et portent sur de la tournure de phrase, correction orthographique notamment

VERSION 1.1.1 DEVIENT 1.1.2

De même, des nouvelles fiches ont été élaborées et devront également être mises en œuvre par les formateurs. Elles sont indexées ^N :

1.1.1 ^N

Afin de suivre, au fil du temps, la publication des fiches procédures et techniques, vous trouverez ci-après le tableau permettant de s'assurer de la version en vigueur.

1.1 - BILANS					VERSION	MISE A JOUR
AC	01	G	01	Généralités sur les bilans	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	B	01	Bilan circonstanciel	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	B	02	Bilan d'urgence vitale	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	B	03	Bilan complémentaire suite à un malaise ou à l'aggravation d'une maladie	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	B	04	Bilan complémentaire suite à un traumatisme	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	S	01	Surveillance de la victime	1.2.1	Septembre 2019
PR	01	T	01	Transmission du bilan	1.2.1	Septembre 2019

1.2 - PROTECTION ET SECURITE					VERSION	MISE A JOUR
AC	02	P	01	Protection individuelle de l'intervenant	1.2.1	Juin 2018
PR	02	S	01	Sécurité sur intervention	1.2.1	Juin 2018
PR	02	P	05	Protection d'un accident électrique	1.2.1	Juin 2018
PR	02	P	04	Protection d'un accident de la route	1.2.1	Juin 2018
PR	02	P	01	Protection contre le monoxyde de carbone	1.2.1	Juin 2018
PR	02	P	03	Protection contre l'incendie	1.2.1	Juin 2018
PR	02	P	02	Protection contre les substances dangereuses	1.1.1	Septembre 2014

1.3 - HYGIENE ET ASEPSIE					VERSION	MISE A JOUR
AC	03	A	01	Accident d'exposition à un risque viral	1.1.1	Septembre 2014
PR	03	A	01	Accident d'exposition à un risque viral	1.1.1	Septembre 2014
AC	03	R	01	Risque infectieux	1.1.1	Septembre 2014
PR	03	P	02	Précautions <i>standards</i> contre le risque infectieux	1.1.1	Septembre 2014
PR	03	P	01	Précautions <i>particulières</i> contre le risque infectieux	1.1.1	Septembre 2014

1.4 - URGENCES VITALES					VERSION	MISE A JOUR
AC	04	A	01	Arrêt cardiaque	2.1.1	Juin 2018
PR	04	A	01	Arrêt cardiaque chez l'adulte	2.1.1	Juin 2018
PR	04	A	02	Arrêt cardiaque chez l'adulte en sauveteur isolé	2.1.1	Juin 2018
PR	04	A	03	Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson	1.2.1	Juin 2018
PR	04	A	04	Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé	1.2.1	Juin 2018
AC	04	D	01	Détresse circulatoire	1.2.1	Juin 2018
PR	04	D	01	Détresse circulatoire	1.2.1	Juin 2018
AC	04	D	02	Détresse neurologique	1.1.2	Juin 2018
PR	04	D	02	Détresse neurologique	1.1.2	Juin 2018
AC	04	D	03	Détresse respiratoire	1.1.2	Juin 2018
PR	04	D	04	Détresse respiratoire	1.1.2	Juin 2018
AC	04	H	02	Hémorragie externe	1.2.1	Juin 2018
PR	04	H	05	Hémorragie externe	2.1.1	Juin 2018

AC	04	H	01	Hémorragies extériorisées	1.1.2	Juin 2018
----	----	---	----	---------------------------	-------	-----------

1.4 - URGENCES VITALES					VERSION	MISE A JOUR
PR	04	H	01	Hémorragie extériorisée par la bouche	1.2.1	Juin 2018
PR	04	H	02	Hémorragie extériorisée par le conduit d'oreille	1.1.1	Septembre 2014
PR	04	H	03	Hémorragie extériorisée par le nez	1.2.1	Juin 2018
PR	04	H	06	Hémorragie vaginale	1.1.1	Septembre 2014
PR	04	H	04	Hémorragies extériorisées - Autres types	1.1.1	Septembre 2014
AC	04	O	01	Obstruction brutale des voies aériennes par un corps étranger	1.1.2	Juin 2018
PR	04	O	01	Obstruction partielle des voies aériennes	1.1.2	Juin 2018
PR	04	O	02	Obstruction aiguë des voies aériennes	1.2.1	Juin 2018
AC	04	P	01	Perte de connaissance	1.2.1	Septembre 2019
PR	04	P	01	Perte de connaissance	1.1.2	Septembre 2019
PR	04	P	02	Perte de connaissance en sauveteur isolé	1.2.1	Septembre 2019
AC	04	S	01	Section de membre	1.1.1	Septembre 2014
PR	04	S	01	Section de membre	1.2.1	Juin 2018

1.5 - MALAISES ET AFFECTIONS SPECIFIQUES					VERSION	MISE A JOUR
AC	05	A	01	Accident vasculaire cérébral	1.1.1	Juin 2018
PR	05	A	01	Accident vasculaire cérébral	1.1.1	Juin 2018
AC	05	C	01	Crise convulsive généralisée	1.2.1	Juin 2018
PR	05	C	01	Crise convulsive généralisée	1.2.1	Juin 2018
AC	05	C	02	Crise d'asthme	1.2.1	Juin 2018
PR	05	C	02	Crise d'asthme	1.2.1	Juin 2018
AC	05	D	01	Douleur thoracique (non traumatique)	1.1.1	Juin 2018
PR	05	D	01	Douleur thoracique (non traumatique)	1.1.1	Juin 2018
AC	05	M	01	Malaise hypoglycémique chez le diabétique	2.1.1	Juin 2018
PR	05	M	01	Malaise hypoglycémique chez le diabétique	2.1.1	Juin 2018
AC	05	M	02	Malaise et aggravation de maladie	1.2.1	Juin 2018
PR	05	M	02	Malaise et aggravation de maladie	1.1.1	Septembre 2014
AC	05	R	01	Réaction allergique grave : anaphylaxie	1.2.1	Juin 2018
PR	05	R	01	Réaction allergique grave	1.2.1	Juin 2018

1.6 - ATTEINTES CIRCONSTANCIELLES					VERSION	MISE A JOUR
AC	06	A	01	Accident électrique	1.2.1	Juin 2018
PR	06	A	01	Accident électrique	1.2.1	Juin 2018
AC	06	A	02	Accidents liés à la plongée	1.2.1	Juin 2018
PR	06	A	02	Accidents liés à la plongée	1.2.1	Juin 2018
AC	06	A	03	Accouchement inopiné	1.1.1	Septembre 2014
PR	06	A	01	Accouchement inopiné	1.2.1	Juin 2018
PR	06	A	03	Prise en charge du nouveau-né à la naissance	2.1.1	Juin 2018
AC	06	A	04	Affections liées à la chaleur	1.2.1	Juin 2018
PR	06	C	01	Crampe	1.2.1	Juin 2018

1.6 - ATTEINTES CIRCONSTANCIELLES					VERSION	MISE A JOUR
PR	06	I	01	Insolation	1.2.1	Juin 2018
PR	06	H	01	Coup de chaleur et hyperthermie maligne d'effort	1.2.1	Juin 2018
AC	06	C	01	Compression de membre	1.2.1	Juin 2018
PR	06	C	02	Compression de membre	1.2.1	Juin 2018
AC	06	E	01	Effet de souffle	1.1.1	Septembre 2014
PR	06	E	01	Effet de souffle	1.1.1	Septembre 2014
AC	06	G	01	Gelures	1.2.1	Juin 2018
PR	06	G	01	Gelures	2.1.1	Juin 2018
AC	06	H	01	Hypothermie	1.2.1	Juin 2018
PR	06	H	02	Hypothermie	1.2.1	Juin 2018
AC	06	I	01	Intoxications	1.2.1	Septembre 2019
PR	06	I	02	Intoxication	2.1.1	Septembre 2019
PR	06	I	03	Intoxication en environnement toxique	1.1.1	Septembre 2014
AC	06	N	01	Noyade	1.2.1	Juin 2018
PR	06	N	01	Noyade	1.2.1	Juin 2018
AC	06	P	01	Pendaison, strangulation	1.1.1	Septembre 2014
PR	06	P	01	Pendaison, strangulation	1.1.1	Septembre 2014
AC	06	P	02	Piqûres et morsures	1.1.2	Septembre 2019
PR	06	P	02	Piqûres et morsures	1.1.2	Septembre 2019
AC	06	S	01	Syndrome de suspension	1.1.1	Juin 2018
PR	06	S	01	Syndrome de suspension	1.1.1	Juin 2018
AC	06	V	01	Victimes d'explosion	1.1.1	Juin 2018
PR	06	V	01	Victimes d'explosion	1.1.1	Juin 2018

1.7 - TRAUMATISMES					VERSION	MISE A JOUR
AC	07	B	01	Brûlures	1.2.1	Juin 2018
PR	07	B	01	Brûlure chimique	1.1.1	Septembre 2014
PR	07	B	02	Brûlure électrique	1.1.1	Septembre 2014
PR	07	B	03	Brûlure interne par ingestion	1.1.1	Septembre 2014
PR	07	B	04	Brûlure interne par inhalation	1.1.2	Juin 2018
PR	07	B	05	Brûlure thermique	1.1.2	Juin 2018
AC	07	P	01	Plaie	1.1.1	Septembre 2014
PR	07	P	01	Plaie	1.2.1	Juin 2018
AC	07	T	01	Traumatisme de l'abdomen	1.2.1	Juin 2018
PR	07	T	01	Traumatisme de l'abdomen	1.2.1	Juin 2018
AC	07	T	03	Traumatisme du bassin	1.2.1	Juin 2018
PR	07	T	03	Traumatisme du bassin	1.2.1	Juin 2018
AC	07	T	04	Traumatisme du crâne	1.2.1	Juin 2018
PR	07	T	04	Traumatisme du crâne	1.2.1	Juin 2018
AC	07	T	05	Traumatisme du dos ou du cou	2.1.1	Juin 2018

1.7 - TRAUMATISMES					VERSION	MISE A JOUR
PR	07	T	05	Traumatisme du dos ou du cou	2.1.1	Juin 2018
AC	07	T	06	Traumatisme du thorax	1.1.1	Septembre 2014
PR	07	T	06	Traumatisme du thorax	1.2.1	Juin 2018
AC	07	T	02	Traumatisme des membres	1.2.1	Septembre 2019
PR	07	T	02	Traumatisme des membres	1.2.1	Septembre 2019
AC	07	T	07	Traumatisme de la face et de la face antérieur du cou	1.1.1 ^N	Septembre 2019
PR	07	T	07	Traumatisme de la face et de la face antérieur du cou	1.1.1 ^N	Septembre 2019

1.8 - SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTS INHABITUELS					VERSION	MISE A JOUR
AC	08	C	01	Comportements inhabituels	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	A	01	Agitation	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	A	03	Agressivité	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	A	04	Anxiété	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	E	01	Etat de stupeur	1.1.1	Septembre 2014
AC	08	S	01	Situations particulières	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	A	02	Agression sexuelle	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	A	05	Atroupement de personnes	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	C	01	Crise suicidaire	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	D	01	Décès	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	D	02	Délire	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	E	02	Événement traumatisant	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	M	01	Mort inattendue et inexplicée du nourrisson	1.2.1	Juin 2018
AC	08	S	02	Souffrance psychique	1.1.1	Septembre 2014
PR	08	S	01	Souffrance psychique	1.1.1	Septembre 2014

1.9 – RELEVAGE ET BRANCARDAGE					VERSION	MISE A JOUR
AC	09	R	01	Relevage, brancardage	1.2.1	Septembre 2019

1.10 – SITUATIONS PARTICULIERES					VERSION	MISE A JOUR
AC	10	S	01	Situations à nombreuses victimes	1.1.1	Septembre 2014

2.1 – GESTES D'EXAMEN					VERSION	MISE A JOUR
FT	01	G	01	Gestes complémentaires d'examen	1.1.2	Septembre 2019
FT	01	I	01	Interrogatoire de la victime	1.1.2	Septembre 2019
FT	01	M	01	Mesure de la glycémie capillaire	1.1.1	Juin 2018
FT	01	M	02	Mesure de la pression artérielle	1.2.1	Septembre 2019
FT	01	M	03	Mesure de la saturation pulsatile en oxygène	1.2.1	Septembre 2019
FT	01	M	04	Mesure de la température	1.2.1	Septembre 2019
FT	01	R	01	Recherche d'une détresse vitale	1.2.1	Septembre 2019
FT	01	R	02	Repérage en cas de nombreuses victimes	1.1.1	Septembre 2014

2.2 – GESTES DE PROTECTION ET DE SECURITE					VERSION	MISE A JOUR
FT	02	D	01	Dégagements d'urgence	1.1.2	Septembre 2019

2.3 – GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE					VERSION	MISE A JOUR
FT	03	E	01	Equipement en moyens de protection contre les agents infectieux	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	F	01	Friction des mains	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	L	01	Lavage des mains	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	M	01	Mise en place de gants stériles	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	N	01	Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	N	02	Nettoyage et désinfection du matériel	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	R	01	Retrait des gants à usage unique	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	U	01	Utilisation des détergents et désinfectants	1.1.1	Septembre 2014
FT	03	U	02	Utilisation des emballages à élimination de déchets	1.1.1	Septembre 2014

2.4 – GESTES D'URGENCE VITALE					VERSION	MISE A JOUR
FT	04	A	01	Administration d'oxygène par insufflation	1.2.1	Juin 2018
FT	04	A	02	Aspiration de mucosités	1.2.1	Septembre 2019
FT	04	C	01	Compression manuelle	1.2.1	Juin 2018
FT	04	C	02	Compressions thoraciques	1.2.1	Juin 2018
FT	04	D	01	Désobstruction par la méthode des claques dans le dos	1.2.1	Juin 2018
FT	04	D	02	Désobstruction par la méthode des compressions abdominales	1.2.1	Juin 2018
FT	04	D	03	Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques	1.2.1	Juin 2018
FT	04	G	01	Garrot	1.2.1	Juin 2018
FT	04	L	01	Libération des voies aériennes chez une victime assise	1.2.1	Septembre 2019
FT	04	L	02	Libération des voies aériennes chez une victime non traumatisée	1.2.1	Septembre 2019
FT	04	L	03	Libération des voies aériennes chez une victime traumatisée	1.2.1	Septembre 2019
FT	04	M	01	Mise en place d'une canule oropharyngée	1.1.2	Juin 2018
FT	04	P	01	Pansement compressif	2.1.1	Juin 2018
FT	04	P	02	Pansement imbibé de substance hémostatique	1.1.1	Juin 2018
FT	04	U	01	Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe	1.2.1	Septembre 2019
FT	04	V	01	Ventilation artificielle par la méthode orale	1.2.1	Juin 2018
FT	04	V	02	Ventilation artificielle par un insufflateur manuel	1.2.1	Juin 2018

2.5 – GESTES DE SOINS					VERSION	MISE A JOUR
FT	05	A	01	Administration d'oxygène par inhalation	2.1.1	Juin 2018
FT	05	A	02	Aide à la prise de médicament	2.1.1	Septembre 2019
FT	05	A	03	Application de froid	1.1.1	Septembre 2014
FT	05	E	01	Emballage au moyen d'un pansement stérile	1.1.1	Septembre 2014
FT	05	M	01	Maintien d'un pansement	1.1.1	Septembre 2014
FT	05	P	01	Pansement	1.1.1	Septembre 2014

2.5 – GESTES DE SOINS				VERSION	MISE A JOUR	
FT	05	S	01	Soin au cordon ombilical	1.1.1	Juin 2018
FT	05	U	01	Utilisation d'une bouteille d'oxygène	1.2.1	Juin 2018
FT	05	U	02	Utilisation d'un lot membre arraché ou sectionné	1.1.2	Septembre 2019

2.6 – POSITIONS D'ATTENTE				VERSION	MISE A JOUR	
FT	06	P	01	Positions d'attente et de transport	1.1.1	Septembre 2014
FT	06	P	02	Position latérale de sécurité à deux sauveteurs	1.2.1	Septembre 2019
FT	06	P	03	Position latérale de sécurité à un sauveteur	1.2.1	Septembre 2019

2.7 - IMMOBILISATIONS				VERSION	MISE A JOUR	
FT	07	C	01	Contention pelvienne	1.1.1	Juin 2018
FT	07	I	01	Immobilisation d'un membre au moyen d'une attelle à dépression	1.1.1	Septembre 2014
FT	07	I	02	Immobilisation d'un membre au moyen d'une attelle modulable	1.1.1	Septembre 2014
FT	07	I	03	Immobilisation d'un membre supérieur au moyen d'écharpes	1.1.1	Septembre 2014
FT	07	I	04	Immobilisation d'un membre inférieur au moyen d'une attelle à traction	1.1.1	Septembre 2014
FT	07	I	05	Immobilisation générale sur un plan dur	2.1.1	Septembre 2019
FT	07	I	06	Immobilisation générale sur un matelas à dépression	1.2.1	Juin 2018
FT	07	M	01	Maintien de la tête en position neutre	1.2.1	Septembre 2019
FT	07	P	01	Pose d'une attelle cervico-thoracique	2.1.1	Septembre 2019
FT	07	P	02	Pose d'un collier cervical	1.2.1	Septembre 2019
FT	07	R	01	Réalignement d'un membre	1.1.1	Septembre 2014
FT	07	R	02	Retrait d'un casque de protection	1.2.1	Septembre 2019

2.8 – RELEVAGE ET BRANCARDAGE				VERSION	MISE A JOUR	
FT	08	A	01	Aide à la marche	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	A	02	Arrimage d'une victime	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	B	01	Brancardage à quatre secouristes	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	B	02	Brancardage à trois secouristes	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	D	01	Déplacement d'une victime à l'aide d'une chaise de transport	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	D	02	Déplacement d'une victime non valide	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	I	01	Installation d'une victime dans un vecteur de transport	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	P	01	Préparation d'un dispositif de portage	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	R	01	Relevage au moyen d'un brancard cuillère	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	R	02	Relevage à quatre secouristes	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	R	03	Relevage à trois secouristes	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	R	04	Relevage d'une victime en position particulière	1.1.2	Septembre 2019
FT	08	R	05	Retournement d'urgence à deux secouristes	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	R	06	Retournement d'urgence à un secouriste	1.2.1	Septembre 2019
FT	08	T	01	Transfert à l'aide d'une alèse portoir	1.1.2	Septembre 2019

3 - DIVERS				VERSION	MISE A JOUR	
OG	01	A	01	Abréviations	1.1.1	Septembre 2014
OG	01	C	01	Contenus des formations	1.2.1	Juin 2018

Généralité sur les bilans

On entend par le terme de bilan, la phase de recueil d'informations permettant d'évaluer une situation et l'état d'une ou plusieurs victimes. La réalisation d'un bilan est indispensable à toute action menée par des secouristes.

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

Sa transmission doit permettre au médecin régulateur d'évaluer l'état de la ou des victimes afin d'adapter sa réponse.

Il est constitué de quatre phases qui, bien que présentées de façon individualisée, s'imbriquent le plus souvent les unes dans les autres, dans les faits, et peuvent entraîner l'exécution immédiate de gestes de secours directement induits par les informations recueillies. Ainsi, on distingue :

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

Il convient de distinguer :

- le bilan qui résulte de l'examen de la situation et de la ou des victimes ;

- la transmission du bilan qui est un échange verbal le plus souvent, entre le responsable de l'équipe de secours et le médecin.

Le bilan fait l'objet de la rédaction d'un document papier ou numérique couramment appelé « fiche bilan » qui comporte à minima les informations suivantes :

- les conditions dans lesquelles la victime a été trouvée ;
- les circonstances de l'accident ou de la détresse ;
- l'identité de la victime ;
- les horaires d'intervention ;
- la description de l'état de la victime à l'arrivée des secours ;
- les signes recueillis et leurs évolutions au cours de l'intervention ;
- les gestes de secours dont a bénéficié la victime ;
- les traitements en cours et antécédents médicaux de la victime ;
- le lieu de transport ou structure ayant pris en charge la victime ;
- tous les renseignements et éléments pouvant être nécessaires à la prise en charge ultérieure.

Cette fiche permet la synthèse des informations et une transmission claire et concise à l'autorité médicale à qui le bilan est transmis. Elle doit être actualisée à chaque événement nouveau au cours de l'intervention ainsi qu'à la fin de l'intervention.

La fiche bilan est signée par la personne responsable de la prise en charge de la victime. Un exemplaire est remis à la structure d'accueil de la victime ou à l'équipe médicale qui prend le relais. Un double doit être conservé par l'autorité d'emploi de l'équipe de secours pour archivage.

Bilan circonstanciel

Le bilan circonstanciel, aussi appelé bilan d'ambiance ou bilan d'approche, est réalisé en quelques secondes. Il constitue le temps initial de l'action pour recueillir les informations concernant la ou les victimes et l'environnement. Il permet d'apprécier la situation ainsi que le mécanisme d'un éventuel accident, d'en évaluer les risques et de prendre les mesures adaptées notamment en ce qui concerne la sécurité.

Le bilan circonstanciel permet de répondre aux questions suivantes :

- Que s'est-il passé ?
- Existe-t-il un danger ?
- Combien y a-t-il de victimes ?
- Les secours sont-ils suffisants pour le moment ?
- Les informations initiales sont-elles correctes ?

Sur la base de ces informations, un certain nombre d'actions sont effectuées :

- déterminer la nature de l'intervention ;
- assurer la sécurité de l'intervention (protection des lieux de l'accident, prévention du suraccident, extraction d'une victime d'un milieu potentiellement hostile) ;
- identifier le nombre, la nature et la localisation des victimes à prendre en charge ;
- demander des moyens de secours complémentaires ;
- compléter et corriger les informations de départ.

Bilan d'urgence vitale

Le bilan d'urgence vitale a pour objectif de rechercher une détresse vitale qui menace immédiatement ou à très court terme la vie de chaque victime et qui peut nécessiter la mise en œuvre immédiate de gestes de secours, avant toute autre action.

Il est réalisé dès que la sécurité de la zone d'intervention est assurée ou simultanément, si les circonstances l'exigent.

Le bilan d'urgence vital débute par l'observation rapide de la victime au cours de laquelle des mesures de sauvegarde immédiates peuvent être prises. Elle est suivie par une appréciation des fonctions vitales, selon le principe de rechercher et traiter ce qui tue en premier.

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

- d'identifier une détresse vitale évidente tout en écoutant la plainte principale de la victime si elle est consciente ;
- de réaliser les gestes de secours d'urgence ;
- de rechercher une détresse vitale moins évidente ;
- demander un renfort ou un avis médical si nécessaire.

Bilan complémentaire

Le bilan complémentaire est effectué une fois que les lésions menaçant la vie ont été identifiées et que les manœuvres de réanimation ont été initiées.

Le bilan complémentaire a pour objectif :

- De recueillir toutes les informations nécessaires à la demande d'un avis médical pour évaluer l'état de gravité de la victime. Certaines détresses vitales peuvent ne pas apparaître au cours du bilan d'urgence vitale.

- d'effectuer les gestes de secours nécessaires à une victime qui présente des signes de malaise, d'aggravation d'une maladie ou une ou plusieurs lésions secondaires à un traumatisme (position d'attente, pansement, immobilisation...).

Surveillance

La surveillance a pour but de rechercher et d'identifier toute modification de l'état initial d'une victime, d'évaluer l'efficacité des gestes de secours effectués et d'envisager si nécessaire une adaptation de sa prise en charge.

La surveillance débute dès la fin du bilan d'urgence vitale et doit être assurée jusqu'à la fin de la prise en charge. Une attention particulière doit être apportée après les phases de relevage, de brancardage ou de transport,

car elles peuvent être génératrices d'aggravation.

Elle doit être permanente et d'autant plus stricte qu'il existe un risque d'aggravation (maladie évoluée, intoxication médicamenteuse récente avec un état neurologique normal, cinétique d'un accident de la circulation sans lésion immédiatement décelable, etc.).

Transmission du bilan

La transmission du bilan est un compte-rendu de l'intervention, de l'état de la victime et des actions menées. Il est adressé directement ou indirectement à une autorité médicale ou paramédicale.

La transmission du bilan permet :

- [de demander du renfort](#),
- [d'obtenir un avis médical](#),
- de réaliser un relais.

Bilan circonstanciel

Déterminer la nature de l'intervention

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

L'ensemble des éléments recherchés est utile pour assurer, si nécessaire, la sécurité de l'intervention et la prise en charge de la ou des victimes.

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

Assurer la sécurité de l'intervention

L'analyse de la situation permet d'identifier des risques évidents (véhicules accidentés, structure instable, situation violente) ou moins évidents (risque électrique, présence de substances toxiques) pour sécuriser la zone d'intervention et assurer la sécurité des intervenants, de la ou des victimes et des tiers.

Le bilan d'urgence vitale de la ou des victimes ne commence qu'à l'issue de cette évaluation.

Déterminer le nombre et le type des victimes

Le nombre, l'âge apparent (nourrisson, enfant, adulte, personne âgée), le sexe, la nature (malade, traumatisé, brûlé) et l'état approximatif des victimes (victime qui marche, inerte, qui bouge, qui ne bouge pas) sont déterminés lors de l'évaluation de la situation

réalisée en arrivant sur l'intervention. Parfois, ce recueil nécessite une reconnaissance approfondie des lieux (victime éjectée, plusieurs victimes dans des lieux différents, etc.).

Dans les situations où il y a plus de victimes, apparemment graves, que de secouristes présents sur les lieux, il est nécessaire d'appliquer les principes de prise en charge de nombreuses victimes qui débutent par le repérage secouriste.

Demander des moyens de secours complémentaires

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

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

En présence d'une situation avec de nombreuses victimes, il convient de le préciser explicitement.

Corriger les informations de départ

Le bilan circonstanciel permet de compléter les informations de départ ou éventuellement de corriger des données fausses ou insuffisantes. En règle générale, celles-ci se composent *a minima* de l'adresse de l'événement et de la nature de l'intervention présumée.

Bilan d'urgence vitale

Au cours du bilan d'urgence vitale, le secouriste focalise son attention sur la victime elle-même et doit :

- Observer la situation et se faire une idée générale de son état pour prendre les mesures afin de la garder en vie ;
- Apprécier les grandes fonctions vitales, en initiant les gestes de survie adaptés si nécessaire.

Il se déroule en trois phases, permettant simultanément ou successivement :

- d'identifier une détresse immédiatement vitale ;
- d'identifier une perte de connaissance ou la plainte principale ;
- de rechercher les signes moins évidents d'une détresse vitale.

Au cours de ce bilan et dès qu'une détresse respiratoire, circulatoire ou neurologique est identifiée, il faut réaliser les gestes de secours immédiatement nécessaires pour lutter contre celle-ci et demander un avis médical.

Identifier une détresse immédiatement vitale

L'approche de la victime et son observation permettent de noter rapidement :

- son apparence et le contexte dans lequel elle se trouve, ce qui permet le plus souvent de savoir s'il s'agit d'un blessé ou victime d'un malaise ou d'une maladie ;
si un traumatisme du rachis est suspecté, demander à la victime de ne pas bouger la tête et en réaliser immédiatement le maintien manuel si besoin (stabilisation).
- sa position (allongée, assise, debout...) ;
- l'existence d'une détresse vitale évidente. Ce peut être :

- une obstruction grave des voies aériennes par un corps étranger ;

Il convient, sans délai, de mettre en œuvre les manœuvres de désobstruction des voies aériennes adaptées à la victime.

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

- une hémorragie externe ;

Une technique d'arrêt de l'hémorragie, utilisant des moyens adaptés, doit être réalisée sans délai.

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

Identifier une perte de connaissance

Une perte de connaissance doit être recherchée en quelques secondes, quelle que soit la position de la victime. Elle est caractérisée lorsque la victime ne répond pas et n'obéit pas aux ordres simples. Il convient alors de rechercher la présence ou non d'une respiration.

Si la victime est allongée sur le ventre et qu'elle a perdu connaissance, la retourner sur le dos. En cas de suspicion de traumatisme du rachis ou dans le doute, le retournement de la victime est effectué, dans la mesure du possible, par deux secouristes en assurant une stabilisation des mouvements du rachis.

Libérer les voies aériennes

La liberté des voies aériennes est un préalable indispensable pour évaluer la respiration. Les voies aériennes de la victime doivent être et rester libres et dégagées, aucun risque d'obstruction ne doit être présent. Si les voies aériennes sont obstruées, il faut immédiatement assurer une libération des voies aériennes.

Rechercher la présence ou l'absence de la respiration

Après avoir assuré la liberté des voies aériennes, il faut chez une victime qui a perdu connaissance rechercher la présence ou l'absence de respiration.

Si la respiration est présente, adopter la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance et qui respire, il convient ensuite de reprendre le bilan.

Si la respiration est absente ou anormale, inférieure à 6 mouvements par minute (moins d'un mouvement respiratoire efficace en 10 secondes), adopter la conduite à tenir en présence d'une victime qui a perdu connaissance et qui ne respire pas.

Identifier la plainte principale de la victime

L'identification de la plainte principale s'effectue en présence d'une victime consciente, qui a souvent tendance à l'exprimer spontanément. Si la victime a perdu connaissance, la perte de connaissance constitue alors la plainte principale

S'il convient de prendre en compte la plainte principale de la victime, car elle oriente le bilan complémentaire, il ne faut pas que son analyse empêche la recherche d'une détresse vitale moins évidente.

Rechercher les signes moins évidents d'une détresse

En présence d'une victime consciente, il convient de rechercher des signes d'altération d'une ou plusieurs fonctions vitales, dont l'évolution peut se faire très rapidement vers une aggravation.

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

Rechercher une altération de la fonction respiratoire

L'évaluation de la respiration chez une victime qui respire (plus de 6 mouvements par minute) est faite en observant la victime, en comptant la fréquence des mouvements respiratoires sur une minute, en appréciant l'amplitude et la régularité de la respiration, en examinant sa peau et ses muqueuses. En complément de l'évaluation de la respiration, la mise en place d'un oxymètre de pouls permet la mesure de la saturation pulsée en oxygène.

À l'état normal, la victime ne présente aucune difficulté pour respirer et ne fait pas d'effort particulier. Elle parle facilement et sans essoufflement. La fréquence des mouvements respiratoires est normale, la respiration est silencieuse, régulière, sans pause et symétrique, la peau est sèche et les muqueuses normalement colorées (rose) et la SpO₂ > 94%.

Rechercher une altération de la fonction circulatoire

L'évaluation de la circulation est réalisée en chiffrant le pouls sur une minute, en appréciant son amplitude et sa régularité, en examinant la peau et les muqueuses de la victime, en mesurant la pression artérielle et le temps de recoloration cutanée (TRC).

À l'état normal, le pouls est facilement perceptible aussi bien au niveau du cou qu'au niveau du poignet, la fréquence cardiaque est normale, la peau de la victime est chaude et

sèche au toucher, la peau et les muqueuses sont normalement colorées (rose), la pression artérielle est normale et le TRC inférieur à deux secondes.

Rechercher une altération de la fonction neurologique

L'évaluation de la fonction neurologique est réalisée en appréciant l'état de conscience, l'état des pupilles, la sensibilité au toucher, la motricité des 4 membres de la victime et en recherchant une perte de connaissance passagère.

À l'état normal, une victime répond de façon cohérente ou réagit quand on lui parle ou quand on la stimule délicatement. Elle se souvient de ce qui s'est passé et n'a pas présenté de perte de connaissance, présente des pupilles symétriques et réactives à la lumière du jour, bouge les doigts ou les orteils à la demande.

- Tout en réalisant le bilan vital d'un traumatisé, le secouriste doit rapidement écarter les vêtements de la victime, permettant d'exposer d'éventuelles lésions passées inaperçues et impactant le pronostic vital.

À chaque étape du bilan, si une détresse est constatée, les gestes de survie sont immédiatement réalisés. Après la mise en œuvre de ces gestes, une nouvelle évaluation de la fonction vitale concernée est réalisée avant de passer à la suivante.

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

Le bilan complémentaire est effectué uniquement après le bilan circonstanciel et le bilan d'urgence vitale, une fois que les lésions menaçant la vie ont été identifiées et traitées, et que les manœuvres de réanimation ont été initiées.

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

- d'interroger la victime afin de pouvoir :
 - analyser les plaintes exprimées ;
 - rechercher ses antécédents.
- d'examiner la victime pour identifier des signes visibles de malaise ou de maladie.

Interrogatoire de la victime

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

- Faire confirmer les plaintes exprimées par la victime. L'expression de cette plainte est le plus couramment :
 - une sensation pénible avec angoisse, souvent exprimée par les mots suivants : « je ne me sens pas bien, je me sens très mal, je vais mourir... » ;
 - une douleur, fréquemment rencontrée lors d'un malaise ou d'une maladie ;
 - des troubles digestifs comme des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements, une diarrhée ;
 - des troubles de la vue voire une perte de la vision uni ou bilatérale ;

- un trouble de l'audition ou de l'équilibre (vertiges) qui peuvent avoir causé la chute de la victime et parfois créé des lésions traumatiques ;
- une faiblesse extrême ne permettant pas de se déplacer ;
- des troubles de la motricité et de la sensibilité, la victime déclarant qu'elle ne peut réaliser certains gestes, qu'elle ne peut plus bouger ou qu'elle ne sent plus son bras ou sa jambe.

Il convient de prendre le temps d'écouter la victime et ne pas chercher à interpréter ce qu'elle dit. Si elle a des difficultés à s'exprimer (problème de langage, gêne respiratoire), le secouriste peut demander à l'entourage ce qu'il s'est passé. Toutefois, il est préférable de demander à la victime de s'exprimer directement.

S'il s'agit d'un sujet atteint d'une maladie connue, il faut faire préciser à la victime ou à son entourage quels sont les signes nouveaux qui pourraient traduire une aggravation de la maladie.

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

- Analyser les plaintes exprimées
Chaque plainte exprimée, comme la douleur, est analysée en faisant préciser à la victime ou à son entourage :
 - les circonstances de survenue ou le facteur déclenchant ;

- les caractéristiques du trouble ressenti ;
- sa localisation ;
- l'intensité du trouble et son évolution ;
- la durée.

L'analyse de ces plaintes donne des informations essentielles qui permettent d'identifier des malaises ou des maladies potentiellement graves. Elles doivent être communiquées à un médecin lors de la transmission du bilan ou lors de la prise en charge de la victime par une équipe médicale.

- Rechercher les antécédents et les traitements médicaux en cours

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

Examen la victime

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

Pour cela, il convient de regarder en premier les parties du corps pour lesquelles la victime

se plaint de douleur ou de sensation particulière et de retranscrire toutes les anomalies constatées.

Certaines de ces manifestations traduisent une atteinte du cerveau et doivent être recherchées systématiquement, car elles ne s'accompagnent pas de douleur ni de sensation particulière. On recherche en particulier une asymétrie de l'expression faciale, une anomalie de la motricité des membres supérieurs ou une anomalie de la parole.

Si le secouriste a constaté une anomalie de la température de la victime (victime anormalement chaude ou froide), il peut mesurer sa température à l'aide d'un thermomètre. S'il suspecte une hypoglycémie, la glycémie capillaire peut être mesurée à l'aide d'un glucomètre.

À l'issue du bilan complémentaire :

- réaliser les gestes de secours nécessaires (position d'attente, pansement, aide à la prise de médicaments) dans l'attente d'un renfort ou d'une mise en condition de transport de la victime (relevage, installation sur un brancard) ;
- transmettre le bilan pour obtenir un avis médical ;
- surveiller la victime.

Bilan complémentaire suite à un traumatisme

Le bilan complémentaire est effectué uniquement après le bilan circonstanciel et le bilan d'urgence vitale, une fois que les lésions menaçant la vie de la victime ont été identifiées et traitées, et que les manœuvres de réanimation ont été initiées.

Devant une personne victime d'un traumatisme, il convient :

- d'interroger la victime afin de pouvoir :
 - rechercher le mécanisme de l'accident ;
 - analyser les plaintes exprimées ;
 - rechercher ses antécédents médicaux.
- d'examiner la victime pour identifier les signes visibles de traumatisme.

Interrogatoire de la victime

- Rechercher le mécanisme de l'accident

Les informations recueillies, lors de l'interrogatoire de la victime et des témoins, permettent de compléter celles relevées lors du bilan circonstanciel et facilitent l'examen ou la recherche d'une lésion et apportent des renseignements essentiels à la prise en charge médicale de la victime.

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

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

Le mécanisme de l'accident permet de rechercher ou de suspecter des lésions.

Ces informations doivent être retranscrites.

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

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

- Analyser les plaintes exprimées

Les plaintes et la douleur exprimées par la victime doivent faire l'objet d'une analyse. Elles donnent des informations essentielles qui doivent être communiquées lors de la transmission du bilan et lors de la prise en charge de la victime par une équipe médicale.

Ainsi, l'impossibilité de bouger un ou plusieurs membres et la présence de sensations particulières comme des fourmillements ou des décharges électriques dans les membres font suspecter une atteinte des nerfs ou de la moelle épinière.

- Rechercher les antécédents et les traitements médicaux en cours

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

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

Examen de la victime

L'examen de la victime permet de rechercher des signes de traumatismes.

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

Si un traumatisme du rachis est suspecté ou si la victime traumatisée présente un trouble de la conscience, une stabilisation du rachis cervical doit être réalisée, si possible, avant de rechercher les lésions.

À l'issue du bilan complémentaire :

- réaliser les gestes de secours nécessaires (position d'attente, pansements, restriction...) dans l'attente d'un renfort ou d'une mise en condition de transport de la victime (immobilisation, relevage, installation sur un brancard...);
- transmettre le bilan pour obtenir un avis médical ;
- surveiller la victime.

Surveillance de la victime

La surveillance permet de suivre l'évolution de l'état de la victime, l'efficacité des gestes de secours effectués et d'envisager, une éventuelle adaptation de sa prise en charge. La surveillance débute dès la fin du bilan d'urgence vitale et doit être assurée de façon permanente jusqu'à la fin de la prise en charge de la victime.

Lors de la surveillance d'une victime, il convient :

- de contrôler régulièrement la qualité de la respiration (FR, SpO2), de l'état circulatoire de la victime (FC, PA) ;
- d'apprécier toute modification de l'état de conscience ;
- de rechercher une modification de ses plaintes ;
- de la réconforter en lui expliquant ce qui se passe.

Chez une victime qui présente une détresse, les paramètres vitaux doivent être contrôlés toutes les 5 minutes au maximum. Dans les autres cas, elles seront contrôlées toutes les 10 à 15 minutes.

Si l'état de la victime s'aggrave :

- réaliser les gestes de secours adaptés, en cours de transport, arrêter le véhicule si nécessaire ;
- refaire un bilan d'urgence vitale ;
- transmettre un nouveau bilan à la régulation.

Le médecin régulateur, en fonction du type d'aggravation et des éléments qui lui sont fournis décide des suites à donner (poursuite du transport, attente d'un renfort, réorientation de la victime).

L'efficacité des gestes de secours réalisés doit être contrôlée régulièrement : arrêt des hémorragies, qualité d'une immobilisation, protection contre le chaud, le froid...

Dans tous les cas, les paramètres vitaux seront contrôlés avant de confier la victime à une structure de soins ou avant de la laisser sur place. Ces constantes doivent être notées sur la fiche bilan.

Transmission du bilan

Après l'examen de la situation et de la ou des victimes, l'équipe secouriste doit transmettre un bilan pour :

- demander un avis médical ;
- définir l'orientation de la victime.

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

Cette transmission doit être concise, complète, structurée, logique et présentée de façon chronologique.

La situation nécessite immédiatement des moyens en renfort

- Transmettre le bilan circonstanciel ;

Ce bilan précise la nature de l'intervention et doit être particulièrement descriptif de la situation lorsque des moyens de secours particuliers sont demandés.

- demander les moyens supplémentaires nécessaires ;
- indiquer les moyens déjà présents sur place ;
- corriger éventuellement les informations de départ erronées.

La victime présente une urgence vitale, la médicalisation ne fait pas de doute

- Transmettre sans délai une demande de moyen médical en renfort, motivée par la constatation d'une ou plusieurs détresses vitales.

En particulier préciser :

- la nature de l'intervention ;
- le motif de la demande du renfort médical ;
- le sexe et l'âge de la victime ;
- corriger éventuellement les informations de départ erronées.

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

La victime ne présente pas de détresse évidente

Après la réalisation du bilan complémentaire, transmettre la totalité du bilan de façon concise et ordonnée¹. Pour cela, il convient d'indiquer :

- le motif réel de l'intervention ;
- le sexe et l'âge de la victime ;
- la plainte principale ;
- le résultat du bilan d'urgence vitale et du bilan complémentaire ;
- les gestes de secours entrepris.

¹ En fonction des organismes autorisés et des lésions que présentent la victime, une procédure

de transmission de bilan simplifié peut être utilisée.

Perte de connaissance

Définition

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

Causes

Les causes d'une perte de connaissance peuvent être d'origine traumatique, médicale ou toxique.

Risques & Conséquences

Une personne qui a perdu connaissance, laissée sur le dos, est toujours exposée à des difficultés respiratoires, du fait :

- d'une forte diminution de son tonus musculaire qui peut entraîner une obstruction des voies aériennes par la chute de la langue en arrière.

Cette obstruction peut empêcher toute respiration naturelle ou artificielle.

- d'une diminution des réflexes, en particulier de déglutition, qui entraîne un encombrement des voies aériennes par l'écoulement des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) dans les voies respiratoires.

Une perte de connaissance peut évoluer vers un arrêt respiratoire puis cardiaque et en est le premier signe.

Signes

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

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

Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre, tout en limitant l'aggravation d'une éventuelle lésion du rachis chez une victime suspecte d'un traumatisme, de préserver la respiration en maintenant la liberté de ses voies aériennes.

Perte de connaissance

La victime a perdu connaissance, respire et n'est pas suspecte d'un traumatisme

- Placer la victime en position latérale de sécurité pour maintenir la liberté des voies aériennes.
- Poursuivre le bilan d'urgence vitale et le transmettre pour obtenir un avis médical ;
- Réaliser une aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures.
- Administrer de l'oxygène si nécessaire ;
- Compléter le bilan et le transmettre.
- Réaliser les gestes de secours si nécessaire ;
- Surveiller constamment la victime, particulièrement sa respiration.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

La victime a perdu connaissance, respire et est suspecte d'un traumatisme

- Poursuivre la stabilisation de la tête de la victime à deux mains et la liberté des voies aériennes ;
- Retirer le casque de protection¹ ;
Un casque de protection peut gêner l'examen de la victime ou empêcher la

1 Le retrait du casque est réalisé à deux sauveteurs afin de limiter toute mobilisation de la tête et de la nuque de la victime qui pourrait

réalisation de gestes de secours. Il est donc nécessaire, chez une victime suspecte d'un traumatisme du rachis et qui a perdu connaissance, de le retirer afin d'assurer la liberté des voies aériennes.

- Mettre en place un collier cervical si nécessaire ;
- Placer la victime en PLS à deux secouristes pour maintenir la liberté des voies aériennes.
- Une palpation sommaire à la recherche de lésions traumatiques permet de définir au préalable le côté de retournement lors de la PLS.
- Réaliser l'aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures afin d'améliorer la respiration.
- Poursuivre le bilan d'urgence vitale et le transmettre pour obtenir un avis médical.
- Administrer de l'oxygène par inhalation, si nécessaire.
- Compléter le bilan et le transmettre.
- Réaliser les gestes de secours si nécessaire ;
- Surveiller constamment la victime, particulièrement la respiration.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

aggraver son état ou entraîner des séquelles graves.

Perte de connaissance en sauveteur isolé

La victime a perdu connaissance et respire. Le secouriste est seul et sans matériel

- Placer la victime en position latérale de sécurité à un secouriste ; s'il s'agit d'un traumatisé demander un avis médical.
- Alerter ou faire alerter les secours médicalisés.
- Compléter le bilan.
- Surveiller la victime.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

Intoxications

Définition

L'intoxication est un trouble engendré par la pénétration dans l'organisme d'une substance appelée poison ou toxique.

Causes

Les poisons ou toxiques peuvent être des aliments contaminés, des plantes vénéneuses, des toxiques domestiques (lessives, détergents, décapants, désherbants...), des toxiques industriels (gaz toxiques, produits chimiques...), actes malveillants (terrorisme, etc.)

Les drogues, les médicaments et l'alcool peuvent également provoquer des intoxications.

Le poison pénètre dans l'organisme par :

- ingestion. Il est avalé et absorbé par le tube digestif (aliments contaminés, médicaments, produits domestiques) ;
- inhalation. Il pénètre par les voies respiratoires et est absorbé dans l'organisme par les poumons (gaz toxiques, aérosols) ;
- injection. Il pénètre dans l'organisme à l'occasion d'une plaie (venins, piqûres) ;
- absorption. Il pénètre dans l'organisme à travers la peau saine (produits industriels : désherbants, pesticides).

L'intoxication peut aussi être causée par un environnement toxique. Le toxique est alors dans l'air, sous forme de gaz ou de fines particules en suspension (monoxyde de carbone, gaz carbonique, fumées d'incendie, gaz irritants, toxiques de guerre). Le mode de pénétration privilégié est alors l'inhalation, secondairement l'absorption.

Risques & Conséquences

La gravité d'une intoxication varie en fonction de la nature du toxique et de la quantité de substance toxique qui a pénétré dans l'organisme.

Les toxiques peuvent entraîner des troubles, immédiats ou retardés, dont la gravité, pouvant parfois conduire à la mort, varie en fonction de la nature et de la quantité qui a pénétré dans l'organisme.

En présence d'un environnement toxique, la sécurité des intervenants est une priorité. En effet, ceux-ci peuvent sans le savoir entrer en contact avec le toxique, d'autant plus que certains gaz mortels sont totalement inodores et invisibles comme le monoxyde de carbone.

Signes

En présence d'une intoxication due à un environnement toxique, le bilan circonstanciel est essentiel. Il permet :

- de voir, dans certains cas, la présence de nuage toxique ;
- de sentir une odeur, forte, caractéristique, désagréable ou irritante ;
- de constater que plusieurs personnes présentent les mêmes signes ou les mêmes plaintes ;
- de repérer la présence d'animaux, malades, agonisants ou morts.

En dehors de la présence d'un environnement toxique, l'intoxication est principalement due à l'ingestion volontaire ou accidentelle, liée à une erreur de dosage ou à l'ingestion d'aliments toxiques ou avariés.

Le bilan circonstanciel est là aussi essentiel, il permet de relever ou de rechercher la présence :

- de comprimés ou de boîtes de médicaments vides (table, poubelle) ;

- de flacons « suspects », au contenu non identifié ou présentant des pictogrammes de danger ;
- de bouteilles d'alcool ;
- d'une « lettre d'adieu » ;
- de plantes vénéneuses ou de fruits toxiques (enfants : « intoxication de la dinette »).

L'interrogatoire de la victime, comme de son entourage, doit permettre de déterminer :

- les circonstances de survenue ;
- la nature du (des) toxique(s) en cause ;
- la dose supposée absorbée ainsi que l'heure de l'ingestion.

L'examen de la victime peut retrouver des signes spécifiques qui peuvent faire évoquer des signes de consommation de drogues :

- Présence de timbres médicamenteux autocollants (patch) sur la peau, quel que soit leur localisation (creux axillaire, périnée, scrotum, etc.) ;

- Présence de trace de piqûres, de scarification ou de cicatrices sur la peau.

● Principe de l'action de secours

- L'action de secours doit permettre :
 - de lutter contre une détresse vitale ;
 - d'identifier autant que possible le toxique ;
 - de demander un avis médical et suivre les instructions.
- Si l'on suspecte un environnement toxique :
 - d'assurer la sécurité des intervenants ;
 - de mettre en sécurité les victimes et témoins éventuels ;

d'informer immédiatement les services de secours pour mettre en œuvre des mesures de protection.

Intoxications

En cas d'intoxication (ingestion, injection)

- réaliser le bilan d'urgence vitale et les gestes de secours adaptés ;
- réaliser le bilan complémentaire, en particulier :
 - déterminer les circonstances de survenue, la nature du (des) toxique(s) en cause, la dose supposée absorbée ainsi que l'heure de prise ;
 - rechercher les emballages et flacons des produits en cause ;
- ne pas faire vomir ni boire la victime ;
- transmettre le bilan et appliquer les consignes reçues ;
- surveiller la victime.

Intoxication aux opiacés

L'usage excessif volontaire ou non d'opiacés est une cause fréquente de décès par intoxication.

La dépression respiratoire avec troubles de la conscience et myosis sont des signes caractéristiques de surdosage ou d'intoxication aux opiacés. L'évolution peut se faire vers la perte de connaissance et la mort de la victime par anoxie.

Devant une victime qui présente une intoxication aux opiacés avec dépression respiratoire (FR < 12 /min et perte de connaissance) il faut :

- Pratiquer les gestes de réanimation nécessaires (voir fiches correspondantes).

- Demander un avis médical.
- Si de la naloxone administrable par voie intra-nasale est disponible, administrer une pulvérisation de naloxone (antagoniste des opiacés) dans chaque narine chez toute victime qui a perdu connaissance et dont la FR < 12 /min (voir fiche administration de médicaments). Renouveler cette administration en cas d'inefficacité (FR < 12/min) au bout de 5 min ou en cas de réapparition des signes.
- Retirer les patchs de médicament éventuels.

En cas de projection d'un toxique sur la peau

Si le produit a provoqué une brûlure :

- adopter la conduite à tenir face à une brûlure chimique.

En l'absence de brûlure:

- appliquer la procédure spécifique à l'entreprise, si l'accident a lieu en milieu professionnel ;
- appliquer la procédure communiquée par les services de secours, lors de la transmission du bilan.

Piqûres et morsures

Définition

Le terme de piqûre est réservé aux atteintes provoquées par certains insectes ou par certains animaux marins.

Le terme de morsure est quant à lui réservé aux plaies provoquées par des dents ou des crochets et concerne donc l'Homme, les animaux domestiques ou sauvages et les serpents.

Causes

Les piqûres et les morsures peuvent provenir :

- des insectes : hyménoptères (guêpes, frelons, abeilles), fourmis, ...
- des animaux marins : méduses, vives, rascasses, etc.
- de mammifères : Homme, animaux domestiques ou sauvages ;
- de serpents, des arachnidés (scorpions, araignées, ...)

Risques & Conséquences

Les piqûres et les morsures d'animaux peuvent être à l'origine :

- d'hémorragie externe ;
- de plaie avec risque infectieux, notamment pour les morsures, pouvant être très grave (tétanos) voire mortelle (rage) ;
- d'inoculation de substances toxiques, encore appelées « venin », à l'origine :
 - de manifestations locales désagréables (gonflement, rougeur, douleur...) ;
 - de détresses vitales (venin de serpents exotiques, réaction allergique grave) ;
- de risques fonctionnels et esthétiques.

En France métropolitaine, les serpents sont habituellement peu dangereux, sauf s'il s'agit d'espèces exotiques importées ou d'espèces vivant naturellement dans les territoires ultra-marins.

Les morsures d'origine humaine se caractérisent par un risque infectieux important et sont systématiquement considérées comme des plaies graves.

Par ailleurs, une victime mordue par un animal susceptible d'être infecté par la rage (région endémique, animal malade, animal non capturé) doit obligatoirement suivre un traitement médical particulier. Une consultation médicale est indispensable.

L'animal, quant à lui, doit légalement être mis en observation chez un vétérinaire et présenté, soit par ses propriétaires, soit par les forces de police s'il s'agit d'un animal errant.

Depuis 2007, la déclaration en mairie de toute morsure de chien, quelle que soit la race du chien, est obligatoire.

Signes

La victime dit avoir été mordue ou piquée.

Lors du bilan d'urgence vitale, on peut retrouver des signes comme :

- une hémorragie externe ;
- une détresse respiratoire, si la piqûre siège dans la bouche ou la gorge, car le gonflement qu'elle provoque peut entraîner une obstruction des voies aériennes ;
- une détresse circulatoire, par action d'un venin (action directe ou réaction allergique grave), plus particulièrement chez l'enfant ;
- une détresse neurologique, par effet toxique de certains venins de serpents, d'araignées ou de scorpions.

C'est le plus souvent au cours du bilan complémentaire, lors de l'examen de la victime que l'on retrouve :

- la présence d'une ou plusieurs plaies, sous forme de lacérations (morsures), coupures ou piqûre (insecte) ;

La morsure de certains serpents est reconnaissable par une ou deux plaies punctiformes distantes de quelques millimètres.

- un gonflement, une rougeur et une douleur locale, plus ou moins étendus autour de la piqûre.
- La présence d'une ou plusieurs « traces rouges » très douloureuses, plus ou

moins larges avec un gonflement périphérique en cas de contact avec des filaments de méduse.

Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre :

- d'arrêter le saignement et limiter le risque d'infection ;
- de limiter la diffusion du venin, si possible ;
- d'obtenir un avis médical.

Piqûres et morsures

- Soustraire la victime du danger ;
- si la victime présente une hémorragie ou une détresse de l'une des fonctions vitales, appliquer la conduite à tenir adaptée selon la détresse vitale constatée;
- compléter le bilan afin de déterminer l'origine de l'atteinte et adapter la conduite à tenir ;
- transmettre un bilan en urgence si la victime présente une détresse vitale ou si la victime a déjà présenté dans ces circonstances une réaction allergique grave (œdème de Quincke, choc allergique),
- demander un avis médical si nécessaire et respecter les consignes.

En présence d'une piqûre d'insecte,

- retirer le plus rapidement possible le dard (piqûre d'abeille) en utilisant une pince à écharde, sans écraser la poche à venin ;
- transmettre un bilan en urgence si :
 - la piqûre siège dans la bouche ou la gorge ;
 - la victime est allergique ;
- retirer les bagues, bracelets si la piqûre se situe à la main, avant l'apparition de gonflements¹ ;
- appliquer du froid² ;
- Si le siège de la piqûre est dans la bouche ou la gorge, demander à la victime de sucer de la glace.

1 Les bagues, bracelets doivent être retirés en cas de piqûres ou de morsure de serpent à la main. En effet, en cas de gonflements, ils sont susceptibles d'interrompre la circulation.

2 L'application de froid sur le siège d'une piqûre permet de limiter le gonflement et la douleur.

- aider la victime à s'injecter son traitement, si elle est allergique au venin d'hyménoptères ;
- transmettre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;
- conseiller à la victime de consulter un médecin si la douleur ou le gonflement persiste ou si la rougeur s'étend.

En présence d'une morsure ou piqûre d'animal marin

S'il s'agit de piqûres de méduses :

- enlever les filaments s'ils sont toujours en contact avec la peau en se protégeant la main avec un gant,
- arroser dès que possible avec du vinaigre de table jusqu'à ce que la douleur diminue³ ;
- si la douleur persiste enduire la zone atteinte avec de la mousse à raser ou du sable, afin de « piéger » les nématocystes non encore rompus, et racler sans frotter avec une carte rigide,
- ensuite, placer la zone atteinte dans de l'eau chaude ou arroser d'eau chaude (température aussi chaude que possible, mais restant tolérable pour la victime) jusqu'à la disparition de la douleur ;
A défaut, une source de froid peut être utilisée.

Dans les autres cas (vives, rascasses, etc.):

- Placer la zone atteinte dans l'eau chaude pendant trente minutes au minimum ;
- Demander un avis médical si nécessaire et appliquer les consignes reçues.

³ Sauf en cas de contre-indications données par les autorités médicales locales comme le centre antipoison pour certains types d'animaux marins comme les physalies

En présence d'une morsure de serpent

- Ne jamais pratiquer de techniques d'aspiration, qu'elles soient buccales ou à l'aide d'un appareil (dispositif d'aspiration mécanique) et ne pas injecter de sérum antivenimeux ;
- allonger la victime, lui demander de rester calme et la rassurer ;
- Demander à la victime de ne pas mobiliser le membre atteint ;
- retirer les bagues, bracelets à proximité de la morsure³ ;
- effectuer un lavage à l'eau ou au sérum physiologique sans frotter,
- Protéger la plaie par un pansement,
- transmettre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues;
- Surveiller.

En présence d'une morsure animale ou humaine

- Effectuer un lavage à l'eau ou au sérum physiologique ;
- appliquer la conduite à tenir face à une plaie grave.

En présence d'une morsure de tique

- Si vous avez un « tire tique », l'utiliser pour retirer immédiatement l'animal en respectant le guide d'utilisation de l'appareil ;
- Rechercher la présence d'autres tiques ;
- Recommander à la victime de consulter le plus rapidement possible un médecin si une rougeur au niveau de la zone de la morsure ou une éruption apparaît.

En cas de contact de la peau avec la salive d'un animal errant,

- Demander un avis médical.

Traumatisme des membres

Définition

Il existe trois types d'atteintes des os et des articulations des membres :

- **l'entorse** qui est une lésion traumatique avec élongation, déchirure ou arrachement d'un ou plusieurs ligaments à la suite d'un mouvement exagéré ou forcé de l'articulation (faux mouvement) créant un écartement transitoire des deux extrémités osseuses.

Une entorse peut s'accompagner d'un arrachement osseux.

- **la luxation** qui est une lésion traumatique d'une articulation avec perte complète et permanente des rapports articulaires normaux (l'articulation est déboîtée).

Les deux extrémités des os ne sont plus au contact l'une de l'autre. Ce déplacement s'accompagne le plus souvent d'une lésion voire d'une déchirure des ligaments qui entouraient et maintenaient l'articulation. Parfois, la luxation s'accompagne d'une fracture ou d'une atteinte des nerfs et des vaisseaux.

- **la fracture** qui est une rupture totale ou partielle de l'os.

Elle est dite :

- simple lorsqu'il n'existe pas de lésions associées visibles ;
- compliquée lorsqu'il existe des lésions des structures adjacentes (nerfs, ligaments, muscles, vaisseaux), lorsqu'elle est accompagnée d'une plaie (fracture ouverte) et/ou si elle est déplacée.

Causes et mécanisme

Une atteinte des os et des articulations des membres survient suite à une chute lors des activités de sport, de travail ou de loisir, un accident de circulation ou une agression.

Elle peut survenir à la suite d'un traumatisme

- direct : la lésion se situe à l'endroit du choc.
- indirect : la lésion est provoquée par un mouvement forcé en flexion, en extension ou en rotation;
- par pénétration d'un corps étranger : blessures par arme à feu.

Risques & Conséquences

Les lésions des os et des articulations peuvent s'accompagner de complications telles que :

- une atteinte des vaisseaux ;
Gonflement du membre (hématome), extrémité du membre froide et pâle.
- une lésion des nerfs ;
La victime perçoit des fourmillements à l'extrémité du membre atteint. Il existe parfois une disparition de la sensibilité ou de la motricité des doigts ou des orteils,
- une plaie, il s'agit alors d'une fracture ouverte qui peut être hémorragique.

Les fractures de la cuisse ou de multiples fractures de membres peuvent entraîner une détresse circulatoire.

Signes

Un traumatisme des membres ou des articulations est suspecté lors du bilan circonstanciel ou lors de l'analyse du mécanisme de l'accident durant le bilan complémentaire (chute ou choc violent...).

Si la victime n'a pas perdu connaissance et peut s'exprimer, elle peut se plaindre :

- de la perception d'un craquement au moment de la chute ou du choc ;
- d'une douleur vive à l'endroit de la blessure ou à côté, augmentée par le mouvement ou la palpation ;
- de la difficulté voire de l'impossibilité à bouger le membre atteint ou à se déplacer.

A l'examen on peut trouver une déformation et un gonflement visibles au niveau de la lésion.

Chez la victime qui a perdu connaissance, même en l'absence d'une déformation et d'un gonflement visible, une manifestation douloureuse lors de la palpation ou de la mobilisation de la victime doit faire suspecter une fracture.

Si la plupart des lésions des os et des articulations sont évidentes, elles peuvent être parfois plus difficiles à identifier. Le traumatisme de membre sera alors seulement suspecté par le secouriste et confirmé éventuellement lors de l'examen médical et radiographique.

Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre :

- de rechercher le mécanisme de survenue de la lésion et sa violence ;
- d'empêcher l'aggravation en évitant tout déplacement de la zone blessée ;
- de rechercher et parer à toutes complications associées ;
- d'immobiliser la lésion avec du matériel spécifique avant tout déplacement de la victime ;
- de prendre un avis médical.

Traumatisme des membres

- limiter autant que possible les mouvements du membre blessé ;
- installer la victime :
 - en position allongée, si l'atteinte se situe au niveau d'un membre inférieur, il convient d'indiquer à la victime de ne pas bouger.
 - en position assise, si l'atteinte se situe au niveau d'un membre supérieur ;

Il convient alors d'indiquer à la victime de placer le membre atteint contre sa poitrine et de le soutenir avec une main dans la position la moins douloureuse possible.

- immobiliser le membre atteint à l'aide de l'attelle la plus appropriée ;

Lors de la mise en place de l'attelle, il faut toujours immobiliser la lésion et les articulations situées au-dessus et en-dessous.

- appliquer du froid si possible sauf s'il s'agit d'une fracture ouverte ;

L'application de froid a pour effet de limiter le gonflement et diminuer la douleur.

- poursuivre le bilan complémentaire ;
- demander un avis médical ;
- surveiller la victime.

En présence d'une fracture :

- ouverte, non hémorragique :
 - recouvrir la plaie d'un pansement stérile, avant l'immobilisation ;
- ouverte avec saignement abondant :
 - appliquer la conduite à tenir face à une hémorragie externe avant toute immobilisation ;

- avec déformation :

- Immobiliser le membre en respectant la déformation.

Le réaligement d'une fracture est un geste très douloureux, il est réalisé par un médecin ou à la demande du médecin.

- Si la victime présente une fracture ouverte, avec un morceau d'os visible ou si la plaie qui saigne contient un corps étranger visible :

- ne toucher ni au morceau d'os ni au corps étranger car leur présence peut limiter le saignement et leur mobilisation pourrait aggraver la lésion ;

- Si le saignement est important et massif, réaliser la pose d'un garrot (voir fiche garrot).

La victime a perdu connaissance

Appliquer la conduite à tenir devant une victime suspecte de traumatisme et qui a perdu connaissance, si elle respire.

La victime, consciente, présente une détresse vitale

- appliquer la conduite à tenir adaptée à une victime qui présente une détresse circulatoire ;

S'il s'agit d'un saignement abondant, consécutif à une fracture ouverte, appliquer la conduite à tenir face à une hémorragie externe avant toute immobilisation.

limiter au maximum les mouvements du membre blessé.

Traumatisme de la face et de la face antérieure du cou

Définition

Ensemble des signes dus à une ou plusieurs lésions secondaires à une atteinte traumatique de la face et de la face antérieure du cou.

Causes

Les traumatismes de la face et de la face antérieure du cou sont la conséquence le plus souvent d'un choc direct (éléments contondants) ou d'une blessure pénétrante (arme blanche, arme à feu) au niveau de la face ou du cou.

Risques & Conséquences

Les traumatismes de la face et de la face antérieure du cou sont fréquents. Ils peuvent être isolés ou associés à d'autres lésions traumatiques.

Ils peuvent être responsables d'une détresse vitale par :

- une obstruction des voies aériennes provoquée par une inhalation d'un corps étranger ou de sang, une fracture de la mandibule avec désinsertion et bascule de la langue en arrière dans les voies aériennes ou un gonflement post-traumatique de la muqueuse des voies aériennes (traumatisme du larynx).
- d'une hémorragie externe ou extériorisée

Ils peuvent aussi être responsables d'une atteinte fonctionnelle, atteinte oculaire par exemple, et de séquelles esthétiques.

Un traumatisme de la face et de la face antérieure du cou peut être associé à un traumatisme du rachis cervical et/ou un traumatisme crânien.

Signes

Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan complémentaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau de la face ou du cou.

Si la victime est consciente, elle peut se plaindre d'une douleur de la face, d'un trouble de la vision ou de la difficulté à avaler.

À l'issue du bilan d'urgence vitale, la victime peut présenter :

- une détresse respiratoire par obstruction des voies aériennes ;
- une détresse circulatoire secondaire à une hémorragie externe ou extériorisée.

À l'examen de la face, il peut être constaté :

- un œdème de la face ou localisé (œdème des paupières),
- un hématome de la face, un hématome en lunette ;
- une ou plusieurs plaies de la face, de la langue ou du cou ;
- une déformation de la face traduisant une fracture des os de la face, du nez ou de la mandibule ;
- un saignement du nez ou de la bouche.
- une atteinte de l'œil objectivée par une anomalie des mouvements de l'œil, la présence de sang sous la cornée, une déformation de la pupille, une plaie de l'œil avec ou sans corps étranger intraoculaire visible ;
- une désinsertion ou une fracture de dents.

Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre :

- lutter contre une détresse vitale évidente,
- protéger une éventuelle lésion de la peau,
- demander un avis médical.

Traumatisme de la face et de la face antérieure du cou

Plaie de la face

À l'exception des éraflures sans gravité, une plaie de la face ou du cou doit être considérée et prise en charge comme une plaie grave du fait de sa localisation.

Si la plaie saigne abondamment, arrêter le saignement en réalisant une compression manuelle. Si la plaie est située au niveau du cou, veiller à ne pas comprimer la trachée de la victime. Maintenir la compression manuelle ou utiliser les pansements compressifs d'urgence avec contre-appui sous le bras opposé.

Laisser les corps étrangers en place même s'ils sont transfixiants sauf s'ils entraînent une obstruction des voies aériennes.

Atteinte traumatique de l'œil

- Minimiser les mouvements des yeux en demandant à la victime de ne pas bouger, de fermer les yeux et de rester à plat dos si c'est possible. Cette position évite une aggravation éventuelle de la lésion de l'œil.
- Recouvrir (sans appuyer) les deux yeux par des compresses stériles et seulement s'il n'existe pas de corps étrangers dont la mobilisation pourrait aggraver la lésion oculaire.
- Ne jamais chercher à retirer un corps étranger oculaire.

Traumatisme dentaire

- Récupérer la dent tombée.
- Conserver la dent dans un récipient contenant du sérum physiologique (à défaut, du lait).
- Orienter la victime vers un centre spécialisé après avis médical.

Fracture de la face (mandibule, maxillaire supérieur, os du nez)

Ces lésions sont susceptibles de provoquer un saignement abondant qui peut s'écouler et encombrer les voies aériennes (voir fiche CAT détresse respiratoire).

- Installer la victime sur le côté.
- Appliquer la conduite à tenir devant une détresse respiratoire si nécessaire.

Si le traumatisme est mineur, appliquer la conduite à tenir devant un saignement de nez (voir fiche hémorragie extériorisée par le nez).

Dans tous les cas

- Si la victime perd connaissance appliquer la conduite à tenir adaptée.
- Demander un avis médical et respecter les consignes données.

Relevage et brancardage

Définition

Le relevage est une action qui consiste à placer une victime sur un brancard, directement ou à l'aide d'un dispositif particulier de relevage afin d'assurer son déplacement (brancardage).

Cette action est réalisée après avoir soustrait la victime à la cause de sa détresse et l'avoir installée dans la position que nécessite son état.

L'application des techniques de relevage et de brancardage comporte des risques, notamment pour la victime, mais aussi pour le secouriste. Un bon entraînement et le respect des techniques évitent ou minimisent ces risques.

Principes généraux de manutention

Les manœuvres de relevage et de brancardage doivent être pratiquées de manière coordonnée sous la conduite d'un chef et exigent la stabilité des secouristes et la sécurité de leurs mouvements.

A cet effet, il convient de respecter les principes suivants :

- Stabilité des positions et sécurité des mouvements des secouristes

Le secouriste debout doit avoir les pieds écartés, décalés, non parallèles.

A genoux, il se place en position du « trépied », un genou à terre, l'autre écarté en dehors des avant-bras.

Penché en avant, il garde le dos plat et travaille avec les muscles des membres inférieurs, s'éloignant le moins possible de la position verticale. Il vaut mieux s'accroupir que se pencher.

Ces principes évitent les « faux mouvements » à l'origine de douleurs dorso-lombaires.

- Fermeté des prises

La charge est saisie à pleines mains et non du bout des doigts ; elle porte sur les avant-bras et non sur les mains.

- Bonne répartition des charges

Les secouristes doivent être plusieurs (3 à 6) selon les cas; la charge doit être rapprochée au maximum des porteurs.

- Synchronisation des mouvements

En équipe les mouvements doivent être doux et synchronisés, sous les ordres d'un chef.

Règles générales de brancardage

Le brancardage est une épreuve inconfortable pour la victime. Afin d'en minimiser les effets, il convient de respecter les règles et principes suivants :

- préalablement au déplacement :
 - arrimer ou sangler la victime ;
 - positionner les secouristes, en fonction de leur taille et de leur force ;
- lors du déplacement :
 - veiller à maintenir le brancard en position horizontale ;
 - s'assurer que les mouvements sont exécutés de façon coordonnée, afin d'être les plus doux possible pour la victime ;

En cela, les déplacements doivent être réalisés en marchant, sans secousse ni balancement.

- placer la tête de la victime vers l'avant, en règle générale.

Le chef se place préférentiellement à l'arrière : Ce positionnement lui permet d'avoir une vision sur l'ensemble de son équipe d'une part, tout en pouvant exercer une surveillance constante de la victime, d'autre part. Il doit :

- coordonner la manœuvre de brancardage. Pour cela, il veille à commander l'équipe de secouristes dans chacune des actions à conduire ;

Le commandement se fait, le plus souvent en deux temps. L'ordre d'exécution étant précédé d'un ordre préparatoire. Par exemple, « *attention pour leverlever* »

Les ordres sont donnés à haute et intelligible voix, afin d'être entendus par tous les membres de l'équipe.

Matériel de relevage et de brancardage

Il existe une série de matériels qui peuvent aider à relever une victime. Certains d'entre eux peuvent être utilisés pour un déplacement sur une courte distance jusqu'au lieu où la pose sur le brancard est possible.

Les véhicules spécialement affectés au transport des victimes (blessés, malades) sont équipés en général de brancards adaptés à des chariots porte-brancard dont ils peuvent être parfois désolidarisés (VSAV, UMH des SMUR, véhicules de premiers secours des associations agréées de sécurité civile, véhicules des transporteurs sanitaires privés,...).

Les modèles de brancards les plus couramment rencontrés sont :

- le brancard pliant à compas sans têtère.
C'est un brancard plat dont le fond est en toile ou en toile plastifiée. Les hampes sont en bois ou en métal, munies de pieds fixes et réunies par des compas métalliques permettant de plier le brancard dans le sens de largeur (transport à vide et

stockage). Il peut être muni de bretelles pour le brancardage à trois.

- Le brancard dit principal¹.

Ce brancard est muni de roues et peut être utilisé seul, ou combiné à un chariot de transport.

Muni d'un dossier (appelé appui-tête), il permet la position demi-assise, et peut être complété d'un repose-pied (brancard articulé).

La zone du thorax est rigide pour permettre de réaliser une RCP, il est recouvert d'un matelas de transport et parfois d'appuis latéraux rabattables.

- Les brancards dits de catastrophe.

Il s'agit de brancards plats, rigides, aisément empilables, dont le stockage et le transport à vide peuvent être faits sous faible volume.

- Le brancard pour aéronefs.

Certains aéronefs en version sanitaire sont munis de brancards spéciaux, plus étroits.

Outre les brancards, la chaise de transport permet de répondre à une difficulté réelle de brancardage en étages, dans les immeubles sans ascenseur ou aux escaliers ou ascenseurs étroits.

Elle peut être utilisée pour une victime qui peut se tenir assise et qui ne présente aucune détresse.

Il existe deux modèles de chaise de transport : pliant et non pliant. Ils sont équipés de poignées sur le cadre supérieur (dans le dos) et sur la barre inférieure (aux pieds).

Les brancards ou dispositifs de portage sont habituellement prévus pour des victimes de corpulence courante et ne peuvent être utilisés pour des victimes dont le poids est supérieur à un maximum indiqué par le fabricant. Pour transporter des victimes dont la corpulence est supérieure, il faut alors faire appel à des services dotés de dispositifs de

¹ Ce brancard répond à la norme NF EN 1865 - Décembre 1999 - relative aux spécifications

portage adaptés encore appelés "dispositifs bariatriques".

D'autres dispositifs de portage sont aussi couramment utilisés¹ :

- Le brancard cuillère.

Ce dispositif est constitué de deux parties que l'on glisse latéralement sous le blessé, puis qu'on réunit pour constituer un brancard rigide.

Ce matériel, en métal inoxydable ou en PVC, est constitué :

- d'un cadre tubulaire, large de 43 cm au niveau du tronc, dont les montants permettent le portage ;
- de lames pleines, légèrement incurvées, inclinées vers l'intérieur, permettant la « cueillette » de la victime.

Le cadre tubulaire est réglable en longueur et permet, par deux systèmes à encliquetage et articulés, l'ouverture en éventail ou la dissociation du brancard en deux parties.

Trois sangles permettent l'arrimage de la victime.

La forme "en auge" et les possibilités d'ouverture permettent de glisser les lames sous la victime sans la soulever.

Le stockage peut s'effectuer en position repliée.

Ce dispositif est surtout utilisé pour relever une victime et la transférer sur un autre moyen de transport. Il peut être équipé de blocs de tête pour assurer une restriction des mouvements du rachis cervical.

- L'alèse portoir.

Elle est constituée d'un rectangle de toile épaisse, solide, plastifiée, radio-transparente, dont la dimension correspond à la surface utile du brancard.

Elle est munie de poignées latérales renforcées de sangles de toile, dans le sens

transversal et parfois longitudinal. Les poignées sont au nombre de 6 ou 8 symétriques ou dissymétriques.

Elle est principalement utilisée comme dispositif de transfert. Placée à l'avance sur le brancard, sous la couverture, elle permet :

- de faire glisser le blessé d'un brancard sur un autre ;
- de faire passer le blessé du brancard sur un lit, une table d'examen ou de radiologie.

Elle est utilisée isolément et de façon transitoire pour transporter une victime (qui ne présente pas de lésion traumatique) jusqu'au brancard si on ne peut amener ce dernier à la victime.

Elle est lavable, stockable sous faible volume, mais ne constitue pas un plan dur, rigide.

- Le brancard Piguilem.

Ce brancard est formé par un cadre tubulaire métallique, monté sur patins.

Sur le devant est fixée une plaque en matière plastique assurant la protection de la toile et de la victime et facilitant le glissement. Léger, il est adapté au treuillage ou au glissement, sur neige par exemple.

A été également mis au point un brancard claie de portage *Pigui 3*, dérivé du premier, mais formé de deux éléments tubulaires facilitant le portage.

- La barquette.

La barquette est un dispositif rigide de transport de victime, muni de bords sur ses quatre côtés et de sangles d'immobilisation.

Elle présente quatre anneaux de fixation pour les élingues de treuillage ou d'héltreuillage.

2 Le plan-dur ainsi que le matelas immobilisateur à dépression, sont deux dispositifs de portage couramment utilisés. Ils ne sont pas

développés dans la présente partie mais font l'objet d'une présentation détaillée sur les fiches techniques *ad-hoc*

Certains modèles sont constitués de deux parties détachables, pour faciliter leur portage à vide.

- Les civières pour hélicoptères.

Pour le transport en hélicoptère moyen ou léger, il est nécessaire de transférer la victime sur la civière de l'appareil (d'où l'intérêt du portoir). Seuls les hélicoptères lourds acceptent les brancards normalisés.

- La gouttière Bellisle (ou portoir corset).

La gouttière *Bellisle* est couramment utilisée sur les bâtiments de la Marine nationale. Il s'agit d'un dispositif d'immobilisation et de transport de victime qui facilite l'évacuation en passant par des passages étroits (ascenseur, escalier, trou d'homme).

Elle est composée d'une enveloppe souple en toile lavable rigidifiée dans le sens de la longueur par des lamelles placées entre deux épaisseurs de toile. Elle dispose d'un dispositif de contention de la victime dans toutes les positions, et possède un système de portage par poignées et hampes amovibles et un système permettant le hissage en position verticale ou horizontale (sangles longitudinales).

Une fois la victime déposée sur la gouttière, cette dernière s'enroule autour de la victime assurant ainsi sa protection contre les chocs tout en la gardant sur un plan dur.

Gestes complémentaires d'examen

Indication

Après avoir réalisé un bilan d'urgence vitale, le secouriste examine la victime à la recherche de signes complémentaires après l'interrogatoire de la victime.

Justification

L'examen complémentaire repose sur la recherche des signes qui permettent de préciser la gravité d'un malaise ou d'une maladie et d'identifier les lésions présentées par une victime traumatisée et leurs éventuelles complications.

Matériel

L'examen d'une victime au cours du bilan complémentaire ne nécessite pas obligatoirement d'appareil d'examen ou de mesure.

Il peut toutefois être complété par l'utilisation de dispositifs médicaux qui permettent de réaliser des mesures ou de recueillir des données qui enrichissent le bilan secouriste, aideront le secouriste à surveiller la victime et qui doivent être transmises ou télétransmises au médecin régulateur.

Réalisation

Chez une personne victime de malaise ou malade

Chez un malade ou une personne victime d'un malaise, certaines manifestations traduisent une atteinte du cerveau et doivent être recherchées systématiquement, car elles ne s'accompagnent pas de douleur ni de sensations particulières. Ce sont :

- l'asymétrie de l'expression faciale.

Elle est recherchée en demandant à la victime de sourire ou de montrer les dents.

La réaction est normale si les deux côtés du visage bougent symétriquement.

Elle est anormale si un des côtés du visage ne suit pas l'autre dans ses mouvements.

- la faiblesse musculaire d'un membre supérieur.

Elle est recherchée en demandant à la victime (assise ou allongée) de fermer les yeux et d'étendre les bras devant elle pendant dix secondes.

La réaction est normale si les deux bras bougent et s'élèvent symétriquement.

Elle est anormale si un des deux bras ne bouge pas ou ne s'élève pas autant que l'autre ou chute progressivement.

- l'anomalie de la parole.

Elle est recherchée en demandant à la victime de répéter une phrase simple.

La réaction est normale si la victime répète les mêmes mots à un rythme normal.

Elle est anormale si la parole est ralentie, difficile à comprendre, si la victime ne répète pas les mêmes mots, si elle est incapable de parler ou si elle ne parle pas « comme d'habitude ».

- la mesure de la glycémie.

Elle est réalisée en l'absence de médecin ou d'infirmier lorsque le bilan d'urgence vitale ou complémentaire évoque des signes d'accident vasculaire cérébral, un malaise susceptible d'être lié à une hypoglycémie (malaise chez un diabétique, malaise à l'effort, à jeun), devant une victime qui présente des troubles du comportement (agitation, confusion, prostration, agressivité) ou une perte de connaissance avec présence de mouvements ventilatoires.

- la mesure de la température.
Elle est recherchée lorsque l'on suspecte une hypo ou une hyperthermie comme une anomalie de la température de la victime (anormalement chaude ou froide) lors du bilan d'urgence vitale. Elle est réalisée au moyen d'un thermomètre.

Chez une personne victime d'un traumatisme

L'examen complémentaire d'une victime d'un traumatisme a pour objectif de rechercher et de localiser des lésions traumatiques comme :

- des contusions ;
- des gonflements (hématomes, œdèmes) ;
- des déformations ;
- des plaies et leurs aspects : écorchure, coupure, plaie punctiforme, lacération ;
- des brûlures et leurs aspects : rougeur, présence de cloques intactes ou percées, zone blanchâtre, noirâtre ou brunâtre.

Pour chaque lésion, il doit être indiqué sa nature, sa localisation exacte et son étendue.

Les lésions sont à rechercher à l'endroit où se plaint la victime lorsque le traumatisme est mineur ou manifestement localisé (faux mouvement, chute de faible hauteur).

Cette recherche est étendue sur la totalité du corps de la victime « de la tête aux pieds » lorsque le traumatisme a été violent ou si la victime présente un trouble de la conscience, en regardant, et en palpant si nécessaire. Pour cela, il convient d'examiner successivement :

- la tête.
Passer les mains dans les cheveux et observer la face à la recherche d'un saignement ou d'une déformation (hématome autour des yeux, etc.). Repérer un écoulement par le nez ou les oreilles.
- le cou.
Après avoir stabilisé le rachis cervical, observer et passer les mains sous la nuque sans déplacer ni surélever la tête à la recherche de sang, d'une douleur ou d'une déformation.
- le thorax.

Rechercher une contusion, une plaie et une anomalie du soulèvement de la poitrine à la respiration (seule une partie du thorax se soulève).

- l'abdomen.
Rechercher une contusion ou une plaie de l'abdomen (parfois accompagnée d'une sortie de l'intestin). Apprécier le soulèvement de l'abdomen à chaque inspiration. Appuyer délicatement sur la paroi de l'abdomen à la recherche d'une douleur provoquée.
- le dos.
Glisser les mains sous la victime sans la mobiliser et sans la déplacer à la recherche d'un saignement ou d'une douleur. Le secouriste peut profiter d'une manœuvre de relevage ou du déplacement de la victime pour faire cette recherche.
- le bassin.
Aucune palpation du bassin ne doit être réalisée. Un traumatisme du bassin est suspecté devant une victime qui se plaint d'une douleur spontanée de la partie basse de l'abdomen ou du bassin. Noter la présence de taches de sang sur les sous-vêtements qui peut faire suspecter un traumatisme des organes génitaux ou urinaires.
Si la victime a perdu connaissance, une fracture du bassin sera suspectée chez toutes victimes traumatisées qui présentent des signes de détresse circulatoire.
- les membres supérieurs et inférieurs.
Il faut réaliser un examen systématique de chaque membre pour identifier les lésions. Retirer les chaussures et les chaussettes si possible.
Si un membre est traumatisé (douleur, gonflement, déformation), exposer la zone concernée en enlevant tout ce qui pourrait limiter son examen ;
 - rechercher l'état de sa circulation à son extrémité en appréciant la couleur et la température de la peau, le temps de recoloration

cutanée et pour le membre supérieur le pouls radial ;

- demander à la victime si elle peut bouger les doigts (traumatisme du membre supérieur) ou les orteils (traumatisme du membre inférieur) pour identifier un trouble de la motricité ;
- toucher délicatement et à plusieurs endroits le membre traumatisé et demander à la victime si elle sent quand on la touche pour identifier un trouble de la sensibilité.

Si la victime a perdu connaissance : soulever ou écarter les vêtements pour palper chaque

membre, de sa racine à son extrémité, sans le mobiliser, en l'empaumant latéralement et en appuyant délicatement à deux mains. Cette technique permet de localiser certaines déformations.

Risques

Les gestes d'examen du bilan complémentaire doivent éviter tous mouvements susceptibles d'aggraver l'état de la victime.

Interrogatoire de la victime

Indication

Après avoir réalisé un bilan d'urgence vitale, le secouriste, au cours du bilan complémentaire, interroge la victime ou son entourage.

Justification

L'interrogatoire permet de préciser la gravité d'un malaise ou d'une maladie et d'identifier les plaintes conséquentes aux lésions présentées par une victime traumatisée ainsi que leurs éventuelles complications.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Analyse des plaintes

Pour chaque plainte exprimée et notamment pour la douleur, demander à la victime de préciser :

- les circonstances de survenue ou le facteur déclenchant.

Il s'agit de déterminer les circonstances dans lesquelles apparaît ou est apparu la douleur. La connaissance du facteur

déclenchant peut aider à déterminer la cause et la gravité du malaise.

- les caractéristiques de la douleur.

Il s'agit de la description, souvent par comparaison de ce que la victime ressent. Pour une douleur, il s'agit du ou des termes qui la décrivent le mieux.

- la localisation.

Il s'agit de la région du corps atteinte, siège de la douleur, mais aussi des endroits où celle-ci diffuse ou irradie.

- l'intensité de la douleur et son évolution (voir ci-après évaluation de la douleur).
- la durée, depuis combien de temps est apparue et dure cette douleur ?

Évaluation de la douleur

- Pour faire quantifier la douleur, on utilise une échelle d'évaluation comme l'échelle verbale simple.
- Celle-ci consiste en une échelle virtuelle cotée de 0 à 4 ou de 0 à 10 et pour laquelle correspond à chaque valeur une réponse verbale ou visuelle apportée par la victime.

EVS : Échelle verbale simple en 5 points évaluant l'intensité de la douleur (adulte)

Demander à la victime de préciser le niveau de sa douleur à l'instant présent en lui donnant une note de 0 à 4 selon les indications ci-dessous.

- 0 – Douleur nulle
- 1 – Douleur faible
- 2 – Douleur moyenne
- 3 – Douleur forte
- 4 – Douleur insupportable

EN : Échelle numérique (adulte)

Demander à la victime d'évaluer l'intensité de la douleur au moment présent en lui donnant une note de 0 à 10.

La note « 0 » correspond à l'absence de douleur

La note « 10 » correspond à la douleur maximale imaginable.

EVA : L'ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE

L'EVA se présente sous la forme d'une réglette en plastique graduée en mm.

Sur la face présentée à la victime se trouve un curseur qu'elle mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "Absence de douleur", et l'autre à "Douleur maximale imaginable". La victime doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qu'elle situe le mieux sa douleur.

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le secouriste. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.

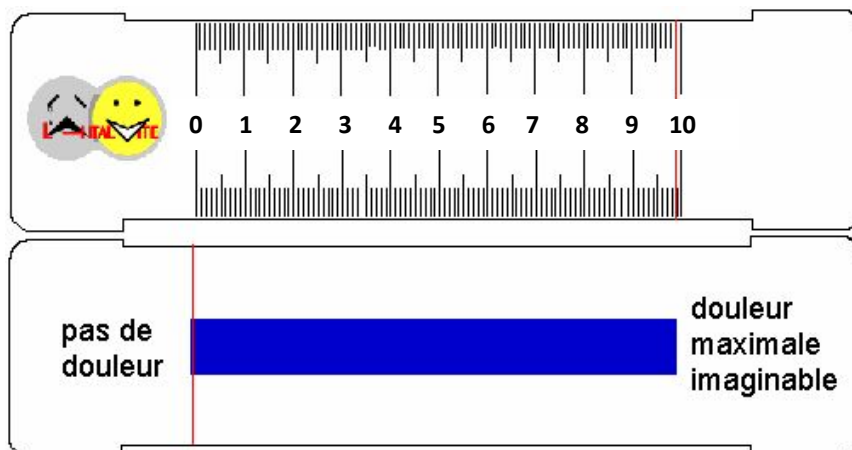


Figure 1: échelle visuelle analogique

L'utilisation de ces échelles demande une bonne coopération de la victime et une explication claire de son utilisation. Le secouriste doit toujours s'assurer de la bonne compréhension de la victime. Si la victime présente plusieurs points douloureux, une évaluation de chaque point doit être réalisée.

Chez l'enfant, il existe des échelles adaptées (échelle des 6 visages, échelle des 4 jetons). L'EVA peut être utilisée à partir de 4 ans et l'EN

à partir de 10 ans. Pour les enfants ou les adultes qui ne peuvent s'exprimer, le recueil de signes d'expression non verbale est nécessaire pour réaliser une évaluation de la douleur. Les signes d'hétéroévaluation de la douleur portent sur la mimique, les mouvements, la position de la victime et ses relations avec l'environnement.¹

Recherche des antécédents et traitements médicaux en cours

¹ L'autorité médicale de chaque organisme ou association est à même de choisir la méthode d'évaluation de la douleur à utiliser.

Il convient de faire préciser si la victime :

- présente une maladie connue ou si elle a déjà présenté des malaises ;
- a été hospitalisée soit dans le cadre d'une maladie connue ou de ses malaises, soit récemment ;

Il importe de connaître la durée de cette hospitalisation ainsi que ce qui a été dit à la victime sur son état de santé ;

- prend un traitement médical ;

En particulier, il importe de savoir si la victime a suivi son traitement et si elle a pris d'autres médicaments en sus de ceux prescrits par son médecin ;

- présente une allergie connue et à quel produit.

Mesure de la pression artérielle

Indication

La pression artérielle (PA) est un indicateur de la fonction circulatoire. Sa mesure est réalisée chaque fois que possible, lors du bilan d'urgence vitale et de la surveillance. La mesure de la PA ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence.

Justification

L'élévation de la PA (hypertension artérielle) ou sa diminution (hypotension artérielle) peuvent se voir à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie.

La mesure de la PA consiste à relever deux valeurs qui représentent, en millimètres de mercure, la pression exercée par le sang dans les artères :

- la valeur la plus élevée, appelée pression systolique, mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contraction du cœur.
- la valeur la plus basse, appelée pression diastolique, mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors du relâchement du cœur.

Cette mesure apporte au secouriste et au médecin régulateur des indications supplémentaires sur l'état de la victime.

Matériel

La mesure de la pression artérielle est possible grâce à un tensiomètre qui mesure la contre pression exercée au niveau du bras par un brassard pneumatique. Il existe plusieurs types de tensiomètres utilisables pour prendre la pression artérielle :

- le tensiomètre manuel composé :
 - d'un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (il

existe, en fonction de la taille, des manchons adultes et enfants) ;

- d'un tuyau relié à une poire qui permet de gonfler le manchon ;
 - Cette poire est équipée d'une valve dont l'ouverture permet au manchon de se dégonfler progressivement.
 - d'un manomètre qui mesure la contre-pression exercée sur le bras.
- le tensiomètre automatique composé :
 - d'une centrale, alimentée par une batterie, sur laquelle s'affichent les chiffres de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque ;
 - d'un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (identique au tensiomètre manuel) ;
 - de tuyaux qui relient le manchon à la centrale.

Réalisation

La mesure de la PA se fait idéalement sur une victime en position assise, demi-assise ou allongée avec pose du brassard au niveau du bras.

Mesure automatique

La mesure de la PA à l'aide d'un appareil automatique est préférable pour le secouriste à la mesure de la pression artérielle avec un appareil manuel. Elle demande uniquement la mise en place du manchon à pression autour du bras, en disposant le repère artériel juste au-dessus du passage de l'artère (au niveau de la face interne du pli du coude).

La mesure se fait automatiquement. Le mode d'emploi de l'appareil doit être respecté.

La mesure de la pression artérielle s'affiche sur le cadran de même que la fréquence cardiaque.

Mesure par auscultation

Cette méthode nécessite un tensiomètre manuel et un stéthoscope.

- placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la victime (accessible et non traumatisé) ;
- Le bord inférieur du brassard doit être placé à deux centimètres au moins au-dessus du pli du coude (en face interne du pli du coude).
- Si le manomètre est fixé au manchon, il doit être visible.
- placer les embouts du stéthoscope dans les oreilles en veillant à ce qu'ils pointent vers l'avant ;
- localiser le pouls de l'artère qui passe au niveau de la partie interne du pli du coude avec les doigts ;
- placer le pavillon du stéthoscope sur le trajet de l'artère, juste au-dessus du pouls. Le maintenir avec l'index et le majeur d'une main ;
- Le pavillon du stéthoscope se trouve un centimètre au-dessous du bord inférieur du brassard.
- gonfler doucement le brassard en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus entendre le bruit du pouls ;
- continuer à gonfler de 30 mmHg en plus, après disparition du bruit du pouls ;
- dégonfler doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonflage ;
- L'aiguille du manomètre doit descendre doucement sur le cadran (de 2 à 3 mmHg/s).
- noter la valeur indiquée sur le cadran dès que le bruit du pouls est à nouveau audible; cette valeur correspond à la pression systolique.

- continuer à dégonfler le brassard et noter à nouveau la valeur lorsque le bruit du pouls disparaît, cette valeur correspond à la pression diastolique.

Mesure par palpation

Cette méthode est à utiliser dans une ambiance bruyante. Elle ne permet de mesurer que la pression systolique.

- Placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la victime (accessible et non traumatisé) ;
- Le bord inférieur du brassard doit être placé à deux centimètres au moins au-dessus du pli du coude (en face interne du pli du coude).
- Si le manomètre est fixé au manchon, il doit être visible.
- Maintenir la poire de gonflage d'une main et fermer la valve ;
- Localiser le pouls radial de la victime avec les doigts de l'autre main ;
- Gonfler doucement le brassard en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus percevoir le pouls radial ;
- Continuer à gonfler de 30 mmHg en plus après disparition du pouls radial ;
- Dégonfler doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonflage ;
- L'aiguille du manomètre doit descendre doucement sur le cadran (2 à 3 mmHg /s) ;
- Noter la valeur indiquée sur le cadran dès que le pouls radial est à nouveau perceptible. Cette valeur correspond à la pression systolique ;
- Dégonfler totalement le brassard.

Risques et contraintes

Avant de débiter la mesure, prévenir la victime que le gonflement du brassard peut entraîner une possible sensation douloureuse. Si le manchon du tensiomètre est laissé en place pour une nouvelle mesure lors de la surveillance, il convient de s'assurer que ce dernier est bien dégonflé, pas trop serré et ne gêne pas la victime.

Les dispositifs médicaux de mesure de la PA peuvent ne pas afficher de résultats si la PA est trop basse ou trop élevée.

Évaluation

La mise en place correcte de l'appareil garantit l'efficacité de la technique.

Mesure de la saturation pulsée en oxygène

Indication

L'oxymètre de pouls est un appareil électronique qui mesure la saturation d'oxygène (O₂) des globules rouges au niveau de la circulation capillaire.

L'oxymètre de pouls permet de détecter très rapidement un manque d'oxygène dans l'organisme. Il vient compléter la réalisation du bilan de la fonction respiratoire de la victime et aide à sa surveillance. La mesure de la saturation pulsée en oxygène (SpO₂) ne doit, en aucun cas, retarder la mise en œuvre de gestes de secours d'urgence évidents. Elle est utile en particulier en cas de :

- détresse vitale (sauf arrêt cardio-respiratoire) ;
- gêne respiratoire ou de plainte respiratoire ;
- malaise ou aggravation d'une maladie ;
- traumatisme grave ou violent, ou en cas de traumatisme thoracique.

Le résultat de la mesure de la SpO₂ reflète l'efficacité du transport de l'oxygène de l'air respiré jusqu'aux capillaires, lieu d'échange avec les cellules.

Justification

La SpO₂ permet de décider et de guider l'administration d'oxygène en fonction des valeurs indiquées.

Matériel

L'oxymètre de pouls comprend :

- une unité de mesure dotée, en règle générale, d'un écran de lecture et alimentée par des batteries ;

- un capteur que l'on pose sur une partie du corps (doigt, lobe de l'oreille, front ou nez).

Il existe des capteurs adaptés en fonction de l'âge de la victime (adulte, enfant, nourrisson, nouveau-né).

Réalisation

L'oxymètre de pouls peut être intégré dans des dispositifs médicaux multiparamétriques.

- placer le capteur sur une peau ou un ongle non verni, propre ;
- mettre l'appareil en marche et respecter les recommandations du fabricant ;
- relever le résultat sur l'écran de l'appareil.

En règle générale, deux valeurs s'affichent :

- la saturation pulsée en oxygène ;
- la fréquence du pouls.

La SpO₂ se situe normalement entre 94 et 100 %.

Risques et contraintes

Dans plusieurs situations, le signal peut ne pas être détecté par le capteur (victime agitée, tremblements, refroidissement des extrémités, détresse circulatoire, maladies vasculaires, etc.) et ne donnera pas de résultats fiables.

Les intoxications aux fumées et les intoxications au monoxyde de carbone (CO) faussent la mesure et donnent à tort des valeurs rassurantes.

La présence de vernis à ongle ou un doigt sale ne permettent pas une bonne mesure au niveau de l'extrémité du doigt.

Évaluation

A la fin de la mesure, la SpO2 s'affiche correctement, sans message d'erreur et le résultat est cohérent avec l'état de la victime.

Mesure de la température

Indication

La mesure de la température doit être réalisée systématiquement chez toute victime, suspecte d'hypo ou hyperthermie.

Justification

La mesure de la température d'une victime a pour objectif de dépister une augmentation (hyperthermie) ou une diminution (hypothermie) de la température.

Matériel

Il existe plusieurs types de thermomètres utilisables pour mesurer la température :

- le thermomètre tympanique (ou auriculaire).

Il permet de réaliser la mesure à partir de la chaleur infrarouge émise par la membrane du tympan. Il se compose habituellement :

- de couvre-sondes à usage unique ;
- d'un écran qui affiche la température ainsi que les instructions d'utilisation ;
- d'un bouton qui active la mesure de la température ;
- d'un logement pour les batteries.

- le thermomètre électronique.

Il permet, selon les modèles, une mesure rectale, buccale ou axillaire (sous le bras).

Un signal sonore annonce le résultat après environ soixante secondes de prise.

En fonction de la localisation de la mesure, il faut ajouter au résultat affiché entre un demi et un degré pour obtenir la température correcte (Cf. notice fabricant).

- le thermomètre médical.

Ressemblant à l'ancien thermomètre au mercure, son contenu a été remplacé par un autre liquide.

Il permet une prise de mesure rectale ou axillaire.

Le résultat de la température apparaît au bout de trois minutes environ de prise et se lit en inclinant de profil le thermomètre.

- Le thermomètre frontal.

Il existe plusieurs types de thermomètres frontaux.

Ils peuvent être de simple indicateur de température et se présenter sous la forme d'une barrette plastique à poser sur le front de la victime. Ils peuvent être aussi des thermomètres avec contact ou à distance à infrarouge.

Réalisation

Seule est décrite la prise de température à l'aide d'un thermomètre auriculaire.

- placer un couvre-sonde à usage unique sur l'extrémité de la sonde ;
- saisir le pavillon de l'oreille et exercer une légère traction vers le haut et vers l'arrière ;
- positionner l'ensemble sonde et couvre-sonde à l'entrée du conduit auditif externe de la victime ;
- pousser doucement l'ensemble dans le conduit auditif ;
- appuyer sur le bouton de mesure de la température ;
- retirer le thermomètre du conduit auditif après l'émission du signal annonçant la fin de la prise de température ;
- noter la température affichée sur l'écran ;

- éjecter le couvre sonde dans un conteneur de recueil de DASRI .

Si un autre type d'appareil de mesure de la température est utilisé, se conformer au guide d'utilisation du constructeur.

Risques et contraintes

Pour limiter tout risque traumatique en utilisant un thermomètre auriculaire, il convient de prévenir tout mouvement excessif de la tête lors de la mesure.

Le thermomètre auriculaire ne doit pas être utilisé chez :

- un nourrisson de moins de 3 mois, car le diamètre de son conduit auditif est

inférieur à celui de la sonde du thermomètre ;

- une victime d'un traumatisme auriculaire bilatéral, lors d'un accident avec explosion, par exemple.

Lors de variation brusque de température ambiante (passage de l'ambulance à l'environnement extérieur froid), le thermomètre auriculaire peut donner des chiffres erronés.

Évaluation

A la fin de la mesure, la température s'affiche correctement.

Technique de mesure recommandée (HAS)

de la naissance à 2 ans	1 - Rectale (indiquée) 2 - Axillaire (dépistage des enfants peu vulnérables)
de 2 à 5 ans	1 - Rectale (indiquée) 2 - Axillaire ou tympanique (dépistage)
au-delà de 5 ans	1 - Buccale (définitive) 2 - Axillaire, tympanique, frontale (dépistage)

Recherche d'une détresse vitale

Indication

L'examen des fonctions vitales de l'organisme est systématique au cours du bilan d'urgence vitale. Il doit être poursuivi tout au long de la prise en charge de la victime particulièrement lors de sa surveillance.

Justification

Cet examen permet de détecter immédiatement une altération d'une ou de plusieurs fonctions qui menacent à très court terme la vie de la victime et de mettre en œuvre immédiatement les gestes de secours qui s'imposent.

Il permet aussi d'informer le médecin et de lui fournir les éléments essentiels et indispensables pour évaluer l'état de gravité de la victime.

Matériel

L'examen des fonctions vitales ne nécessite pas obligatoirement d'appareil d'examen ou de mesure. Il peut toutefois être amélioré par un appareil de mesure **si sa mise en œuvre ne retarde pas la réalisation des gestes de secours.**

Comme :

- la pression artérielle (tensiomètre),
- la saturation pulsée en oxygène (oxymètre de pouls).

Réalisation

Examen de la fonction respiratoire

- Rechercher la présence ou l'absence de ventilation

La recherche de la présence ou de l'absence de ventilation est réalisée au

cours de l'examen initial d'une victime ayant perdu connaissance.

On ne peut évaluer la ventilation d'une victime que si les voies aériennes sont libres. Il est donc essentiel, particulièrement chez une victime qui a perdu connaissance, de pratiquer les gestes indispensables de libération des voies aériennes tout en stabilisant le rachis cervical s'il s'agit d'une victime suspecte de traumatisme.

La liberté des voies aériennes est un préalable à toute évaluation de la ventilation d'une victime.

Il convient ensuite de :

- se pencher sur la victime, l'oreille et la joue du secouriste au-dessus de sa bouche et de son nez, tout en gardant le menton de la victime élevé.
- rechercher, durant dix secondes au plus :
 - avec la joue : le flux d'air expiré par le nez et la bouche ;
 - avec l'oreille : les bruits normaux (souffle) ou anormaux de la respiration (sifflement, ronflement, gargouillement) ;
 - avec les yeux : le soulèvement du ventre ou de la poitrine.

Si aucun souffle n'est perçu ou aucun bruit n'est entendu et que ni le ventre ni la poitrine ne se soulèvent durant cette recherche : la victime ne respire pas.

Si la victime présente des mouvements ventilatoires inefficaces, bruyants, anarchiques et lents, c'est-à-dire moins de 1 mouvement en 10 secondes (< 6 mts/min), alors la ventilation doit être considérée comme inefficace.

- Évaluer la ventilation

L'évaluation de la ventilation permet de donner des éléments chiffrés et de rechercher une détresse respiratoire débutante. Elle est réalisée au cours du bilan d'urgence vitale, chez une victime ayant ou non perdu connaissance et lors de sa surveillance.

Réalisée sur une durée d'une minute, cette évaluation permet :

- d'observer la partie supérieure de l'abdomen ainsi que le thorax de la victime. Une respiration normale se fait sans effort et sans difficulté pour la victime.
- de placer une main sur la partie inférieure de son sternum pour estimer :
 - la fréquence, c'est-à-dire le nombre de mouvements respiratoires compté sur une minute ;
 - l'amplitude, c'est-à-dire comment l'abdomen et le thorax se soulèvent à chaque respiration ;
 - la régularité, c'est-à-dire l'absence de pause de plus de six secondes

entre les mouvements respiratoires.

- Évaluer la coloration de la victime

L'examen de la couleur de la peau et des muqueuses d'une victime renseigne le secouriste sur l'état d'oxygénation des tissus (tout comme de la circulation).

La couleur de la peau est appréciée au niveau de la face de la victime ou des extrémités des membres. La couleur des muqueuses est appréciée sur les lèvres. Normalement, les muqueuses sont roses.

Une coloration bleutée de la peau et des muqueuses (cyanose) traduit, lorsqu'elle existe, une insuffisance d'oxygénation des tissus.

- Mesurer la saturation pulsée en oxygène (SpO₂)

L'évaluation de la respiration peut être complétée en mesurant la SpO₂ à l'aide d'un appareil de mesure (oxymètre de pouls).

La SpO₂ normale est supérieure ou égale à 94%.

Fréquence respiratoire normale	
Adulte	12 à 20 mouvements par minute
Enfant	20 à 30 mouvements par minute
Nourrisson	30 à 40 mouvements par minute
Nouveau-né	40 à 60 mouvements par minute

Qualité de la respiration

Normale	Respiration silencieuse
Superficielle	Mouvement du thorax et de l'abdomen à peine perceptible (difficile à compter)
Difficile	Effort respiratoire Contraction des muscles du haut du thorax et du cou Pincement des ailes du nez chez l'enfant et le nourrisson
Bruyante	Sifflements, ronflements, gargouillements, râles

Examen de la fonction circulatoire

La **recherche** d'un pouls n'est pas systématique pour caractériser l'arrêt cardiaque. Toutefois, si elle est effectuée, elle ne doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours.

- Rechercher la présence ou l'absence du pouls carotidien (ou fémoral chez le nourrisson)

Si une recherche de pouls est pratiquée chez une victime ayant perdu connaissance et qui ne respire pas, elle doit être effectuée en même temps que la recherche d'une respiration (et en aucun cas plus de 10 secondes). En cas de doute sur la présence du pouls carotidien ou fémoral, le secouriste considérera qu'il est absent.

Le pouls carotidien peut être recherché chez l'adulte ou l'enfant pour identifier une détresse circulatoire (pouls carotidien perceptible alors que le pouls radial ne l'est pas) et pour compter la fréquence cardiaque si le pouls radial n'est pas perceptible.

Il convient alors de se placer du côté de la carotide qui va être palpée et de maintenir la tête de la victime avec l'autre main sur le front.

Chez l'adulte et l'enfant, le pouls doit être recherché sur la face latérale du cou en le palpant entre la pulpe de 2 ou 3 doigts médians de la main qui tenait le menton de la victime (index, majeur et annulaire) et le

plan osseux profond constitué par la colonne cervicale :

- poser l'extrémité des doigts sur la ligne médiane du cou ;
- ramener la main vers soi, la pulpe des doigts restant au contact de la peau du cou ;
- pousser doucement la pulpe des doigts vers la profondeur pour percevoir les battements de la carotide.

Chez le nourrisson, la recherche du pouls se fait au niveau du pli de l'aîne. Elle est pratiquée par le secouriste au cours du bilan ou de la surveillance.

- poser la pulpe des doigts au niveau du pli de l'aîne, racine de la cuisse ;
- pousser doucement en profondeur et rechercher les battements de l'artère

- Évaluer la circulation

L'évaluation de la circulation permet de rechercher une altération de la circulation, c'est-à-dire l'existence d'une détresse circulatoire.

Cette recherche est pratiquée par le secouriste chez une victime consciente ou ayant perdu connaissance lors du bilan d'urgence vitale. Elle doit être renouvelée lors de la surveillance de la victime.

L'évaluation de la circulation s'effectue en prenant le pouls de la victime, sur une durée d'une minute. Il est recherché au niveau :

- de la face antérieure du poignet, en plaçant l'index, le majeur et éventuellement l'annulaire sur le trajet de l'artère radiale, dans le prolongement du pouce ;
- du cou, en palpant l'artère carotidienne (voir ci-dessus) si le pouls au niveau du poignet est imperceptible ;
- du milieu du pli de l'aîne en palpant l'artère fémorale avec deux ou trois doigts si l'on ne peut pas prendre le pouls carotidien (voir ci-dessus).

La recherche du pouls permet de déterminer :

- la fréquence cardiaque, c'est-à-dire le nombre de battements cardiaques par minute ;
- la régularité du pouls et l'absence de pause ;
- l'amplitude ou force du pouls, déterminée par la facilité à le percevoir.

Fréquence cardiaque normale	
Adulte	60 à 100 battements par minute
Enfant	70 à 140 battements par minute
Nourrisson	100 à 160 battements par minute
Nouveau-né	120 à 160 battements par minute

- Évaluer la peau et les muqueuses

L'examen de la couleur de la peau et des muqueuses ainsi que de la température et l'humidité de la peau d'une victime renseigne aussi le secouriste sur l'état de circulation des tissus.

Une pâleur, la présence de marbrures de la peau particulièrement au niveau des genoux et des cuisses ainsi qu'une peau humide et froide au toucher traduit une

altération de la fonction circulatoire. Chez une victime, la présence d'une pâleur extrême est souvent le reflet d'une perte importante de sang.

- Mesurer la pression artérielle (PA)

L'évaluation de la circulation peut être complétée en mesurant la PA de la victime à l'aide d'un tensiomètre en la comparant à la PA connue de la victime. La mesure de la PA renseigne le secouriste et le médecin sur l'état de la circulation de la victime.

Les valeurs normales de pression artérielle chez l'adulte au repos et réveillé oscillent autour de 100mmHg de PA systolique et 80mmHg de PA diastolique

Contrairement à l'adulte, il ne peut y avoir de valeur de référence chez l'enfant. La pression artérielle de l'enfant varie en fonction de son sexe, de son âge, sa taille et de son poids.

Le secouriste se limitera à transmettre les valeurs de pression artérielle mesurée pour demander un avis médical.

- Mesurer le temps de recoloration cutanée (TRC)

Cette mesure renseigne sur l'état de la circulation au niveau des tissus. Il traduit la capacité du système circulatoire à remplir les petits vaisseaux de sang.

Elle est réalisée lors du bilan d'urgence vitale que la victime soit consciente ou non.

Le TRC est évalué au niveau du lit de l'ongle d'un doigt, pour cela il faut :

- comprimer fortement l'extrémité d'un doigt entre le pouce et l'index, pendant deux à trois secondes ; le lit de l'ongle devient pâle.
- relâcher la pression et mesurer le temps de recoloration.

Normalement le lit de l'ongle se recolore en moins de deux secondes.

Cette évaluation est impossible si la victime porte du « vernis à ongles ».

Examen de la fonction neurologique

L'examen de la fonction neurologique permet de déterminer si la victime présente une altération de la conscience ou une désorientation.

- Évaluer le niveau de conscience¹

L'évaluation du niveau de conscience se réalise au cours de l'examen initial, en quelques secondes et quelle que soit la position de la victime.

- Poser une question simple à la victime « Comment ça va ? Vous m'entendez ? » tout en la secouant doucement par les épaules.
- Lui prendre la main et lui demander d'exécuter un ordre simple : « Ouvrez les yeux, serrez-moi la main. »
- En l'absence de réaction, la stimuler en réalisant une pression sur la base d'un de ses ongles (Aucune autre méthode de stimulation douloureuse ne doit être réalisée).

En fonction de la réponse de la victime à ces gestes d'examen, la victime est considérée comme :

- Consciente, alerte ou éveillée si elle ouvre les yeux, répond et bouge spontanément,
- Réactive à la voix si elle n'ouvre les yeux, parle, exécute un ordre simple que quand on le lui demande (stimulation verbale).
- Réactive à la douleur si elle ouvre les yeux ou réagit que quand on exerce une pression à la base de l'ongle (stimulation douloureuse) mais ne répond pas à la stimulation verbale,

- Aréactive si elle reste inerte, ne bouge pas, n'ouvre pas les yeux et ne réagit ni à la voix ni à la stimulation douloureuse.

Cet examen peut être renouvelé autant que nécessaire si le secouriste pense que l'état de conscience de la victime se modifie, particulièrement lors de la surveillance.

Si la victime est consciente, il est alors possible d'identifier ses plaintes.

- Évaluer l'orientation de la victime

L'évaluation de l'orientation de la victime permet de détecter une détresse neurologique.

Elle est réalisée systématiquement chez toute victime consciente au cours du bilan d'urgence vitale. Elle doit être renouvelée au cours du bilan complémentaire et au cours de la surveillance.

Demander à la victime par exemple :

- « Comment vous appelez-vous ? »
- « En quelle année sommes-nous ? »
- « Où sommes-nous ? »
- « Que s'est-il passé ? »

Si la victime répond correctement aux questions, on dit qu'elle est orientée. Si elle a du mal à mémoriser et présente une désorientation dans le temps ou dans l'espace ou dit qu'elle est confuse ou désorientée. Dans d'autres cas, les propos de la victime peuvent être incohérents ou incompréhensibles.

- Rechercher une perte de connaissance passagère

Pour rechercher une perte de connaissance passagère, il convient de demander à la victime si elle se souvient de ce qui s'est passé.

¹ La méthode qui est proposé ici consiste à évaluer l'état de conscience d'une victime en appréciant sa réactivité à une stimulation verbale ou douloureuse (échelle AVPU). Le niveau de conscience d'une victime peut être apprécié en

évaluant l'ouverture des yeux, la réponse verbale ou motrice à la stimulation (Score de Glasgow). L'autorité médicale de chaque organisme ou association est à même de choisir la méthode à utiliser.

Une victime qui ne se souvient pas de l'accident ou du malaise (amnésie de l'événement) a souvent présenté une perte de connaissance.

L'interrogatoire de l'entourage permet aussi de savoir s'il y a eu perte de connaissance.

L'examen de la fonction neurologique permet aussi :

- d'évaluer la motricité

La motricité des membres supérieurs et des membres inférieurs d'une victime doit être évaluée pour rechercher une détresse neurologique.

Cette évaluation est réalisée systématiquement au cours du bilan d'urgence vitale chez une victime consciente. Elle sera répétée après immobilisation de toute victime suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Cette évaluation s'effectue en demandant à la victime de :

- remuer les doigts puis les orteils ou les pieds
- serrer les mains.

Une victime qui ne peut bouger un ou plusieurs membres présente une paralysie.

- d'examiner l'état des pupilles

L'examen des pupilles permet de détecter des signes d'une détresse neurologique qui

peut être liée à un traumatisme crânien, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxication.

Le secouriste doit examiner les pupilles de la victime systématiquement lors du bilan d'urgence vitale. Il peut le faire même si la victime a perdu connaissance.

Demander à la victime d'ouvrir les deux yeux ou ouvrir les yeux de la victime pour les mettre à la lumière « du jour ».

Normalement, les pupilles sont de diamètre identique. La constatation de pupilles de diamètres différents doit être signalée.

Risques

Les gestes d'examen d'urgence vitale doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement de la victime.

En présence d'un traumatisé, il faut assurer une stabilisation du rachis cervical pendant la recherche d'une détresse vitale et la réalisation des gestes de secours d'urgence tant qu'une décision d'immobilisation de la victime n'est pas prise.

Dégagement d'urgence

Indication

Le dégagement d'urgence d'une victime est réalisé pour :

- soustraire une victime à un danger réel, vital, immédiat et non contrôlable ;
- rendre possible les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser.

Justification

Le dégagement d'urgence est destiné à déplacer, de quelques mètres ou plus, en quelques secondes, la victime jusqu'à un lieu sûr pour permettre de réaliser, en toute sécurité, le bilan, les gestes de secours d'urgence et la surveillance de la victime.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

- Assurer la sécurité de toute intervention.

Traction par les chevilles

- Saisir la victime par les chevilles ;
- tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.

Traction par les poignets

- Saisir la victime par les poignets ;
- tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.

Traction par les vêtements

- Saisir la victime par ses vêtements ;
- tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.

Traction sous les aisselles¹

- Asseoir la victime en la saisissant par ses vêtements ;
- se placer derrière elle et saisir ses poignets opposés en passant les avant-bras sous ses aisselles ;
- surélever la partie supérieure de son corps, ses pieds restant en contact avec le sol ;
- tirer la victime à reculons, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.

Sortie d'un véhicule

- Détacher ou couper la ceinture de sécurité ;
- dégager éventuellement les pieds de la victime des pédales du véhicule ;
- passer la main sous son aisselle la plus proche et maintenir son menton ;
- passer l'autre main sous l'autre aisselle et saisir sa ceinture ou son poignet opposé ;
- tirer la victime hors du véhicule en se redressant, tout en poursuivant le maintien de sa tête ;
- allonger la victime sur le sol en zone sûre en accompagnant sa tête et sa nuque.
- Un second secouriste peut aider à allonger la victime sur le sol.

Dégagement d'un enfant ou d'un nourrisson

- Dégager le jeune enfant ou le nourrisson en le portant dans les bras.

1 Cette technique permet de déplacer la victime dans des escaliers ou sur un sol accidenté, tout en protégeant la tête de la victime.

Traction sur le sol par « équipier relais »¹

- Un 1^{er} secouriste doit :
 - s'allonger au sol ;
 - saisir la victime :
 - au niveau des chevilles, si l'abord se fait par les pieds ;
 - par les poignets, la ceinture ou les aisselles, si l'abord se fait par la tête.

- un ou deux autres secouristes doivent :
 - saisir les chevilles du 1^{er} secouriste ;

- tirer de dessous l'obstacle la victime par l'intermédiaire du 1^{er} secouriste, lorsque ce dernier en donne l'ordre.

Risques

Les techniques de dégagements d'urgence sont susceptibles d'aggraver les lésions de la victime notamment de la colonne vertébrale mais permettent de soustraire une victime à une mort quasi certaine..

Evaluation

La victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger, en zone sûre.

1 Cette technique, exceptionnelle, permet de tirer une victime gisant sous un obstacle, accessible par la tête ou par les pieds. Avant toute

manœuvre, le calage du véhicule ou de l'obstacle sera réalisé ou vérifié.

Aspiration de mucosité

Indication

L'aspiration est réalisée chaque fois qu'une victime qui a perdu connaissance présente un encombrement des voies aériennes par des liquides ou des particules solides qu'elle ne peut expulser. Les vomissures, l'eau chez le noyé, le sang et les sécrétions des poumons sont les principales sources d'un encombrement des voies aériennes.

La présence de sécrétions dans les voies aériennes est identifiée par :

- un bruit de gargouillements au cours des mouvements respiratoires ou lors d'une ventilation artificielle ;
- la présence de contenu gastrique (vomissures), mucosités (salive) ou de sang qui sortent par la bouche ou par le nez de la victime.
- Chez le nouveau-né en détresse, par la présence au niveau des voies aériennes supérieures de méconium, de caillots de sang ou d'un mucus épais (vernix).

L'aspiration des sécrétions est réalisée :

- après avoir libéré les voies aériennes et installé la victime en PLS, chez une victime qui a perdu connaissance ;
- pendant les compressions thoraciques afin de ne pas les interrompre, chez une victime en arrêt cardiaque ;
- pendant la prise en charge du nouveau-né à la naissance s'il n'est pas en bonne santé.

Justification

Le retrait des sécrétions qui encombrant les voies aériennes d'une victime permet d'améliorer sa respiration spontanée ou une ventilation artificielle, donc son oxygénation. L'aspiration est une technique importante pour le dégagement des voies aériennes.

Matériel

L'aspiration nécessite :

- une pompe à dépression, manuelle ou électrique, elle peut être portable ou installée directement dans le véhicule de secours.
- une sonde d'aspiration **buccale** adaptée à l'âge de la victime (tableau 1) qui peut être :
 - souple et à extrémité en mousse,
 - rigide (Yankauer) .

La sonde d'aspiration est reliée à l'appareil par un tuyau. L'ensemble, à usage unique, doit être remplacé après chaque utilisation.

- un réceptacle constitué d'un flacon en plastique ou en verre ou parfois d'un sac à usage unique. Prévu pour récupérer les produits d'aspiration, il est inséré entre la pompe et le tuyau d'aspiration. Son remplissage doit être surveillé. Il est vidé ou remplacé systématiquement en fin d'intervention.
- du matériel de protection individuelle (gants, masques, lunettes).

Réalisation

Le matériel d'aspiration monté et prêt à fonctionner est systématiquement positionné à côté de la tête de toute victime qui a perdu connaissance.

- S'équiper de gants de protection à usage unique, d'un masque de protection respiratoire et de lunettes ;
- raccorder la sonde stérile au tuyau d'aspiration après l'avoir sortie de son emballage ;
- mettre en marche l'appareil et régler l'aspiration, si le modèle le permet ;

- ouvrir la bouche de la victime ;
- introduire la sonde d'aspiration dans la bouche doucement et prudemment en restant perpendiculaire au visage jusqu'à ce qu'elle bute ;
- mettre en œuvre l'aspiration, en obturant l'orifice de la prise d'air si nécessaire ;
- aspirer les sécrétions en retirant progressivement la sonde et en lui imprimant des mouvements de rotation entre les doigts ;
- Si le patient présente des sécrétions ou des débris alimentaires qui ne peuvent être aspirés, essayer de les retirer avec les doigts.
- renouveler la manœuvre, si nécessaire ;
- remettre la sonde d'aspiration dans son emballage d'origine une fois l'aspiration terminée ;
- éteindre l'appareil.

L'aspiration peut être renouvelée dans le temps si nécessaire.

La dépression utilisée pour réaliser une aspiration doit être adaptée à l'âge de la victime (tableau 1).

Tableau 1 : diamètre des sondes d'aspiration et dépression d'aspiration.

	Diamètre (unité de charrière) 1 unité CH = 1/3 mm	Dépression (mm de Hg)
<i>Adulte</i>	18 à 26	350 à 500
<i>Enfant</i>	8 à 12	200 à 350
<i>Nourrisson</i>	6 à 8	200 à 250
<i>Nouveau- né</i>	4 (prématuré) à 6	120 à 150

Risques & contraintes

Pour limiter tout manque d'oxygène (hypoxie), chaque manœuvre d'aspiration ne doit pas excéder dix secondes chez l'adulte et cinq dans les autres cas.

Réalisée chez une personne consciente, l'introduction d'une sonde d'aspiration au fond de la gorge provoque le plus souvent un vomissement et doit donc être proscrite.

La présence d'une canule oropharyngée n'empêche pas l'aspiration. Toutefois, elle peut être retirée temporairement pour faciliter la manœuvre.

Pour ne créer aucune lésion dans la cavité buccale et au niveau du pharynx de la victime, il faut éviter les phénomènes de ventouse au niveau des muqueuses en ouvrant ponctuellement la prise d'air.

Cas particulier : aspiration du nouveau-né à la naissance

Si une aspiration du nouveau-né est nécessaire :

- utiliser une sonde de petit calibre et une dépression adaptée (tableau 1),
- débiter toujours par une aspiration de la bouche sans enfoncer la sonde de plus de 5 cm,
- puis aspirer chaque narine, l'une après l'autre, perpendiculairement au visage, sans enfoncer la sonde de plus de 1cm de profondeur.

Le nouveau-né à une respiration qui est nasale. L'aspiration des narines avant la bouche pourrait entraîner une inhalation des sécrétions contenues dans la bouche qui se trouvent dans la bouche.

Evaluation

L'aspiration a été efficace si la respiration spontanée de la victime ou les insufflations manuelles sont devenues silencieuses.

Libération des voies aériennes chez une victime assise

Indication

Victime qui a perdu connaissance, en position assise tête penchée en avant.

Justification

Une victime ayant perdu connaissance en position assise (en particulier dans un véhicule), peut présenter des signes d'obstruction des voies aériennes. Si la tête est penchée en avant, la paroi postérieure du pharynx vient s'appliquer contre la base de la langue et empêche le libre passage de l'air.

Cette technique est souvent suffisante pour rétablir la liberté des voies aériennes et contrôler sa respiration.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

- Se placer à côté de la tête de la victime en restant à l'extérieur du véhicule pour des raisons de sécurité (airbag ou autre).
- Ouvrir la porte du véhicule ou passer les avant-bras par la fenêtre du véhicule.
- Saisir la tête de la victime à deux mains.

- placer une main en arrière de la tête, juste au-dessus de la nuque ;
- glisser l'autre main sous le menton de la victime.

- Ramener la tête en position neutre, dans l'axe du tronc, en exerçant une légère traction vers le haut.

Cette traction douce permet de délester le rachis cervical du poids de la tête de la victime.

- Apprécier la respiration de la victime.
- Maintenir cette position jusqu'à la réalisation d'une stabilisation de la tête, si la victime respire.

Risques & contraintes

La LVA doit être réalisée avec précaution pour éviter toute aggravation d'un traumatisme du rachis cervical.

Evaluation

La libération des voies aériennes est efficace si la respiration de la victime peut s'effectuer normalement.

Libération des voies aériennes chez une victime non traumatisée

Indication

La libération des voies aériennes (LVA) par bascule prudente de la tête en arrière et élévation du menton est réalisée chez toute victime ayant perdu connaissance, non suspecte d'un traumatisme du rachis, avant d'apprécier sa respiration.

Justification

La perte de connaissance provoque une forte diminution du tonus musculaire qui entraîne, si la victime reste allongée sur le dos, une obstruction des voies aériennes par chute de la langue en arrière.

La LVA par bascule prudente de la tête en arrière et élévation du menton permet de dégager la langue de la paroi postérieure du pharynx et la libre circulation de l'air :

- pour apprécier la ventilation d'une victime qui a perdu connaissance lors du bilan d'urgence vitale,
- pour faciliter la ventilation d'une victime qui a perdu connaissance et qui ventile,
- pour réaliser une ventilation artificielle.

Chez le nouveau-né et le nourrisson, du fait de leur anatomie, ce mouvement doit se limiter à ramener la tête en position neutre afin de ne pas entraîner une obstruction des voies aériennes.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Adulte ou enfant

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration ;
- basculer doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton. Pour cela :
 - Placer la paume de la main du secouriste, côté tête, sur le front de la victime ;
 - placer deux ou trois doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle.Il est possible de s'aider du pouce pour saisir le menton ;
 - ramener délicatement la tête en position neutre dans l'axe du corps, si nécessaire ;
 - basculer doucement la tête en arrière en appuyant légèrement sur le front tout en levant le menton.
- ouvrir la bouche de la victime avec la main qui tient le menton ;
- retirer les éventuels corps étrangers visibles à l'intérieur de la bouche de la victime avec la main qui était sur le front, y compris les prothèses dentaires décrochées, sans toucher à celles qui sont restées en place.

Nouveau-né et nourrisson

La technique de libération des voies aériennes est identique à celle utilisée chez l'adulte et l'enfant mais la bascule doit se limiter à ramener sa tête en position neutre.

Risques & contraintes

La LVA chez toute victime ayant perdu connaissance, non suspecte d'un traumatisme, est un geste salvateur qui nécessite cependant une réalisation avec précaution, afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme cervical méconnu.

Evaluation

La libération des voies aériennes est efficace si :

- la respiration de la victime peut s'effectuer normalement ;
- la ventilation artificielle permet un soulèvement de la poitrine, en présence d'une victime qui ne respire pas.

Libération des voies aérienne chez une victime traumatisée

Indication

La libération des voies aériennes (LVA) par simple élévation du menton est réalisée chez toute victime ayant perdu connaissance, suspecte d'un traumatisme du rachis.

JUSTIFICATION

La perte de connaissance provoque une forte diminution du tonus musculaire qui entraîne, si la victime reste allongée sur le dos, une obstruction des voies aériennes par chute de la langue en arrière.

La LVA par élévation du menton seul peut être suffisante pour dégager la langue de la paroi postérieure du pharynx sans mobiliser le rachis cervical et permettre la libre circulation de l'air :

- pour apprécier sa ventilation lors du bilan d'urgence vitale,
- pour faciliter sa ventilation,
- pour réaliser une ventilation artificielle.

Chez le nourrisson, du fait de son anatomie, le mouvement doit se limiter à ramener la tête en position neutre afin de ne pas entraîner une obstruction des voies aériennes.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

En même temps que l'on maintient la tête à deux mains :

- placer l'index ou le majeur de chaque main derrière l'angle de la mâchoire et sous les oreilles de la victime ;
- ouvrir la bouche avec les pouces placés sur le menton,
- pousser vers l'avant la mâchoire inférieure,
- maintenir cette position.

Risques & contraintes

La LVA doit être réalisée avec précaution pour éviter toute aggravation d'un traumatisme du rachis cervical.

Evaluation

La libération des voies aériennes est efficace si la respiration de la victime peut s'effectuer normalement.

Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe

Indication

L'utilisation du défibrillateur automatisé externe (DAE) est indiquée chez toute victime en arrêt cardiaque.

JUSTIFICATION

L'utilisation du DAE peut permettre une défibrillation précoce et améliorer de façon significative les chances de survie de la victime.

Matériel

Les DAE se distinguent en deux catégories :

- les défibrillateurs entièrement automatiques ;
- les défibrillateurs semi-automatiques.

Le DAE est un appareil qui permet :

- d'analyser l'activité électrique du cœur de la victime ;
- de reconnaître une anomalie grave du fonctionnement du cœur à l'origine de l'arrêt cardiaque ;
- de délivrer ou d'inviter à délivrer au travers du thorax de la victime, un choc électrique afin de synchroniser l'activité électrique cardiaque.

Le défibrillateur automatisé externe

Le DAE est un appareil qui reconnaît les rythmes devant être choqués et qui, alors, délivre ou demande de délivrer un choc.

Il est composé :

- d'un écran ou d'indicateurs d'état de fonctionnement ;
- d'un haut-parleur qui donne des messages sonores et guide le secouriste dans son action ;

- d'un accumulateur d'énergie qui permet de délivrer un ou plusieurs chocs électriques ;
- éventuellement d'un bouton qui permet de réaliser, à la demande de l'appareil, un choc électrique ;
- d'un module mémoire pour mémoriser les événements essentiels (ECG de la victime, manipulations faites, heure, date et défibrillations réalisées) et éditer un rapport d'intervention ;
- d'électrodes de défibrillation à usage unique permettant de :
 - capter et transmettre l'activité électrique cardiaque à l'analyseur du défibrillateur ;
 - délivrer le choc électrique s'il est indiqué.

Les électrodes sont autocollantes et recouvertes sur une face d'un gel qui facilite le passage du courant tout en diminuant le risque de brûlure. Deux paires d'électrodes doivent être à disposition avec le défibrillateur. Elles ne doivent jamais être pliées.

- de câbles de connexion pour relier les électrodes au DAE. Suivant le modèle, le câble peut être préconnecté aux électrodes et à usage unique.
- certains défibrillateurs disposent d'électrodes différentes chez l'adulte et l'enfant ou le nourrisson.
- certains défibrillateurs sont munis de dispositifs d'aide et d'évaluation au massage cardiaque (métronome, profondimètre).

Les accessoires

- Une paire de ciseaux pour couper éventuellement les vêtements ;
- De quoi sécher la peau de la victime ;
- Un rasoir jetable pour raser les poils du thorax si nécessaire.

Mise en œuvre

La mise en œuvre du DAE s'effectue en cinq étapes :

Mise en marche de l'appareil

- La mise en fonction de l'appareil est réalisée par l'ouverture du capot protecteur ou par pression sur le bouton marche/arrêt du défibrillateur.

Quelques secondes après sa mise en fonction une voix guide l'opérateur dans les différentes étapes.

Connexion des électrodes

Le DAE demande de mettre en place les électrodes sur la poitrine de la victime. Pour cela :

- enlever ou couper si nécessaire les vêtements recouvrant la poitrine ;
- se munir des électrodes, enlever la pellicule de protection ;
- coller les électrodes sur la poitrine nue de la victime, conformément au schéma visible sur les électrodes ou sur leur emballage :

chez l'adulte et l'enfant :

- une juste au-dessous de la clavicule droite, contre le bord droit du sternum ;
- l'autre sur le côté gauche du thorax, 5 à 10 cm au-dessous de l'aisselle gauche.

Chez le nourrisson :

- une dans le dos, entre les deux omoplates,
- l'autre devant, au milieu du thorax.
- connecter le câble au défibrillateur, s'il n'est pas déjà préconnecté.

Les électrodes doivent adhérer correctement à la peau. Si la poitrine de la victime est humide, il faut sécher la poitrine avant de coller les électrodes. Si la poitrine de la victime est particulièrement velue, il est préférable de la raser à l'endroit où l'on pose les électrodes.

Analyse du rythme cardiaque

Le DAE lance l'analyse du rythme cardiaque. Pendant cette phase certains appareils demandent de ne pas toucher ou bouger la victime. Dans ce cas :

- arrêter les manœuvres de réanimation ;
- cesser de toucher la victime.

L'analyse réalisée par le défibrillateur permet de reconnaître les rythmes cardiaques qui nécessitent un choc électrique. Si tel est le cas, le défibrillateur se prépare immédiatement à la délivrance d'un choc.

Délivrance du choc

Si le DAE annonce qu'un choc est indiqué, il faut alors :

- écouter et respecter les recommandations sonores ou visuelles de l'appareil ;
- s'écarter de la victime quand l'appareil le demande ;
- appuyer sur le bouton pour choquer, si l'appareil le demande.
- reprendre les manœuvres de réanimation immédiatement après la délivrance du choc.

Arrêt de l'appareil

L'arrêt de l'appareil ne peut être réalisé qu'à la demande du médecin des services de secours.

Risques & contraintes

Correctement utilisé le DAE ne présente aucun risque pour le secouriste et augmente les chances de survie de la victime en AC.

Précautions particulières

- Certains appareils utilisent des électrodes spécifiques pour l'enfant et le nourrisson ou demande que lui soit précisé qu'il s'agit d'un enfant et d'un nourrisson (interrupteur, clef, etc.). Cela permet à l'appareil de diminuer l'énergie délivrée au moment du choc. Si l'on ne dispose pas d'électrodes « enfant » spécifiques, utiliser les électrodes « adulte ».

- La victime peut être porteuse d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur implantable dont le boîtier est situé sous la peau, le plus souvent sous la clavicule droite. Ce boîtier est reconnaissable par le secouriste, car il existe une cicatrice cutanée, une « bosse » sous la clavicule droite et une masse dure est perçue, à travers la peau. Afin de ne pas altérer le fonctionnement du défibrillateur et de ne pas diminuer l'efficacité du choc, coller l'électrode qui est normalement sous la clavicule droite à un travers de main du dispositif médical implantable.
- Délivrer un choc à une victime allongée sur une surface mouillée diminue son efficacité, car l'eau est conductrice de l'électricité. Il est préférable de dégager la victime et de l'installer sur une surface sèche.
- Le défibrillateur ne doit pas être utilisé en présence de matériel ou de gaz hautement inflammable (butane, vapeurs d'essence) ou explosif (panneau étiquette danger). Dans ce cas il existe un risque élevé de survenue d'incendie ou d'explosion lors de la défibrillation. Il faut alors :
 - dégager la victime du milieu toxique ou inflammable en urgence ;
 - poursuivre la procédure quand la victime se trouve en lieu sûr.
- Si la victime est allongée sur une surface en métal ou qui conduit l'électricité (pont d'un bateau, terrasse en tôles métalliques, plaques d'égouts), afin que le trajet du courant de défibrillation ne soit pas dévié vers le sol il faut :
 - dégager la victime de la surface métallique ou conductrice ou glisser sous elle un isolant.
 - reprendre la procédure lorsque le contact est supprimé.
- La victime peut être porteuse d'un timbre médicamenteux autocollant (patch) qui permet la diffusion de médicament à travers la peau. Le choc peut être inefficace ou provoquer une brûlure de la victime si

l'électrode de défibrillation est collée sur le timbre. Il faut donc :

- retirer le timbre,
- essuyer la zone avant de coller l'électrode.

Anomalies de fonctionnement

Il est possible qu'en cours d'utilisation, le défibrillateur présente des dysfonctionnements.

Les problèmes envisagés ici sont les plus courants, mais ne sont pas limitatifs, car ils dépendent souvent du type d'appareil utilisé. Il est fortement recommandé de se référer au chapitre « dysfonctionnements de l'appareil » du guide d'utilisateur de l'appareil.

Dans tous les cas, la RCP ne doit pas être interrompue.

Le défibrillateur vous demande de connecter les électrodes lorsque :

- la connexion au défibrillateur est inadéquate ;
- les électrodes n'adhèrent pas correctement à la peau de la victime ;
- les électrodes sont sèches, endommagées ou la date d'expiration est passée.

Dans ce cas, il convient :

- de poursuivre la RCP
- de vérifier les connexions ;
- d'appuyer fermement sur les électrodes pour améliorer le contact ;
- de nettoyer, raser et sécher la peau de la victime avant de remplacer les électrodes, si les opérations précédentes n'étaient pas suffisantes.

Le défibrillateur détecte un mouvement pendant l'analyse. Ce mouvement peut provenir :

- de mouvements de la victime ;
- d'inspirations agoniques ;
- d'interférences électriques ;
- des mouvements du véhicule.

Dans ce cas, il convient :

- d'arrêter toute RCP pendant l'analyse et de s'assurer que personne ne touche la victime ;
- d'arrêter la mobilisation de la victime ;
- de s'assurer que la victime est immobile ;

La charge du défibrillateur, avant la délivrance du choc électrique, s'interrompt si :

- une électrode se déconnecte de la victime ;
- le câble des électrodes se déconnecte du défibrillateur ;
- la pression sur le bouton de délivrance du choc n'a pas été suffisamment précoce après que l'appareil l'est demandé ;
- l'état de la victime change et le rythme cardiaque ne nécessite plus un choc électrique.

Dans ce cas, il convient de vérifier les électrodes, les connexions du câble et l'état de la victime.

Consignes d'entretien

Le DAE doit toujours être en bon état de marche, vérifié et immédiatement disponible. Il doit être installé dans un endroit accessible avec l'ensemble de ses accessoires.

Des vérifications périodiques du DAE permettent de s'assurer de son bon état de fonctionnement. Un signal lumineux ou une alerte sonore indique tout dysfonctionnement.

Avant chaque utilisation, il convient de vérifier que :

- la batterie est insérée dans l'appareil (ne pas la retirer sauf si l'appareil le demande)

- le défibrillateur n'indique pas la présence d'un dysfonctionnement (absence de témoin d'alerte) ;
- l'appareil ne présente aucun dommage externe ;
- les électrodes ne sont pas arrivées à péremption ;
- tous les accessoires nécessaires à la réalisation de la défibrillation accompagnent l'appareil.

Après chaque utilisation, le DAE doit être remis en état, nettoyé et vérifié en respectant les recommandations du fabricant.

Si une procédure de récupération des données internes enregistrées par l'appareil est en vigueur, la mettre en œuvre.

Les batteries du défibrillateur sont remplacées lorsque l'appareil l'indique ou s'il s'éteint ou ne s'allume pas.

En aucun cas, il ne faut modifier la configuration et les réglages internes de l'appareil.

Si l'utilisation de l'appareil devient impossible ou en cas d'anomalie constatée, il est indispensable de mettre le défibrillateur hors service et de prévenir le responsable de l'appareil.

Evaluation

Correctement utilisé le DAE permet de délivrer un choc électrique externe à toute personne en arrêt cardiaque par fonctionnement anarchique du cœur.

Aide à la prise de médicaments

Indication

L'administration d'un médicament à une victime est indiquée si elle le demande car il lui a été prescrit ou à la demande du médecin régulateur.

Dans certaines situations, le médecin régulateur peut demander l'administration d'un médicament à une victime même en l'absence de signes de détresse mais pour la prévenir.

JUSTIFICATION

Certains médicaments ont un effet rapide et très efficace sur des malaises ou l'aggravation brutale d'une maladie.

Leur administration permet de :

- améliorer l'état de la victime qui présente une détresse respiratoire ou circulatoire.
- soulager, diminuer ou faire disparaître une douleur qui est apparue au moment du malaise ou du traumatisme ou qui vient de s'aggraver.

Matériel

Les médicaments administrés dans ce cadre le sont par injection, par inhalation, par pulvérisation nasale, par ingestion (voie orale), déposé sous la langue (voie sublinguale) ou déposé sur la langue (voie buccale). Ils sont sous forme :

- d'un gaz (ex. oxygène) ;
- de spray buccal, parfois administrés par l'intermédiaire d'une chambre de mélange (ou chambre d'inhalation) ;
- de spray nasal (ex. naloxone en spray)
- de comprimés ;

- de dispositif auto injectable (DAI) (ex. DAI d'adrénaline).

Réalisation

Administration d'un médicament par voie sublinguale ou buccale

S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience ;

- demander à la victime d'ouvrir la bouche ;
- déposer le comprimé ou réaliser une pulvérisation de produit sous la langue si l'administration est sublinguale ou sur la langue si l'administration est buccale ;
- demander à la victime de fermer la bouche et de ne pas avaler.

Administration d'un médicament par voie orale

- S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience et est capable d'avaler ;
- demander à la victime d'ouvrir la bouche et de tirer la langue ;
- déposer le comprimé sur la langue de la victime si elle ne peut le faire elle-même ;
- demander à la victime d'avaler le comprimé avec un peu d'eau.

Administration d'un médicament à l'aide d'un spray buccal

- Secouer vigoureusement le pulvérisateur plusieurs fois ;

- mettre en place le pulvérisateur au niveau de la chambre de mélange (ou d'inhalation)¹, si nécessaire ;
- enlever l'administration d'oxygène, si nécessaire ;
- demander à la victime de vider autant que possible l'air contenu dans ses poumons ;
- mettre les lèvres de la victime tout autour de l'embout buccal du pulvérisateur ;
- demander à la victime de comprimer le pulvérisateur tout en inspirant lentement par la bouche, profondément et le plus longtemps possible ;
- demander à la victime de retenir sa respiration pendant 10 secondes avant de respirer de nouveau normalement ;
- replacer le masque à inhalation d'oxygène, si nécessaire.

Administration d'un médicament à l'aide d'un dispositif auto-injectable

L'injection avec un DAI est réalisée par voie intramusculaire sur la face externe de la cuisse ou à défaut dans le deltoïde (face externe de l'extrémité proximale du bras).

- Retirer les dispositifs de protection du DAI ;
- placer l'extrémité du DAI (coté seringue) contre la face externe de la cuisse de la victime, à égale distance de la hanche et le genou ou contre le deltoïde (en cas d'urgence, l'injection peut être faite au travers du tissu d'un vêtement si celui-ci n'est pas très épais) ;
- maintenir fermement le DAI perpendiculairement contre la face externe de la cuisse ou contre le deltoïde ;
- presser le bouton déclencheur ou avec un mouvement de balancement, pousser fermement l'extrémité du dispositif jusqu'à ce que l'on entende un déclic qui confirme le début de l'injection;

- maintenir le dispositif en place pendant quelques secondes avant de le retirer, conformément aux recommandations du fabricant.
- masser légèrement le site d'injection pendant quelques secondes ;
- éliminer le dispositif injecteur dans un conteneur de recueil de DASRI.

Administration d'un médicament à l'aide d'un spray nasal

- Se munir du ou des pulvérisateurs (le médicament peut être composé de deux pulvérisateurs, un pour chaque narine) ;
- tenir le pulvérisateur délicatement entre les doigts et le pouce sans appuyer sur le piston,
- placez l'embout du pulvérisateur complètement dans la narine de la victime en direction de la paroi nasale, à l'opposé de la cloison ;
- appuyez fermement sur le piston pour délivrer le médicament ;
- renouveler cette opération dans l'autre narine si indiqué ;
- observer les réactions de la victime.

Risques & contraintes

Avant toute utilisation d'un médicament, il convient de s'assurer que celui-ci n'est pas périmé. La date de péremption est clairement inscrite sur la boîte ou le flacon du médicament. En son absence ou si elle est dépassée, le médicament ne doit pas être administré.

L'administration d'un médicament peut entraîner des effets secondaires dont l'apparition impose la transmission d'un nouveau bilan pour avis médical.

Toute administration de médicament ainsi que les réactions de la victime à cette administration doivent être relevées et

1 L'utilisation d'une chambre de mélange (ou d'inhalation) lors de l'administration d'un médicament par inhalation permet d'augmenter l'efficacité de celui-ci et est recommandée.

De même, une inspiration longue lors de l'inhalation permet d'augmenter l'absorption du médicament.

notifiées sur la fiche d'intervention en particulier son heure d'administration.

Les DAI possèdent une fenêtre qui permet de contrôler la limpidité de la solution. Si la solution est trouble, colorée ou contient des particules, le dispositif ne devra pas être utilisé.

Les DAI sont équipés d'un système de protection de l'aiguille. Toutefois, si le secouriste se pique avec l'aiguille qui a servi à

l'injection il appliquera la procédure spécifique « accident d'exposition à un risque viral ».

Evaluation

L'administration du médicament est conforme à la prescription médicale.

L'administration du médicament améliore l'état de la victime.

Utilisation d'un lot membre arraché ou sectionné

Indication

Le lot membre arraché ou sectionné est utilisé pour envelopper un membre amputé et permettre son acheminement avec la victime vers l'hôpital.

JUSTIFICATION

Le froid permet de préserver un membre amputé pendant la prise en charge et le transport du blessé, dans l'attente de sa réimplantation éventuelle.

Matériel

Le lot membre arraché ou sectionné est composé :

- d'un sac isotherme doublé à l'intérieur d'une poche plastique étanche destinée à recevoir le segment de membre amputé ;
- d'une paire de gants stériles ;
- d'un ou plusieurs sacs réfrigérants instantanés ou de la glace ;
- d'un champ stérile.

Réalisation

- Enfiler les gants stériles ;
- demander à un secouriste d'ouvrir le paquet du champ stérile, sans toucher son contenu ;
- saisir le champ stérile ;
- envelopper le membre amputé dans le champ stérile ;

- placer le tout à l'intérieur du sac plastique contenu dans le sac isotherme et refermer cette poche à l'aide du zip ;
- activer le sac réfrigérant ou se munir de glace ;
- placer le sac réfrigérant ou la glace à l'intérieur du sac isotherme entre sa face interne et le sac plastique contenant le membre amputé ;
- maintenir le sac isotherme fermé à l'aide d'un morceau de ruban adhésif ;
- inscrire sur le sac le nom de la victime et l'heure de survenue de l'amputation.

En l'absence de lot « membre arraché ou sectionné »:

- envelopper le membre dans un champ stérile ou à défaut un linge propre ;
- placer l'ensemble dans un sac plastique ;
- déposer ce sac et un autre sac plastique contenant de l'eau et de la glace dans un container ou un troisième sac plastique permettant le transport.

Risques & contraintes

Le contact direct entre le membre amputé et la source de froid serait responsable de gelures qui peuvent compromettre la réussite de sa réimplantation.

Evaluation

Le membre sectionné est correctement conditionné pour le transport et n'est pas en contact direct avec la source de froid.

Position latérale de sécurité à deux secouristes

Indication

Cette technique est indiquée chez toute personne, suspecte de traumatisme, si nécessaire après avoir mis en place un collier cervical, si elle présente une perte de connaissance et respire.

JUSTIFICATION

La position latérale de sécurité (PLS) maintient libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et évite que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

Sa réalisation à deux secouristes limite les mouvements du rachis cervical et diminue le risque de complications secondaires ou de séquelles.

Matériel

- Collier cervical si indiqué.
- Coussin de tête.

Réalisation

L'installation en PLS est réalisée après avoir mis en place un collier cervical si indiqué.

La manœuvre est commandée par le secouriste placé à la tête (secouriste 1).

La technique se réalise en trois temps :

- Préparer le retournement de la victime.
Pour cela :
 - Le secouriste 1, placé dans l'axe de la victime, derrière la tête doit maintenir à deux mains la tête de

la victime, jusqu'à la réalisation du retournement.

- le secouriste 2 doit :
 - préparer le coussin de tête qui servira au calage après la mise en PLS ;
 - retirer les lunettes de la victime si elle en porte ;
 - rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe du corps ;
 - placer le bras de la victime, situé du côté du retournement, à angle droit de son corps ;
 - plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la victime tournée vers le haut ;
 - saisir l'avant-bras opposé de la victime, et amener le dos de la main de la victime sur son oreille, côté retournement, sous la main du 1^{er} secouriste ;

Le secouriste 1 maintient la main pressée contre l'oreille de la victime paume contre paume.

- se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime, assez loin d'elle pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer ;
- saisir la hanche de la victime d'une main et

l'épaule de l'autre, du côté opposé au retournement ;

- Tourner la victime. Pour cela :

Secouriste 1 : « Etes-vous prêt ? »

Secouriste 2 : « Prêt ! »

*Secouriste 1 : « Attention pour tourner...
Tournez ! »*

- le secouriste 2 doit alors tirer en même temps sur la hanche et l'épaule de la victime, bras tendus, afin de la faire rouler d'un bloc et de l'amener sur son côté ;
- le secouriste 1 doit, dans le même temps maintenir la tête et la main de la victime entre ses mains et accompagner le mouvement en évitant toute torsion du cou.

Le retournement de la victime doit être réalisé sans brusquerie, en un seul temps. Le maintien de la main et de la tête de la victime vise à conserver l'axe de la colonne cervicale durant toute la manœuvre et évite ainsi toute aggravation d'un traumatisme.

En cas de difficultés pour le secouriste (victime obèse ou force insuffisante du secouriste), il peut faciliter le retournement en tirant sur le genou fléchi de la victime du côté opposé au retournement comme dans la PLS à un secouriste¹, l'autre main tirant sur l'épaule.

- Stabiliser la victime. Pour cela :
 - Le secouriste 1 doit poursuivre le maintien de la tête.
 - le secouriste 2 doit :

- saisir la hanche de la victime avec la main qui tient l'épaule ;
- fléchir, avec la main qui tenait la hanche, la hanche et le genou de la victime situés vers le haut pour les amener à angle droit² ;
- placer un coussin ou un autre dispositif sous la tête de la victime pour compenser l'espace qui existe entre la tête de la victime et le sol et ainsi la soutenir dans l'axe du tronc ;

Ce coussin peut être placé avant le retournement contre la tête de la victime du côté de celui-ci.
- vérifier que la bouche de la victime est ouverte³.

Après la mise en PLS, le secouriste 1 poursuit la stabilisation de la tête, dans la mesure du possible.

Si la victime présente une lésion thoracique, du membre supérieur ou du membre inférieur, elle est couchée, autant que possible, sur le côté atteint.

Risques & contraintes

Cette technique peut aggraver une éventuelle lésion traumatique. Toutefois, une victime traumatisée ayant perdu connaissance doit être mise en PLS car la liberté de ses voies aériennes prime sur le risque d'aggravation de ses lésions.

1 La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.

2 La position de la jambe permet de stabiliser la PLS.

3 L'ouverture de la bouche de la victime facilite l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

Evaluation

Une fois mise en PLS, la victime se trouve dans une position stable, la plus latérale possible.

En position sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés, l'écoulement des sécrétions vers l'extérieur est favorisé.

Position latérale de sécurité à un secouriste

Indication

Cette technique est indiquée chez toute personne qui présente une perte de connaissance, qui respire et qui n'est pas suspecte d'un traumatisme.

JUSTIFICATION

La position latérale de sécurité (PLS) maintient libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et évite que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

Matériel

Aucun matériel

Réalisation

Chez l'adulte ou l'enfant

La technique se réalise en trois temps :

- Préparer le retournement de la victime. Pour cela :
 - retirer les lunettes de la victime si elle en porte ;
 - rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe du corps ;
 - placer le bras de la victime, situé du côté secouriste, à angle droit de son corps ;

- plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la victime tournée vers le haut ;
- saisir le bras opposé de la victime, et amener le dos de la main de la victime sur son oreille, côté secouriste¹ ;
- maintenir le dos de la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume² ;
- attraper la jambe opposée de la victime, avec l'autre main, juste derrière le genou³ ;
- relever la jambe de la victime, tout en gardant le pied au sol ;
- se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime assez loin d'elle pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer ;

- Tourner la victime. Pour cela :
 - tirer sur la jambe relevée de la victime afin de la faire pivoter vers le secouriste, jusqu'à ce que le genou touche le sol, sans brusquerie et en un seul temps ;
 - dégager doucement la main du secouriste située sous la tête de la victime, tout en préservant la bascule de la tête en arrière, en maintenant le coude de la victime à l'aide de la main du secouriste précédemment située au genou.
- Assurer la stabilité de la position de la victime. Pour cela :

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

2 Le maintien de la main sous la joue de la victime limite les mouvements de la colonne cervicale.

3 La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.

- ajuster la jambe de la victime située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit¹ ;
- ouvrir la bouche de la victime sans mobiliser la tête².

Chez le nourrisson

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

Risques & contraintes

Pas de risque.

Evaluation

Une fois mise en PLS, la victime se trouve dans une position stable, la plus latérale possible.

En position sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés, l'écoulement des sécrétions vers l'extérieur est favorisé.

1 La position de la jambe permet de stabiliser la PLS.

2 L'ouverture de la bouche de la victime facilite l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

Immobilisation générale sur un plan dur

Indication

Le plan dur est un outil qui est essentiellement utilisé pour permettre une extraction d'une victime située dans un endroit difficile d'accès (endroit exigü, véhicule accidenté...).

Le plan dur avec immobilisateur de tête est utilisé en l'absence de matelas immobilisateur à dépression, pour immobiliser une victime suspecte d'un traumatisme du rachis.

Le plan dur peut aussi être utilisé pour allonger une victime suspecte d'un traumatisme du rachis et qui est retrouvée debout.

Justification

Le plan dur permet de maintenir l'axe tête-cou-tronc de la victime, de limiter le risque d'aggravation d'une éventuelle lésion de la colonne vertébrale.

Matériel

Le plan dur est constitué :

- d'un plan rectangulaire de 1,85 m environ en longueur. En PVC, il est radio-transparent et résiste à l'eau.

L'absorption de liquide biologique ou de sang par le matériel ne doit pas être possible pour faciliter la décontamination et éviter la transmission de germes infectieux.

Ce plan dur est équipé de poignées de portage.

- de sangles pour maintenir la victime au niveau du thorax, du bassin et des membres inférieurs.

L'immobilisateur de tête est composé :

- d'un coussin de tête, fixé sur le plan dur ;
- de deux blocs d'immobilisation latéraux ;

- de deux sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton.

Réalisation

Victime allongée sur le dos

L'usage d'un brancard cuillère reste la technique de référence pour relever une victime allongée sur le dos et la transférer sur un dispositif d'immobilisation du rachis.

En l'absence de brancard cuillère, la technique d'installation sur un plan dur d'une victime allongée sur le dos est la technique du pont à quatre porteurs.

Bien qu'entraînant un risque de mobilisation de la victime plus élevée, la technique de roulement de la victime au sol à trois secouristes (décrite ci-dessous) est utilisable si les techniques précédentes ne peuvent être réalisées.

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants :

- un secouriste poursuit le maintien de la tête de la victime pendant toute la manœuvre (secouriste 1).

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- deux secouristes, pour installer le plan-dur (secouristes 2 et 3).

Après avoir posé un collier cervical :

- le secouriste 2 ou 3 doit :
 - placer la face palmaire des mains de la victime sur les cuisses de celle-ci.
 - En aucun cas, le membre supérieur du côté du retournement ne doit être placé au-dessus de la tête car ce déplacement entraîne un mouvement au niveau de la colonne vertébrale.

- Remettre, si nécessaire, les membres inférieurs de la victime dans l'axe de son corps tout en maintenant le bassin ;
- placer contre la victime, du côté du retournement, un rembourrage de 3 à 4 cm d'épaisseur (coussin de l'ACT ou couverture roulée ou autre moyen) ;
- pré-positionner le plan dur (équipé du coussin de l'immobilisateur de tête) le long du blessé du côté opposé au retournement.
- Les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se placer à genoux du côté du retournement, à quelques centimètres du blessé, au niveau du thorax et du bassin de la victime ;
 - saisir la victime du côté opposé au retournement au niveau de l'épaule, du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés.

La main de la victime peut être bloquée contre le haut de la cuisse de la victime par la main d'un secouriste.

1er secouriste : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »
- Les secouristes 2 et 3 doivent :
 - tourner la victime vers eux ;

Lors de cette rotation, les secouristes doivent garder les bras tendus et utiliser le poids de leur corps pour donner de la force à leur mouvement.

La rotation de la victime se fait lentement et d'un bloc ; elle est arrêtée dès que la victime est sur le côté.
- Le secouriste 1 doit :
 - accompagner le mouvement pour garder la tête du blessé dans l'axe du tronc ;
- Les secouristes 2 et 3 examinent rapidement le dos de la victime tant qu'elle est sur le côté.

Secouriste 1 : « Glissez le plan dur ! »
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - glisser le plan dur sous le dos de la victime ;

Pour cela, ils lui donnent une inclinaison de façon à ce qu'il vienne se plaquer contre le blessé et le maintiennent dans cette position. Ils veillent à ce que le coussin de tête soit bien positionné.
- indiquer quand le plan dur est en place.

Secouriste 1 : « Attention pour poser... Posez ! »
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - reposer la victime et le plan dur délicatement sur le sol ;
 - repositionner la victime au centre du plan dur en la faisant glisser si nécessaire tout en maintenant l'axe-tête-cou-tronc et sous les ordres du secouriste 1 ;
 - solidariser la victime sur le plan-dur à l'aide :
 - d'une sangle-araignée ;
 - de plusieurs sangles placées au niveau de la partie supérieure du thorax, du bassin et des cuisses juste au-dessus des genoux.

Cette immobilisation peut être complétée en s'aidant éventuellement d'une couverture roulée ou d'un coussin placé entre les jambes de la victime
 - solidariser la tête de la victime au plan dur en plaçant successivement :
 - les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête ;
 - les sangles de fixation frontale et mentonnière.

A la fin de la manœuvre, les secouristes peuvent alors :

- contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre.

Victime allongée sur le ventre et qui doit être installée sur un plan dur.

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants :

- un secouriste, placé à la tête de la victime, en trépied, genou relevé côté retournement et genou au sol dans le prolongement de l'épaule côté retournement de la victime, afin d'anticiper la position finale, après retournement de la victime. Il maintient la tête de la victime avec deux mains (prise occipito-frontale) (secouriste 1) ;

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- deux secouristes, pour installer le plan-dur (secouristes 2 et 3).

Initialement :

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - remettre si nécessaire les membres inférieurs de la victime dans l'axe de son corps tout en maintenant le bassin ;
 - glisser les mains de la victime sous ses cuisses (paume contre face avant des cuisses) ;
 - installer contre la victime, du côté du retournement, un rembourrage de trois à quatre centimètres d'épaisseur (coussin de l'ACT, couverture roulée ou autre moyen) ;
 - placer le plan dur (équipé du coussin de l'immobilisateur de tête) à dix centimètres environ le long de la victime du côté du retournement ;

- se placer à genoux sur le plan dur du côté du retournement ;
- saisir la victime au niveau de l'épaule, de la hanche et des membres inférieurs.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »

- Les secouristes 2 et 3 doivent :
 - tourner la victime vers eux pour la mettre sur son côté (perpendiculaire au sol).
- Le secouriste 1 doit :
 - accompagner le mouvement de la tête qui effectuera une rotation moindre que celle du corps pour la ramener en position neutre ;
 - ordonner l'arrêt de la manœuvre lorsque la victime est sur le côté.

Secouriste 1 : « Dégagez le plan-dur... »

- Les secouristes 2 et 3 doivent :
 - dégager un à un leurs genoux hors du plan dur puis les poser sur le sol contre le plan dur ;
 - indiquer qu'ils sont en position lorsqu'ils ont dégagé le plan dur.

Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »

- Les secouristes 2 et 3 doivent :
 - poursuivre la rotation de la victime dans la même direction que précédemment pour amener la victime en position allongée sur le dos sur le plan dur.

Victime debout

La technique d'installation d'une victime debout¹ sur un plan dur et suspecte d'une

1 Dans un grand nombre de cas les victimes se mettent debout après avoir effectué une chute ou après un accident de la circulation. Si la victime

est suspecte d'un traumatisme du rachis, il est nécessaire de l'allonger en utilisant un plan dur.

lésion de la colonne vertébrale nécessite trois intervenants :

- un secouriste, placé devant la victime dans l'axe tête-cou-tronc, poursuit le maintien de la tête pendant toute la manœuvre (secouriste 1) ;
- deux secouristes, pour installer le plan-dur (secouristes 2 et 3).

C'est le secouriste 2, placé derrière la victime durant la manœuvre, qui commande celle-ci.

Après avoir posé le collier cervical :

- le secouriste 2 doit :
 - placer le plan dur équipé du coussin de l'immobilisateur de tête contre le dos de la victime ;
 - vérifier que rien ne peut gêner la bascule au sol du plan dur ;
 - saisir dans sa partie supérieure le plan dur.
- le secouriste 3 doit :
 - se placer face à la victime à côté du secouriste 1 ;
 - passer l'avant-bras du côté du secouriste 1 sous l'aisselle de la victime ;
 - saisir la poignée du plan dur le plus haut possible pour assurer un maintien optimal de la victime ;
 - placer son autre main de manière à relayer le maintien tête du secouriste 1 ;
 - maintenir le plan dur avec une main en passant les avant-bras sous les aisselles de la victime et la tête de la victime avec l'autre main située à l'avant du plan dur.
- le secouriste 1 doit :
 - placer sa main libre sous l'aisselle de la victime ;
 - saisir la poignée du plan dur le plus haut possible pour assurer un maintien optimal de la victime ;

- poursuivre le maintien de la tête de la victime avec son autre main.

Secouriste 2 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 1 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 2 : « Attention pour basculer... Basculez ! »

- Les trois secouristes doivent :
 - allonger la victime en basculant en arrière le plan dur ;
Pendant cette bascule, ils s'assurent que la tête de la victime reste au contact du plan dur et dans l'axe du tronc. Pour cela, il faut accompagner le mouvement d'allongement de la victime et ne jamais lâcher la tête.

Si la victime retrouvée en position debout est casquée, il convient de :

- réaliser la manœuvre en lui laissant son casque ;
- retirer le casque lorsque la victime a été allongée au sol au moyen du plan-dur et de poser ensuite le collier cervical, si nécessaire.

Transfert de la victime du plan dur sur le MID

Il n'est pas obligatoire pour déplacer la victime sur quelques mètres de la sangler.

- Déposer la victime sur son plan dur dans le MID.
- Soulever la victime pour retirer le plan dur avant de l'immobiliser en utilisant :
 - un pont à 4 porteurs, une 5ème personne retirant le plan dur lorsque la victime est soulevée de quelques centimètres,
 - un brancard cuillère en présence de 3 secouristes,
 - un pont à 3 porteurs, une 4ème personne retirant le plan dur lorsque la victime est soulevée de quelques centimètres,
 - si aucune de ces techniques ne peut être utilisée, la victime sera transportée immobilisée sur le plan dur.

Immobilisation d'une victime sur un plan dur

- le secouriste 1 maintient la tête à deux mains ;
 - les secouristes 2 et 3 doivent solidariser la tête de la victime au plan dur en plaçant successivement :
 - les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête ;
 - les sangles de fixation frontale et mentonnière.
 - Les secouristes peuvent alors :
 - solidariser la victime sur le plan-dur à l'aide
 - d'une sangle-araignée ;
 - de plusieurs sangles placées au niveau de la partie supérieure du thorax, du bassin et des cuisses juste au-dessus des genoux.
- Cette immobilisation peut être complétée en s'aidant éventuellement d'une couverture roulée ou d'un coussin placé entre les jambes de la victime
- contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre.

A l'hôpital, la victime doit être placée sur le brancard de l'hôpital conditionnée avec son matériel d'immobilisation. Le retrait du

matériel d'immobilisation est sous la responsabilité de l'hôpital.

Idéalement le transfert d'une victime suspecte d'un traumatisme du rachis entre deux dispositifs se fait à l'aide d'un brancard cuillère.

Risques & contraintes

Le non-respect de la technique est susceptible d'aggraver une lésion de la colonne vertébrale.

Des **sangles** thoraciques trop serrées sont susceptibles d'aggraver une détresse respiratoire.

Evaluation

Une fois immobilisée, la victime :

- ne peut faire aucun mouvement spontané de la tête ;
- a l'axe tête-cou-tronc maintenu ;
- ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas, ni sur le côté ;
- peut respirer sans gêne, malgré les sangles ;
- ne présente aucun signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

Maintien de la tête en position neutre

Indication

Le maintien de la tête du blessé en position neutre est recommandé dès qu'un traumatisme de la tête, de la nuque ou du dos de la victime est suspecté dans l'attente d'une éventuelle immobilisation complète de l'axe tête-cou-tronc.

Le maintien de la tête peut être interrompu après avoir demandé à la victime de ne pas bouger la tête et si cette dernière est allongée à plat dos, calme et coopérante.

Justification

Le maintien de la tête du blessé en position neutre, dans l'alignement du tronc, limite les mouvements intempestifs du cou et permet la stabilisation du rachis cervical dans l'attente de son immobilisation.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Victime allongée sur le dos

- se placer à genoux dans l'axe de la victime, à la tête ;
- Il est possible de prendre appui, avec les coudes, sur le sol ou sur les genoux pour diminuer la fatigue.
- placer les mains de chaque côté de la tête de la victime ;
- si la tête n'est pas dans l'axe du corps, la replacer délicatement dans l'axe du tronc sans exercer de traction jusqu'à ce que la victime regarde droit devant.
- maintenir la position :
 - au moins, jusqu'à l'immobilisation du rachis cervical ;

- en général, jusqu'à l'immobilisation complète du rachis.

Victime debout ou assise

- se positionner devant ou derrière la victime ;
- placer les mains de chaque côté de la tête de la victime ;
- replacer délicatement la tête dans l'axe du tronc, en soulageant le rachis cervical du poids de la tête, jusqu'à ce que la victime regarde droit devant ;
- maintenir la position tant que l'axe tête-cou-tronc n'est pas complètement immobilisé (ACT, plan dur avec immobilisateur de tête).

Risques & contraintes

Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue si :

- une résistance au déplacement de la tête est perçue ;
- le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale ;
- le déplacement déclenche des sensations anormales (fourmillements, décharges électriques) dans les membres supérieurs ou inférieurs.

Dans ces cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve dans l'attente d'un renfort.

Evaluation

La tête de la victime reste en position neutre.

Pose de l'attelle cervico-thoracique

Indication

L'attelle cervico-thoracique (ACT) est un moyen qui permet d'immobiliser la tête, la nuque et le dos d'une victime suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale le plus souvent en position assise pour assurer son dégagement ou son extraction.

L'ACT est mise en place après avoir placé un collier cervical pour assurer une restriction des mouvements du rachis cervical pendant sa mise en place.

Justification

Lorsqu'un traumatisme de la colonne vertébrale est suspecté, l'ACT permet de limiter les risques de mobilisation du rachis pendant une manœuvre d'extraction de la victime (victime incarcérée). Malgré tout, sa mise en place est toujours difficile et doit être prudente pour ne pas elle-même mobiliser le rachis.

Matériel

Une ACT composée :

- d'un corset semi-rigide (dans le sens de la hauteur), constitué d'une bande thoracique (corset) relié à un rabat qui immobilise la tête ;
- de 3 sangles thoraciques ;
- de 2 sangles de cuisses ;
- de poignées de portage ;
- d'un coussin de tête ;
- de sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton ;
- d'un sac de rangement.

Réalisation

La mise en place d'une ACT nécessite trois intervenants :

- un secouriste, placé de préférence, derrière la victime, maintient la tête de la victime à deux mains pendant toute la manœuvre (secouriste 1) ;
- deux secouristes se placent de part et d'autre de la victime pour installer l'ACT (secouristes 2 et 3).

Après avoir posé le collier cervical :

- le secouriste 2 ou 3 doit :
 - contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre, si cela n'a pas été réalisé au cours du bilan complémentaire ;
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - décoller légèrement la victime du dossier du siège tout en maintenant l'axe tête-cou-tronc ;
 - examiner alors le dos de la victime ;
- le secouriste 2 ou 3 doit :
 - insérer l'ACT, extrémité de la tête en premier entre le dos de la victime et le dossier du siège, sans toucher les avant-bras du secouriste qui maintient la tête de la victime ;
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - centrer l'ACT sur l'axe de la colonne vertébrale ;
 - ramener la victime au contact de l'ACT ;
 - glisser ensuite les parties mobiles du corset sous les bras de la victime (partie supérieure des

bandes thoraciques au contact des aisselles) ;

- maintenir le corset thoracique en attachant la sangle thoracique du milieu, puis inférieure et supérieure ;

Chez l'enfant, il est possible de rouler une couverture devant le thorax et l'abdomen si l'ACT est trop grande.

Chez la femme enceinte, au cours des derniers mois de la grossesse, la sangle thoracique inférieure ne doit pas être serrée sur l'abdomen.

Chez une victime qui présente un traumatisme du thorax, la sangle thoracique supérieure ne doit pas être trop serrée afin de ne pas gêner la respiration.

- attacher les sangles de cuisses en passant sous les cuisses.

Les sangles peuvent éventuellement être croisées devant le pubis, s'il n'y a pas de traumatisme au niveau du bassin.

En cas de suspicion de fracture du fémur, la sangle de la cuisse correspondante ne doit pas être placée.

- serrer alors l'ensemble des sangles ;
- combler si nécessaire l'espace situé entre la bande de tête et la partie postérieure de la tête de la victime avec le coussin plié ;
- maintenir les bandes de chaque côté de la tête par les deux sangles ;

L'une des sangles prend appui sur le front de la victime et l'autre sous le menton sur la partie haute et rigide du collier cervical.

Les doigts du secouriste 1 sont déplacés pour permettre cette manœuvre.

- ajuster et resserrer, si nécessaire, les différentes fixations de façon à ce que l'attelle ne bouge pas et ne glisse pas au cours du déplacement ou du relevage de la victime.

Eviter de comprimer le thorax et de limiter les mouvements respiratoires.

À la fin de la manœuvre :

- contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre.
- Le maintien de la tête peut être relâché.
- Une fois dans l'ACT l'extraction de la victime peut être effectuée éventuellement à l'aide d'un plan dur. Elle est ensuite transférée dans un MID. Pour cela, la victime peut être saisie par les poignées de l'ACT et les membres inférieurs par deux secouristes. Le troisième secouriste peut aider à cette manœuvre. Une fois la victime allongée sur le MID, l'ACT doit être retirée avant de rendre rigide le MID.

Retrait de l'ACT.

En raison des risques secondaires (difficultés respiratoires), l'ACT sera retirée avant le transport de la victime vers l'hôpital.

Une fois dans le MID :

- Retirer les sangles de fixation
- Soulever la victime en utilisant :
 - un pont à 4 porteurs, une 5^{ème} personne retirant le plan dur lorsque la victime est soulevée de quelques centimètres,
 - un brancard cuillère en présence de 3 secouristes,
 - un pont à 3 porteurs, une 4^{ème} personne retirant le plan dur lorsque la victime est soulevée de quelques centimètres.

Si un plan dur est présent sous la victime, le retirer en même temps que l'ACT.

Risques & contraintes

La mise en place d'une ACT est difficile et génère souvent une mobilisation du rachis. Seuls des mouvements surs et réfléchis pourront limiter ce risque.

Une fois mise en place et les sangles thoraciques serrées, l'ACT entraîne une limitation des mouvements de la cage thoracique et est donc susceptible d'aggraver une détresse respiratoire. Son utilisation doit être limitée aux opérations de dégagement ou d'extraction des victimes. L'ACT n'est pas un

moyen d'immobilisation de la colonne vertébrale à utiliser pour le transport des victimes.

Évaluation

La tête de la victime est parfaitement maintenue et l'immobilisation du rachis est assurée pour l'extraction de la victime.

L'ACT est retirée une fois la victime posée sur le MID.

Pose d'un collier cervical

Indication

Le collier cervical est mis en place aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant suspect d'un traumatisme du rachis pour assurer une restriction des mouvements du rachis cervical avant une manœuvre de mobilisation de la victime, si la stabilisation du rachis par une technique manuelle ne peut pas être réalisée, car elle est difficile ou aléatoire.

La mise en place du collier cervical est réalisée après installation de la tête de la victime en position neutre.

Si la victime est allongée sur le ventre, le collier cervical est installé après son retournement.

Le collier cervical ne doit pas être utilisé s'il existe une contre-indication comme :

- une possible obstruction des voies aériennes,
- une déformation préexistante du rachis cervical (dans ce cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve)

Justification

En limitant les mouvements du rachis cervical, le collier diminue le risque d'apparition ou d'aggravation d'une lésion de la moelle épinière lors de la manipulation d'une victime porteuse d'une lésion du rachis qui menace la moelle épinière.

Matériel

Un collier cervical adapté à la taille de la victime.

Réalisation

Victime allongée sur le dos

Le secouriste 1 doit :

- maintenir la tête en position neutre pendant toute la manœuvre ;

le secouriste 2 doit :

- dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
- choisir un collier cervical adapté à la taille de la victime ou en régler la taille ;
- La hauteur du collier cervical doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la victime. Ce réglage se fait en fonction du modèle utilisé.
- glisser la partie arrière du collier sous la nuque de la victime en dégageant la ou les bandes auto-agrippantes ;
- positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum ;
- ajuster la hauteur du collier, si c'est possible (selon le modèle) ;
- fixer les sangles.
- réévaluer la liberté des voies aériennes et s'assurer que le collier ne gêne pas la respiration de la victime.

La mise en place d'un collier cervical n'empêche pas le maintien par un secouriste de la tête de la victime lors de sa mobilisation dans les opérations d'extraction ou pour l'installer sur un dispositif d'immobilisation comme le MID.

Victime assise

Le secouriste 1 doit :

- se placer de préférence derrière la victime ;
- maintenir la tête en position neutre durant toute la manœuvre ;

le secouriste 2 doit :

- dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
- choisir un collier cervical adapté à la taille de la victime ou en régler la taille ;

- positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum ;
- glisser la partie arrière du collier sous la nuque de la victime ;
- entourer le cou de la victime avec le collier et fixer les bandes auto-agrippantes.
- réévaluer la liberté des voies aériennes et s'assurer que le collier ne gêne pas la respiration de la victime.

Risques & contraintes

Une aggravation ou l'apparition d'un traumatisme de la moelle épinière peut survenir si une restriction des mouvements du rachis cervical n'est pas assurée.

Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime, les mouvements de la tête sont possibles.

Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque.

La mise en place du collier cervical n'est pas systématique car il peut entraîner des complications comme, une obstruction des

voies aériennes, une difficulté à assurer une libération des voies aériennes, une compression des vaisseaux du cou avec aggravation d'un traumatisme crânien ou des complications locales par compression.

Le collier cervical peut aggraver une détresse respiratoire particulièrement lorsqu'il est associé à des moyens d'immobilisation comme l'ACT.

Évaluation

Le collier cervical doit :

- être adapté à la taille de la victime ;
- positionné correctement : en appui sur le sternum et le menton en avant, le haut du dos et la base de la tête en arrière, les clavicules et les angles de la mandibule latéralement doivent aussi être en contact avec le collier ;
- desserré ou retiré une fois l'immobilisation sur le MID réalisée.

Après mise en place du collier, la liberté des voies aériennes doit être réévaluée.

Retrait d'un casque de protection

Indication

Le retrait du casque de protection d'une victime est indiqué :

- dans tous les cas, si au moins deux intervenants sont présents ;
- si la victime a perdu connaissance, lorsqu'un seul intervenant est présent.

La réalisation du retrait du casque de protection doit alors permettre de rechercher les signes de respiration, après avoir libéré les voies aériennes.

Justification

La présence d'un casque de protection chez la victime peut occasionner une gêne dans la réalisation de l'examen et des gestes de secours.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Le retrait du casque de protection se fait sur une victime allongée sur le dos.

A deux secouristes

Le secouriste 1, chargé du retrait du casque, doit :

- se placer à genoux dans l'axe de la tête de la victime ;

Il doit être suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer.

- maintenir le casque en plaquant ses mains de chaque côté, la tête en position neutre et dans l'alignement de l'axe du tronc.

Le secouriste 2 doit :

- s'installer, à côté de la tête, en trépied genou relevé du côté des pieds de la victime ;
- détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque avec jugulaire) ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime ;
- relever la visière du casque et retirer les lunettes de la victime, si nécessaire ;
- glisser la main du côté de la tête de la victime sous la nuque, avant-bras en appui sur sa cuisse ;
- placer les doigts de l'autre main en crochet sous le menton, coude appuyé sur le genou relevé et maintenir ainsi fermement la tête et le cou dans l'axe du corps.

Le secouriste 1 doit :

- saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur ;
- tirer doucement le casque vers lui dans l'axe en le faisant glisser sur le sol ;

Il est parfois nécessaire de basculer légèrement le casque d'arrière en avant sans le décoller du sol, en limitant les mouvements de la tête, pour ne pas accrocher le nez ;

- arrêter la manœuvre lorsque le bord inférieur du casque se trouve au-dessus de la racine du nez de la victime.

Le maintien de la tête n'est jamais relâché durant ce retrait.

Le secouriste 2, dès l'arrêt du retrait, doit :

- repositionner ses prises, en glissant la main qui maintient la nuque vers le bas du crâne.

Ce repositionnement a pour objet d'éviter une chute brutale de la tête de la victime lors du retrait complet du casque.

Le secouriste 1 doit :

- retirer complètement le casque ;

- maintenir la tête en position neutre (prise latéro-latérale) ;
- accompagner délicatement la tête de la victime jusqu'au sol.

En secouriste isolé

Le retrait du casque à un secouriste est un geste extrêmement délicat.

- Relever la visière du casque ;
- retirer les lunettes de la victime, éventuellement ;
- maintenir le casque de la victime d'une main ;
- détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque avec jugulaire), ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime, avec l'autre main ;
- se placer dans l'axe de la tête de la victime ;
Il convient d'être suffisamment éloigné de la victime pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer ;
- saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur ;
- tirer doucement le casque, dans l'axe, en le faisant glisser sur le sol jusqu'à ce que le bord inférieur de la mentonnière soit à la racine du nez ;

- déplacer une main pour saisir le bord inférieur de la partie supérieure du casque ;
- glisser doucement l'autre main sous la base du crâne de la victime pour la maintenir ;
- tirer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez de la victime et simultanément déposer délicatement la tête sur le sol en la gardant le plus possible dans l'axe.

Risques & contraintes

Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manœuvre de retrait du casque peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves.

Le retrait du casque de protection par un seul secouriste, doit rester un geste exceptionnel, qui doit être réalisé seulement s'il ne peut pas obtenir un renfort immédiat.

Évaluation

La nuque et la tête de la victime doivent rester immobiles durant toute la manœuvre.

Aide à la marche

Indication

Cette technique est indiquée pour aider un blessé léger, qui peut maintenir la station debout, à marcher sur quelques mètres.

Justification

Cette technique permet de déplacer une victime qui peut temporairement garder la station debout vers une zone calme (bord du terrain) ou un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

À un secouriste

Cette technique est utilisée si la victime est capable de porter son propre poids et de se tenir debout sur ses deux jambes. Il convient :

- d'aider la victime à se mettre debout ;

- passer le bras de la victime autour de son cou et le maintenir au niveau du poignet avec une main ;
- passer son avant-bras derrière le dos de la victime et la maintenir en passant la main sous l'aisselle ou au niveau de la ceinture.

À deux secouristes

Cette technique est utilisée si la victime a des difficultés pour se tenir debout seule.

La technique est la même que celle à un secouriste, mais, dans ce cas, un secouriste se place de chaque côté de la victime.

Risques & contraintes

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou des membres inférieurs.

Évaluation

Le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci.

Arrimage de la victime

Indication

Toute victime doit être arrimée sur un brancard ou tout autre dispositif de transport avant son brancardage.

Justification

Les mouvements entraînés au cours du brancardage peuvent être à l'origine d'une chute de la victime. Afin d'éviter cela, la victime doit obligatoirement être arrimée.

Matériel

- Harnais de sécurité adapté à la corpulence de la victime (enfant, adulte, obèse)
- Sangles d'arrimage fixées au brancard;
- Sangles de fixation ou sangle-araignée.

Réalisation

- Refermer le drap, la ou les couverture(s) sur la victime ;
- arrimer la victime au brancard au moyen :
 - du harnais de sécurité du brancard s'il en est doté;
 - d'une sangle-araignée ;
 - de trois sangles passant au niveau :
 - de la partie supérieure du thorax (en passant au-dessus d'un bras et en dessous de l'autre) ;

- du bassin ;
- des cuisses, juste au-dessus des genoux ;

- veiller à ce qu'aucune sangle n'appuie sur :
 - une blessure ;
 - sur le cou ;
 - sur la partie inférieure du thorax ;
 - sur la partie supérieure de l'abdomen.

Si la victime est installée dans un matelas immobilisateur à dépression posé sur un brancard, l'arrimage de l'ensemble « matelas victime » s'effectue de la même façon.

Si le brancard n'est pas équipé de sangles de fixation, les secouristes peuvent arrimer la victime en utilisant des sangles en évitant l'utilisation de cordes et cordages.

Risques & contraintes

Un serrage excessif est susceptible d'occasionner à la victime :

- une compression ou une blessure ;
- une sensation d'oppression.

Evaluation

L'arrimage sur le brancard maintient la victime en totalité, sans compression de la partie inférieure du thorax, de la partie supérieure de l'abdomen ou d'une éventuelle lésion.

Brancardage à quatre secouristes

Indication

Ces techniques sont indiquées lorsqu'une victime doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule d'évacuation, en particulier lorsque le trajet s'avère long ou difficile ou bien que la victime est de forte corpulence.

Justification

Le brancardage permet de transporter une victime qui ne peut pas, ou ne doit pas, se déplacer par ses propres moyens.

Matériel

- Dispositif de transport de victime (brancard) équipé d'un système d'arrimage et adapté au poids de la victime.
- Sangles de fixation ou sangle araignée.

Réalisation

La mise en œuvre de cette technique nécessite quatre intervenants :

- un secouriste, placé aux pieds de la victime commande la manœuvre (secouriste 1) ;
- un second secouriste, se place aux pieds, de l'autre côté (secouriste 4) ;
- deux secouristes, se placent à la tête de la victime, de part et d'autre du brancard (secouristes 2 et 3).

Préalablement à la manœuvre de brancardage, la victime a été installée et arrimée dans le brancard.

Traditionnellement, la victime est brancardée tête en avant, dans le sens de la marche.

Brancardage en terrain plat

Initialement :

Secouriste 1 : « Pour le brancardage... En position ! »

L'ensemble des secouristes s'accroupit devant sa poignée en faisant face au brancard, cuisses écartées, dos plat.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouriste 2, 3 et 4 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour lever... Levez ! »

L'ensemble des secouristes se relève, à la force des cuisses en conservant le dos plat.

Secouriste 1 : « Attention pour avancer... »

Les secouristes pivotent alors d'un quart de tour pour se retrouver dans le sens de la marche, une main tenant la poignée du brancard, l'autre restant libre.

Secouriste 1 : « Avancez ! »

Les secouristes avancent avec le brancard.

En cours de déplacement les secouristes placés à l'avant annoncent tout obstacle dès qu'ils l'aperçoivent.

Lorsque c'est nécessaire (relais, passage d'obstacle...) le chef commande l'arrêt du brancard :

Secouriste 1 : « Attention pour arrêter... Arrêtez ! »

Puis lorsque cela s'avère nécessaire, afin de le poser :

Secouriste 1 : « Attention pour poser... »

Les secouristes pivotent alors d'un quart de tour afin de faire face au brancard, reposent la main libre sur la poignée.

Secouriste 1 : « Posez ! »

Le brancard est descendu horizontalement et posé doucement sur le sol.

Franchissement d'obstacle

Après que l'obstacle ait été signalé par l'un des secouristes placés à l'avant :

- ramener le brancard perpendiculairement à l'obstacle, tout contre celui-ci ;

Secouriste 1 : « Face au brancard ! »

Les secouristes 2 et 3 doivent :

- faire un quart de tour afin de faire face au brancard ;
- reposer la main libre sur la poignée du brancard .

Le secouriste 4 doit :

- passer entre les poignées ;
- soutenir les deux poignées.

Le secouriste 1 peut alors :

- reconnaître l'obstacle et le franchir ;
- se positionner après l'obstacle afin de pouvoir réceptionner le brancard.

Secouriste 1 : « Envoyez ! »

Les secouristes 2 et 3 doivent :

- faire coulisser le brancard vers l'avant, jusqu'à ce que le secouriste 1 puisse récupérer les poignées, d'une part, et commander l'arrêt du mouvement, d'autre part.

Le secouriste 4 doit :

- soutenir le brancard en accompagnant son mouvement vers l'avant.

Après que le secouriste 1 ait commandé l'arrêt du brancard :

- le secouriste 4 doit :
 - soutenir le brancard.
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se dégager du brancard ;
 - passer rapidement de l'autre côté de l'obstacle ;
 - soutenir le brancard, de chaque côté, au plus près de l'obstacle.

Secouriste 1 : « Envoyez ! »

Les secouristes 2 et 3 doivent :

- faire coulisser le brancard vers l'avant, jusqu'à ce que le secouriste resté en arrière soit à son tour au contact de l'obstacle.

Le secouriste 4 doit :

- soutenir le brancard en accompagnant son mouvement vers l'avant, jusqu'à être au contact de l'obstacle ;
- lâcher le brancard ;
- passer de l'autre côté de l'obstacle.

Après que le secouriste 4 ait lâché le brancard les trois autres secouristes terminent le franchissement de l'obstacle et s'arrêtent à distance de celui-ci. Le secouriste 4 peut alors venir se placer entre les deux poignées arrière du brancard.

Les secouristes 2 et 3, placés sur le côté, peuvent alors se dégager et reprendre leur place à l'avant.

Le secouriste 1 peut ensuite regagner sa place à l'arrière.

Passage étroit

A proximité du passage étroit, le secouriste 1 fait arrêter la progression. Puis, il commande aux secouristes de passer, les uns après les autres, à l'intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher.

A l'issue de cette manœuvre, les secouristes doivent se retrouver dos-à-dos à l'intérieur des hampes du brancard.

Secouriste 1 : « Avancez ! »

Les secouristes progressent alors en *pas chassés* au travers du passage.

Une fois le franchissement du passage étroit terminé, le brancard est à nouveau arrêté afin de permettre à chaque secouriste de reprendre sa place initiale, à l'extérieur des hampes, dans le sens de la progression.

Brancardage en pente ou dans un escalier

Après avoir vérifié l'arrimage de la victime, le chef demande aux secouristes qui sont vers le bas, de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu'à la ceinture, la poitrine ou l'épaule de façon à maintenir le brancard en position horizontale.

Si la progression se fait dans le sens de la descente, il est préférable de brancarder la victime les pieds en avant.

Risques & contraintes

Afin de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres donnés permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

Évaluation

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.

Le brancard est maintenu en position horizontale.

Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

Brancardage à trois secouristes

Indication

Ces techniques sont indiquées lorsqu'une victime doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule d'évacuation et que la corpulence de la victime permet un brancardage à seulement 3 secouristes.

Justification

Le brancardage permet de transporter une victime qui ne peut pas, ou ne doit pas, se déplacer par ses propres moyens.

Matériel

- Dispositif de transport de victime (brancard) équipé d'un système d'arrimage.
- Sangles de fixation ou sangle-araignée.

Réalisation

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants :

- un secouriste placé au pied de la victime, entre les deux hampes du brancard, commande la manœuvre (secouriste 1) ;
- deux secouristes se placent à la tête de la victime, de part et d'autre du brancard (secouristes 2 et 3).

Préalablement à la manœuvre de brancardage, la victime a été installée et arrimée dans le brancard.

Traditionnellement, la victime est brancardée tête en avant, dans le sens de la marche.

Brancardage en terrain plat

Initialement :

Secouriste 1 : « Pour le brancardage... En position ! »

L'ensemble des secouristes s'accroupit devant sa poignée en faisant face au brancard, cuisses écartées, dos plat.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2, 3 et 4 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour lever... Levez ! »

L'ensemble des secouristes se relève, à la force des cuisses en conservant le dos plat.

Secouriste 1 : « Attention pour avancer... »

Les secouristes 2 et 3 pivotent alors d'un quart de tour pour se retrouver dans le sens de la marche, une main tenant la poignée du brancard, l'autre restant libre.

Secouriste 1 : « Avancez ! »

Les secouristes avancent avec le brancard.

En cours de déplacement les secouristes placés à l'avant annoncent tout obstacle dès qu'ils l'aperçoivent.

Lorsque c'est nécessaire (relais, passage d'obstacle...) le chef commande l'arrêt du brancard :

Secouriste 1 : « Attention pour arrêter... Arrêtez ! »

Puis ensuite, afin de le poser :

Secouriste 1 : « Attention pour poser... »

Les secouristes 2 et 3 pivotent alors d'un quart de tour afin de faire face au brancard, reposent la main libre sur la poignée.

Secouriste 1 : « Posez ! »

Le brancard est descendu horizontalement et posé doucement sur le sol.

Si le brancardage est réalisé au moyen d'un chariot brancard, il est plus facile de le réaliser

après avoir soulevé le chariot et déployé ses pieds.

Dans ce cas de figure, un équipier se place à l'arrière, entre les hampes du chariot et le pousse tout en le dirigeant. Les deux autres saisissent le chariot par les hampes avant pour faciliter sa progression et le maintenir.

Franchissement d'obstacle

Après que l'obstacle ait été signalé par l'un des secouristes placés à l'avant :

- ramener le brancard perpendiculairement à l'obstacle, tout contre celui-ci ;

Secouriste 1 : « Face au brancard ! »

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - faire un quart de tour afin de faire face au brancard ;
 - reposer la main libre sur la poignée du brancard ;
 - poser l'avant du brancard sur l'obstacle.
- le secouriste 1 doit maintenir le brancard.

Puis :

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se dégager du brancard ;
 - passer rapidement de l'autre côté de l'obstacle ;
 - saisir les poignées avant du brancard.

Secouriste 1 : « Envoyez ! »

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - faire progresser le brancard vers l'avant, jusqu'à ce que le secouriste 1, resté en arrière, soit à son tour au contact de l'obstacle.

Après que le secouriste 1 ait commandé l'arrêt du brancard :

- le secouriste 1 doit :
 - se dégager du brancard ;

- passer rapidement de l'autre côté de l'obstacle ;
- venir se placer entre les deux poignées avant du brancard.

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - coulisser le long du brancard, sans le lâcher, jusqu'à être en contact avec l'obstacle ;
 - saisir la hampe à deux mains.

Secouriste 1 : « Envoyez ! »

Les secouristes dégagent alors le brancard de l'obstacle.

Le secouriste 1 commande de poser le brancard. Une fois celui-ci au sol, chacun reprend sa place initiale.

Passage étroit

À proximité du passage étroit, le secouriste 1 fait arrêter la progression. Puis, il commande aux secouristes 2 et 3 de passer, l'un après l'autre, à l'intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher.

À l'issue de cette manœuvre, les secouristes 2 et 3 doivent se retrouver dos à dos à l'intérieur des hampes du brancard.

Secouriste 1 : « Avancez ! »

Les secouristes progressent au travers du passage, en *pas chassés* pour ceux situés entre les hampes.

Une fois le franchissement du passage étroit terminé, le brancard est à nouveau arrêté afin de permettre aux secouristes 2 et 3 de reprendre leur place initiale, à l'extérieur des hampes, dans le sens de la progression.

Brancardage en pente ou dans un escalier

Après avoir vérifié l'arrimage de la victime, le chef place :

- un secouriste à l'avant et deux à l'arrière, si la progression se fait dans le sens de la montée ;
- deux secouristes vers l'avant et un vers l'arrière, si la progression se fait dans le sens de la descente.

Ensuite, il commande aux secouristes qui sont vers le bas, de tenir les poignées à deux mains

et de les relever jusqu'à la ceinture, la poitrine ou l'épaule de façon à maintenir le brancard en position horizontale.

Si la progression se fait dans le sens de la descente, il est préférable de brancarder la victime les pieds en avant.

Risques & contraintes

Afin de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres donnés permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

Évaluation

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.

Le brancard est maintenu en position horizontale.

Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

Déplacement d'une victime à l'aide d'une chaise transport

Indication

La chaise de transport peut être utilisée si :

- la victime ne présente pas de détresse ou d'atteinte grave ;
- la victime peut supporter la position assise.

Justification

L'utilisation d'une chaise de transport pour déplacer une victime permet de répondre à une difficulté réelle de brancardage en étages, dans les escaliers ou ascenseurs étroits.

Matériel

- Une chaise de transport, préalablement préparée.

Réalisation

Après avoir installé et arrimé la victime sur la chaise de transport il convient de :

- demander à la victime de garder ses mains croisées sur sa poitrine et de ne pas essayer de s'agripper ;
- saisir la chaise par les poignées ;
- basculer légèrement la chaise de transport en arrière après avoir prévenu la victime ;
- faire rouler la chaise de transport sur le sol en prenant garde aux obstacles qui peuvent se présenter.

Lorsqu'un obstacle ou un escalier doit être franchi :

- un deuxième secouriste doit :
 - saisir les poignées au niveau des pieds de la victime pour aider le premier secouriste à soulever la chaise ;
- un troisième secouriste doit :
 - précéder les déplacements de la chaise pour :
 - ouvrir les portes ;
 - enlever les objets qui pourraient gêner le passage ;
 - sécuriser le sauveteur aux pieds en le tenant par la ceinture lors de la descente des escaliers.

Dès que possible la chaise est placée à côté du brancard afin de procéder au transfert.

Risques & contraintes

Le verrouillage de la chaise ainsi que l'arrimage de la victime sont systématiquement vérifiés avant la manœuvre afin d'éviter toute chute.

Afin de limiter les lésions du dos, les secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Évaluation

La victime reste convenablement assise et son état ne s'aggrave pas.

Déplacement d'une victime non valide

Indication

Ces techniques sont indiquées pour déplacer une victime, non valide, qui n'est pas suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou des membres, sur quelques mètres.

Justification

Ces techniques permettent de déplacer une victime sur une courte distance vers une zone calme, un abri pour la protéger des intempéries ou un endroit où elle pourra être allongée.

Matériel

- Une chaise, éventuellement.

Réalisation

Déplacement par saisie des extrémités

Cette technique est pratique pour déplacer une victime qui se trouve dans un espace étroit.

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes.

Pour cela, après avoir aidé la victime à s'asseoir :

Le secouriste 1 doit :

- s'accroupir derrière le dos de la victime ;
- passer ses avant-bras sous ses aisselles et saisir les poignets opposés.

Le secouriste 2 doit :

- s'accroupir entre les jambes de la victime, face à la marche ;
- passer ses bras de l'extérieur vers l'intérieur sous les genoux de la victime.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouriste 2 : « Prêt ! »

Secouriste 1 : « Avancez ! »

Les secouristes se redressent et se dirigent vers l'avant. Arrivés à destination :

Secouriste 1 : « Halte ! Attention pour poser... Posez ! »

Les deux secouristes déposent délicatement la victime au sol ou sur une chaise.

Déplacement par une chaise à mains

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes. Pour cela :

- se placer de chaque côté de la victime, au niveau de ses hanches ;
- passer un avant-bras derrière le dos de la victime puis saisir l'épaule du secouriste placé en face ;
- passer l'autre avant bras sous les genoux de la victime et agripper l'autre secouriste par les poignets ;

Un anneau de toile solide peut être utilisé ; chaque secouriste agrippe alors l'anneau de toile.

- demander à la victime de s'asseoir et de placer ses bras autour du cou de chacun des secouristes.

La victime est déplacée au commandement de l'un des secouristes.

Déplacement à l'aide d'une chaise

Le déplacement est réalisé au minimum par deux secouristes. Pour cela :

- choisir une chaise d'ameublement suffisamment solide pour supporter le poids de la victime ;
- faire asseoir la victime.

Ensuite :

Le secouriste 1 doit :

- s'accroupir derrière le dossier de la chaise et saisir le bas du dossier ;

- basculer tout doucement la chaise en arrière après avoir prévenu la victime et en la maintenant d'une main.

Le secouriste 2 doit :

- s'accroupir entre les pieds avant de la chaise, face à la victime ;
- saisir l'extrémité des pieds de la chaise.
Les jambes de la victime doivent rester entre les pieds de la chaise.

Au commandement du secouriste 1, les deux secouristes doivent :

- se relever simultanément ;
- déplacer la victime sur sa chaise.

Risques & contraintes

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique de déplacement de la victime si la victime est suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou des membres.

Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques, il ne doit pas aggraver l'état de la victime.

Évaluation

Le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci.

Installation d'une victime dans un vecteur de transport

Indication

Cette technique est indiquée pour isoler ou transporter une victime installée sur un brancard.

Justification

L'utilisation d'un véhicule de secours rend plus confortable la prise en charge d'une victime voire son transport.

Matériel

- Un véhicule de secours et son brancard.

Réalisation

En utilisant un brancard sans chariot

Le brancard est chargé dans le véhicule :

- soit directement sur des rails placés au sol du véhicule ;
- soit sur un porte-brancard fixe ou mobile.

Le brancard doit être verrouillé au sol ou au porte-brancard.

En utilisant un chariot-brancard

Le brancard est chargé dans le véhicule :

- soit directement sur des rails placés au sol du véhicule ;
- soit sur un porte-brancard fixe ou mobile.

Le brancard doit être verrouillé au sol ou au porte-brancard.

Le chariot est chargé dans le véhicule de secours à trois secouristes, parfois quatre.

- Deux secouristes, placés à la tête de la victime, doivent maintenir le chariot et

guider les roulettes dans les rails du véhicule ;

Dès que l'avant du chariot est posé sur les rails :

- Le(s) secouriste(s) placé(s) aux pieds de la victime doit(-vent) :
 - libérer les pieds avant du brancard en appuyant sur la poignée de commande ;
 - pousser ensuite le brancard à l'intérieur du véhicule ;

Si besoin en se faisant aider par les deux secouristes placés au niveau de la tête de la victime.

Lorsque le chariot est rentré des deux tiers dans le véhicule :

- les secouristes placés à la tête de la victime doivent :
 - soutenir le chariot ;
- le(s) secouriste(s) placé(s) aux pieds de la victime doit(-vent) :
 - libérer les pieds arrière du chariot et les replier pour terminer la manœuvre.
- vérifier que le système de fixation du chariot est verrouillé et immobilisé.

Le déchargement d'une victime d'un véhicule de secours se fait exactement de manière inverse au chargement. S'assurer que les pieds du chariot brancard soient bien verrouillés avant de déplacer le brancard.

Risques & contraintes

L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute.

Afin de limiter les lésions dorsales, les secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches.

La responsabilité de l'arrimage de la victime dans le moyen de transport et la fermeture des portes incombe au conducteur du véhicule.

En aucun cas, la manœuvre ne doit être réalisée à un seul secouriste.

Dans les véhicules de secours dotés de plusieurs brancards, le blessé le plus grave doit être le plus facilement accessible par les personnels d'accompagnement.

Évaluation

La personne commandant la manœuvre est placée au pied du brancard pour surveiller les autres secouristes ainsi que la victime.

Le brancard doit être maintenu le plus horizontalement possible.

Une fois installé dans le véhicule le chariot est fixé sur son support (fixation 3 points).

Préparation d'un dispositif de portage

Indication

Cette technique est indiquée chaque fois qu'une victime doit être installée sur un brancard ou un autre dispositif qui permet son transport.

Justification

Afin d'assurer un transport correct et confortable de la victime, le dispositif de portage doit être préparé à l'avance par les secouristes.

Matériel

- Un matériel de relevage ou de brancardage.

- Un drap.

Le drap peut être en toile ou en matériau intissé. Il est préférable d'utiliser des draps à usage unique.

Les draps stériles sont utilisés pour envelopper une victime qui présente des brûlures étendues.

- Une couverture.

Elle est destinée à protéger la victime du froid.

Il est préférable d'utiliser des couvertures bactériostatiques, lavables ou d'intercaler entre la couverture et la victime un drap de préférence à usage unique.

- Une couverture de survie.

La couverture de survie est une couverture isolante qui a pour objet de limiter la perte de température de la victime et protéger la victime contre le vent. Elle a la forme d'un film plastique métallisé de couleur argentée ou dorée de dimension 1,80 x 2,20 m. Elle est conditionnée dans un sachet plastique. Elle peut être stérile.

- Des sangles de fixation.

Les brancards sont équipés ou peuvent s'équiper de sangles de fixation permettant le maintien de la victime sur le brancard.

Avec les plans durs, des sangles-araignées peuvent être utilisées.

Réalisation

Pour un brancard

Chaque fois que possible la victime est enveloppée dans un drap puis une couverture avant d'être arrimée sur le brancard. Pour cela :

- assurer le montage du brancard, si nécessaire ;
- installer un drap ou une couverture de survie sur le brancard ;

Le drap ou la couverture de survie sont placés en règle générale sur le brancard avant d'y déposer la victime. Elle peut ensuite être enveloppée avec.

Une fois que la victime a été installée sur le brancard au moyen d'une technique adaptée à son état :

- recouvrir la victime au moyen d'une couverture ;
- sangler la victime.

Les sangles doivent passer par-dessus la couverture afin que l'ensemble soit parfaitement maintenu.

Pour une chaise de transport

Un drap (ou une couverture) peut être disposé sur une chaise de transport pour envelopper une victime. Le drap est placé sur la chaise en prenant soin de ne pas le laisser traîner au sol pour ne pas gêner le déplacement.

En aucun cas la couverture ou le drap ne devront rendre inaccessibles les sangles qui

permettent de maintenir la victime une fois celle-ci installée sur la chaise.

Risques & contraintes

Néant

Évaluation

Une fois préparé, le dispositif de portage doit permettre :

- d'envelopper facilement et totalement le corps de la victime dans un drap ou une couverture de survie ;
- de maintenir la victime à l'aide de sangles pour éviter qu'elle ne chute pendant le transport.

Relevage à l'aide d'un brancard cuillère

Indication

L'utilisation du brancard cuillère est particulièrement indiquée pour relever une victime allongée sur le sol et l'installer sur un dispositif de portage.

Il est le moyen recommandé de première intention pour relever une victime traumatisée suspecte d'un traumatisme du rachis allongée sur le dos pour l'installer sur un matelas immobilisateur à dépression.

Il est possible aussi de l'utiliser :

- s'il est impossible de pratiquer un relevage de la victime par une méthode dite « du pont » à 3 ou 4 porteurs (zone surbaissée : victime sous un train, un véhicule...).
- pour relever une victime sans atteinte traumatique présentant des souillures ou des salissures (le matériel est non oxydable et aisément nettoyable).
- Pour transférer une victime d'un dispositif de portage à un autre.

Justification

L'utilisation du brancard cuillère facilite l'installation de la victime sur un brancard ou son transfert sur un matelas immobilisateur à dépression tout en maintenant son axe tête-cou-tronc. Des moyens de relevage de victimes c'est celui qui, s'il est utilisé correctement, est le moins susceptible de mobiliser la victime et d'aggraver une éventuelle lésion du rachis. Son utilisation peut être associée à celle des blocs de tête pour restreindre le rachis cervical.

Matériel

- Un brancard cuillère.
- Blocs de têtes.

Réalisation

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants :

- un secouriste, placé à la tête de la victime, à genou. Il en assure le maintien par une prise latéro-latérale. (secouriste 1).

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- deux secouristes, placés de chaque côté de la victime (secouristes 2, 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- déplier le brancard cuillère ;
- placer le brancard cuillère le long de la victime ;
- régler sa longueur en fonction de la taille du blessé et le verrouiller dans cette position ;
- s'assurer de la rigidité du système en tirant sur la partie mobile côté jambes ;
- désolidariser les deux parties du brancard ;
- assurer la stabilisation ou la restriction des mouvements du rachis cervical si la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis.

Initialement :

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - placer la face palmaire des mains de la victime sur ses cuisses pour éviter de les pincer pendant la manœuvre de fermeture du brancard.

Puis :

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se placer de chaque côté de la victime, chacun muni d'une cuillère du brancard ;
 - glisser une cuillère sous la victime, à tour de rôle ;
 - Pendant que glisse la cuillère, l'autre saisit la victime à l'épaule et à la hanche pour la tirer vers lui très légèrement et faciliter ainsi la mise en place de la cuillère sous la victime.
 - Lors de la mise en place de la 2ème cuillère, s'assurer que cette dernière est bien en face de l'autre pour faciliter sa fermeture.
 - réunir et solidariser les deux parties du brancard cuillère, à l'aide des dispositifs à encliquetage ;
 - Il convient de commencer par celui situé à la tête, puis celui des pieds.
 - s'assurer de la fermeture du dispositif à encliquetage en tirant latéralement sur les deux parties du brancard ;
 - mettre en place les blocs de tête si disponibles (une fois la restriction

des mouvements du rachis cervical obtenu, le maintien tête peut être relâché).

- arrimer la victime au brancard cuillère si un brancardage doit être réalisé.

Risques & contraintes

Tout risque de chute de la victime ou d'une aggravation d'une éventuelle lésion de la colonne vertébrale est évité si la technique est correctement exécutée.

Éviter de pincer les parties postérieures de la victime lors de la mise en place des cuillères.

Contrôler le verrouillage des cuillères afin d'éviter tout risque de chute.

Évaluation

L'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu pendant toute la manœuvre si un traumatisme du rachis est suspecté.

La mise en place des cuillères doit mobiliser le moins possible la victime.

À l'issue de la manœuvre, la victime est correctement installée sur le brancard cuillère et les fixations correctement fermées.

Relevage à quatre secouristes

Indication

Les techniques de relevage d'une victime à quatre secouristes sont réalisées :

- si la corpulence de la victime le nécessite
- si un brancard cuillère ne peut être utilisé pour relever une victime suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Justification

Ces techniques permettent :

- de pouvoir relever une victime lourde.
- de maintenir l'axe tête-cou-tronc ;

Une cinquième personne peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime lorsque cela est nécessaire.

Matériel

Un dispositif de portage préalablement préparé et adapté si nécessaire à recevoir une victime qui présente un traumatisme du rachis (matelas immobilisateur, plan dur).

L'ensemble de ce dispositif sera nommé « brancard » dans la suite de la fiche.

Réalisation

Pont néerlandais à quatre porteurs

La mise en œuvre de cette technique nécessite quatre intervenants :

- un secouriste, placé à la tête de la victime assure la stabilisation du rachis en maintenant la tête de la victime par une prise latéro-latérale. (secouriste 1).

Il se positionne un genou côté brancard à terre, à l'intérieur des deux hampes du brancard et contre la poignée pour la caler.

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- trois secouristes, placés en pont, les jambes écartées au-dessus de la victime (secouristes 2, 3 et 4).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- Disposer le brancard le long du corps de la victime et s'il a des roulettes, les bloquer ;
- Assurer une stabilisation du rachis cervical par un maintien tête si la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis.
- Si la victime est porteuse d'un collier cervical mis en place pour son extraction ou son dégagement avant son relevage, le maintenir en place jusqu'à la fin du relevage et de l'immobilisation de la victime ;

Initialement :

- les secouristes 2, 3 ou 4 doivent :
- ramener les bras de la victime sur son tronc.

Puis :

- le secouriste 2 doit :
 - prendre position au niveau des pieds de la victime ;
 - placer le pied côté brancard à l'intérieur des poignées de manière à les bloquer.
- les secouristes 3 et 4 doivent :
 - se placer debout respectivement au niveau du bassin et des épaules de la victime en se faisant face ;

- enjamber la victime successivement en prenant appui l'un sur l'autre pour poser leur pied sur la hampe extérieure sous le drap ;
- engager les mains respectivement sous les épaules et sous la taille de la victime (ou saisir les parties latérales de la ceinture si elle est solide).
- le secouriste 2 doit :
 - saisir les chevilles de la victime ;
 - Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »*
 - Secouristes 2,3 et 4 : « Prêts ! »*
 - Secouriste1 : « Attention pour lever... Levez! »*
- les secouristes 2, 3 et 4 doivent :
 - se relever en gardant le dos plat ;
 - soulever la victime ;
 - déplacer latéralement la victime jusqu'au brancard ;
- le secouriste 1 doit :
 - accompagner le mouvement ;
 - ordonner de poser la victime sur le brancard, en fin de déplacement.

Les secouristes doivent :

- poser la victime doucement sur le brancard ;
- se dégager successivement de la victime, dans l'ordre 3 et 4, puis l'équipier placé aux pieds (secouriste 2).

L'équipier de tête (secouriste 1) peut se dégager seulement si la stabilisation du rachis cervical est assurée.

Pont amélioré

La mise en œuvre de cette technique nécessite quatre intervenants :

- un secouriste, placé à la tête la victime, en trépied, assure la stabilisation du rachis en

maintenant la tête de la victime par une prise latéro-latérale (secouriste 1).

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- trois secouristes, placés en pont, les jambes écartées au-dessus de la victime (secouriste 2, 3 et 4).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- disposer le brancard dans l'axe de la victime, si possible au niveau des pieds ;
- Un aide assurera son glissement sous la victime au commandement.
- S'il n'est pas possible de disposer le brancard dans l'axe aux pieds de la victime, le secouriste qui soutient la tête (secouriste 1), se place à la tête de la victime en pont comme les autres secouristes pour laisser passer le brancard par la tête.
- Assurer une stabilisation du rachis cervical par un maintien tête si la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis.
 - Si la victime est porteuse d'un collier cervical mis en place pour son extraction ou son dégagement avant son relevage, le maintenir en place jusqu'à la fin du relevage et de l'immobilisation de la victime si la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis ;

Initialement :

- les secouristes 2, 3 ou 4 doivent :
 - ramener les bras de la victime sur son tronc.

Puis :

- les secouristes 2, 3 et 4 doivent :
 - se placer l'un après l'autre en pont au-dessus de la victime, jambes suffisamment écartées et pieds légèrement décalés, respectivement au niveau des épaules, du bassin et des jambes de la victime ;

Les secouristes situés aux épaules et au bassin se font face.

Le secouriste aux membres inférieurs fait face au secouriste de tête.

S'accroupir en gardant le dos plat ;

- engager leurs mains respectivement sous les épaules de la victime, sous sa taille (niveau de la ceinture) et au niveau des chevilles ;

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2, 3 et 4 : « Prêts ! »

*Secouriste 1 : « Attention pour lever...
Levez ! »*

- Les secouristes doivent alors :
 - se relever en gardant le dos plat ;
 - soulever légèrement la victime pour permettre le passage du brancard.

Secouriste 1 : « Envoyez le brancard ! »
- L'aide doit alors :
 - glisser le brancard entre les jambes des secouristes, sous la victime.
- Le secouriste 1 doit :
 - commander l'arrêt du brancard lorsque celui-ci est arrivé sous la tête de la victime.

Une fois que le brancard est en place :

Secouriste 1 : « Posez ! »

- Les secouristes doivent alors :
 - poser doucement la victime sur le brancard ;
 - se dégager successivement de la victime, dans l'ordre 3 et 4, puis l'équipier placé aux pieds (secouriste 2).

L'équipier de tête peut se dégager seulement si la victime n'est pas suspecte d'un traumatisme du rachis ou après avoir assuré une restriction des mouvements du rachis cervical par exemple par une immobilisation de la tête dans un matelas à dépression ou la mise en place de blocs de tête.

Risques & contraintes

Tout risque de chute de la victime ou d'une aggravation d'une éventuelle lésion de la colonne vertébrale est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manutention évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

Évaluation

Le transfert de la victime sur le brancard doit être doux, sans à-coup et l'axe tête-cou-tronc doit être respecté.

A l'issue de la manœuvre, la victime se trouve en position correcte sur le brancard.

Relevage à trois secouristes

Indication

Les techniques de relevage d'une victime à trois secouristes porteurs sont réalisées si la corpulence de la victime le permet.

Une quatrième personne peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime lorsque cela est nécessaire.

Justification

Ces techniques, très couramment utilisées, permettent d'installer une victime sur un brancard.

Matériel

Un dispositif de relevage ou de brancardage préalablement préparé.

L'ensemble de ce dispositif sera nommé « brancard » dans la suite de la fiche.

Réalisation

Pont néerlandais à trois porteurs

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants :

- un secouriste, placé en pont, au-dessus de la tête de la victime (secouriste 1) ;
C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.
- un secouriste, placé en pont, au-dessus des pieds la victime (secouriste 2) ;
- un secouriste, placé en pont, au-dessus de la victime, entre les deux autres (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- disposer le brancard le long du corps de la victime et s'il a des roulettes, les bloquer ;

Initialement :

- ramener les avant-bras de la victime sur son tronc ;

Puis :

- les secouristes 1 et 2 doivent :
 - se faire face ;
 - prendre position respectivement au niveau de la tête et des pieds de la victime ;
 - placer le pied côté brancard à l'intérieur des poignées situées contre la victime de manière à les bloquer.
- le secouriste 3 doit :
 - s'appuyer sur l'épaule du secouriste 1 ;
 - enjamber la victime et poser son pied sur le milieu de la hampe extérieure, sous le drap ;
- le secouriste 1 doit :
 - glisser une main sous la nuque de la victime et l'autre sous ses omoplates ;
- le secouriste 2 doit :
 - saisir les chevilles de la victime ;
- le secouriste 3 doit :
 - engager ses mains sous la taille de la victime ;
 - saisir les parties latérales de la ceinture ou du pantalon, si elles sont solides ;

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour lever... Levez ! »
- les secouristes doivent :
 - se relever en gardant le dos plat ;
 - soulever la victime ;

- déplacer latéralement la victime jusqu'au brancard ;
- le secouriste 1 doit :
 - ordonner de poser la victime sur le brancard, en fin de déplacement.

Les secouristes doivent :

- poser la victime doucement sur le brancard ;
- se dégager successivement de la victime, sans la heurter.

Pont simple

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois porteurs et un aide :

- un secouriste, placé en pont, au-dessus de la tête de la victime (secouriste 1) ;
- C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.
- un secouriste, placé en pont, au-dessus des pieds la victime (secouriste 2) ;
- un secouriste, placé en pont, au-dessus de la victime, entre les deux autres (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- disposer le brancard dans l'axe de la victime, si possible au niveau des pieds
- Un aide assurera son glissement sous la victime au commandement.

Initialement :

- ramener les avant-bras de la victime sur son tronc ;

Puis :

- le secouriste 1 doit :
 - se placer à la tête de la victime, jambes suffisamment écartées.
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se placer face au secouriste 1, en pont au-dessus de la victime, jambes

suffisamment écartées et pieds légèrement décalés, respectivement au niveau des pieds et du bassin ;

- s'accroupir en gardant le dos plat.
- le secouriste 1 doit :
 - glisser une main sous la nuque de la victime et l'autre sous ses omoplates ;
- le secouriste 2 doit :
 - saisir les chevilles de la victime ;
- le secouriste 3 doit :
 - engager ses mains sous la taille de la victime ;
 - saisir les parties latérales de la ceinture ou du pantalon, si elles sont solides ;

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour lever... Levez ! »

Les secouristes doivent alors :

- se relever en gardant le dos plat ;
- soulever la victime pour permettre le passage du brancard.

Secouriste 1 : « Envoyez le brancard ! »

- L'aide doit alors :
 - glisser le brancard entre les jambes des secouristes, sous la victime.
- Le secouriste 1 doit :
 - commander l'arrêt du brancard lorsque celui-ci est arrivé sous la tête de la victime.

Une fois que le brancard est en place :

Secouriste : « Posez ! »

Les secouristes doivent alors :

- poser doucement la victime sur le brancard ;
- se dégager successivement de la victime, sans la heurter.

Transfert par la technique dite de la « cuillère »

Cette technique permet de transférer une victime du lit au brancard ou du brancard au lit. Elle est contre indiquée si la victime est suspecte d'une atteinte du rachis ou présente des lésions traumatiques.

La mise en œuvre de cette technique nécessite trois intervenants qui se placent sur le côté du lit, respectivement à la hauteur :

- des épaules de la victime (secouriste 1);
C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.
- des hanches de la victime (secouriste 2) ;
- des genoux de la victime (secouriste 3).

Préalablement à la manœuvre de relevage :

- disposer le brancard perpendiculairement au niveau du pied du lit, si c'est possible.
Si le brancard est équipé de pieds, les secouristes les déploient pour mettre le brancard à hauteur et bloquent les roues.

Puis :

- le secouriste 1 doit :
 - soutenir d'un bras l'ensemble tête-nuque ;
 - s'appuyer de sa main sur l'omoplate opposée ;
 - soutenir le haut du thorax, de l'autre main.
- le secouriste 2 doit :
 - placer un avant-bras sous la taille de la victime ;
 - placer l'autre avant bras sous le haut des cuisses de la victime.
- le secouriste 3 doit :
 - placer un avant-bras sous le haut des jambes ;
 - placer l'autre avant-bras sous les chevilles.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3: « Prêts ! »

*Secouriste 1 : « Attention pour lever...
Levez ! »*

Les secouristes doivent alors soulever la victime.

Secouriste 1: « Plaquez ! »

Les secouristes doivent alors plaquer la victime contre eux tout en se penchant légèrement en arrière pour équilibrer la charge.

Secouriste 1: « Debout »

Les secouristes doivent alors :

- se lever ;
- se reculer ensuite ;
- s'approcher du brancard et s'arrêter le long de celui-ci.

Secouriste 1 : « Arrêtez ! Levez ! »

Les secouristes doivent alors :

- rabattre délicatement la victime ;
- poser la victime d'un bloc sur le brancard.

Cette technique, difficile à réaliser, est facilitée par l'utilisation d'un portoir souple.

Risques & contraintes

Tout risque de chute de la victime est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manutention évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

Évaluation

Le transfert de la victime sur le brancard doit être doux, sans à-coup et le moins traumatisant possible.

À l'issue de la manœuvre, la victime se trouve en position correcte sur le brancard.

Relevage d'une victime en position particulière

Indication

Cette technique est indiquée dès lors que la victime est en position latérale de sécurité, en position assise ou demi-assise, à plat dos, cuisses fléchies.

Justification

Cette technique permet de réaliser le relevage d'une victime en position d'attente.

Matériel

Matériel de relevage et brancardage préalablement préparé, adapté à recevoir une victime et la garder dans la position choisie.

Réalisation

Victime en position latérale de sécurité

Cette technique est réalisée à quatre secouristes.

Le secouriste de tête maintient la tête de la victime en position latéro-latérale.

Le secouriste situé au niveau des pieds, dès que les autres secouristes maintiennent la victime, ramène le membre inférieur fléchi sur l'autre et saisit les chevilles ensemble.

La position finale obtenue est si possible maintenue à l'aide d'un matelas immobilisateur à dépression.

Victime à plat dos, cuisses fléchies

Deux ou trois secouristes soulèvent la moitié supérieure du corps selon une méthode en pont.

Les membres inférieurs sont saisis au niveau des genoux par le secouriste placé au pied de la victime.

Victime en position demi-assise

La partie supérieure du corps est soutenue par le secouriste de tête qui glisse ses avant-bras sous les aisselles de la victime. Il peut éventuellement saisir les poignets opposés ou la ceinture de la victime.

La position des autres secouristes ne diffère pas des règles générales du relevage.

Les matériels de calage sont transférés du sol sur le brancard après la dépose de la victime sur le brancard si ce dernier n'est pas équipé de dispositif permettant le maintien de cette position.

Victime en position assise - Transfert sur une chaise de transport

L'installation d'une victime sur une chaise de transport rend plus facile son brancardage notamment si l'équipe doit emprunter des escaliers ou un ascenseur.

Pour être possible, il est indispensable que la victime puisse tenir la position assise et que la position assise ne soit pas contre-indiquée.

Sa mise en œuvre nécessite trois intervenants :

- un secouriste, chargé de maintenir la chaise de transport (secouriste 1) ;
- deux secouristes, placés devant et derrière la victime (secouristes 2 et 3).

Initialement :

- le secouriste 1 doit :
 - placer, sur le côté de la victime, la chaise de transport préalablement préparée ;
- le secouriste 2 doit :
 - croiser les bras de la victime sur sa poitrine ;
 - se placer derrière la victime puis glisser ses avant-bras sous les aisselles et saisir les poignets opposés.
- le secouriste 3 doit :

- se placer face à la victime, légèrement accroupie, un pied décalé vers la chaise de transport ;
- saisir les genoux de la victime en glissant ses avant-bras dessous.

Secouriste 2 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 1 et 3 : « Prêts ! »

*Secouriste 2 : « Attention pour lever...
Levez ! »*

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - se relever en gardant le dos plat ;
 - soulever la victime et la déplacer latéralement au-dessus de la chaise de transport ;
 - poser la victime doucement sur la chaise.
- le secouriste 1 doit :
 - aider à la réception de la victime.
- envelopper la victime avec le drap ;

- recouvrir la victime, éventuellement, d'une couverture ;
- arrimer la victime avant de la transporter.

Risques & contraintes

Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée.

Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite au secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

Évaluation

La position d'attente choisie doit être maintenue au cours du relevage pour éviter une aggravation de l'état de la victime.

Retournement à deux secouristes

Indication

Cette technique est indiquée après avoir constaté la perte de connaissance chez une victime sur le ventre.

Elle doit être réalisée systématiquement lorsque l'on est en équipe et que la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis.

Justification

Le retournement d'une victime et sa mise en position allongée, le dos sur le sol, est nécessaire pour :

- rechercher les signes de respiration ;
- réaliser les gestes d'urgence comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques ;
- examiner une victime, l'immobiliser puis assurer son relevage.

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Le retournement s'effectue du côté opposé au visage de la victime.

- Le secouriste 1 doit :
 - se placer dans le prolongement de la tête de la victime, un genou à terre l'autre en l'air du côté du retournement ;
 - saisir la tête de la victime avec deux mains (prise occipito-frontale ou latéro-latérale si la victime porte un casque) sans bouger la tête.
- Le secouriste 2 doit :

- allonger le membre supérieur de la victime, le long du corps, du côté du retournement ;
- glisse sa main sous sa cuisse ;
- se placer dans une position stable (à genoux ou en trépied) du côté du retournement à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement de la victime ;
- saisir la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouriste 2 : « Prêt ! »

Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »

- Le secouriste 2 doit faire rouler doucement et d'un seul bloc la victime au sol pour l'emmener sur le côté ;
- Le secouriste 1 doit accompagner le mouvement de la tête qui effectue une rotation moindre que le corps pour la ramener dans l'axe ;

Lorsque la victime se trouve sur le côté :

Secouriste 1 : « Halte ! » - « Repositionnez-vous ! »

- Le 2ème secouriste doit :
 - repositionner ses mains ;
 - s'écarter de la victime afin de pouvoir l'allonger sur le dos sans encombre ;
- Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »*
- Le secouriste 2 doit terminer le retournement pour amener la victime sur le dos ;
 - Le secouriste 1 doit accompagner le mouvement en maintenant la tête dans l'axe.

Une fois la victime sur le dos, les signes de respiration peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation débutées, si besoin.

En présence de trois secouristes, le troisième se place au niveau des membres inférieurs et les maintient tout en accompagnant le mouvement.

Risques & contraintes

Afin de limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale, il est

préférable que le retournement soit réalisé à deux sauveteurs, au moins.

À l'issue de la manœuvre, le maintien-tête doit être conservé, éventuellement après s'être replacé afin d'adopter une position efficace.

Évaluation

L'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement.

Retournement d'urgence à un secouriste

Indication

Cette technique est indiquée après avoir constaté la perte de connaissance chez une victime sur le ventre lorsque le secouriste est seul.

Justification

Le retournement d'une victime et sa mise en position allongée, le dos sur le sol, est nécessaire pour :

- rechercher les signes de respiration,
- réaliser les gestes d'urgence comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques,

Matériel

Aucun matériel.

Réalisation

Le retournement s'effectue du côté opposé au visage de la victime.

- Placer le bras de la victime du côté du retournement au-dessus de sa tête¹ ;
- se placer dans une position stable (à genoux ou en trépied) du côté du retournement, à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement complet de la victime ;
- saisir la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement ;

- faire rouler doucement et d'un seul bloc la victime au sol jusqu'à ce qu'elle se retrouve sur le côté ;
- glisser la main qui était à l'épaule au niveau de la nuque de la victime, pour la maintenir ; l'avant-bras reposant contre le dos de la victime ;
- tirer sur la hanche de la victime afin de terminer le retournement.

La main qui maintient la nuque accompagne le mouvement. Elle est ensuite retirée avec précaution.

Une fois la victime sur le dos, les signes de respiration peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation débutées, si besoin.

Risques & contraintes

Afin de limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale, il est préférable que le retournement soit réalisé à deux sauveteurs, au moins.

Évaluation

L'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement.

1 Le fait de placer le bras de la victime au-dessus de sa tête permet de faciliter le

retournement et de maintenir la tête dans l'axe lors du retournement.

Transfère d'une victime à l'aide d'une alèse portoir

Indication

La mise en place d'une alèse portoir est indiquée :

- pour faciliter un changement prévisible de brancard (passage d'un brancard au lit ou changement de brancard) ;
L'alèse portoir est alors placée sur le brancard avant de déposer la victime par une méthode classique.
- pour transférer un malade ou un blessé sans atteintes graves sur un brancard ou sur un lit
- pour transporter une victime sans atteinte grave dans des endroits exigus non accessibles à un autre moyen de relevage ou brancardage.

Indication

Cette technique facilite l'installation d'une victime sur un brancard ou sur un lit en limitant les contraintes musculo-squelettiques des secouristes.

Matériel

Une alèse portoir.

Réalisation

Cette technique consiste en un roulement au sol de la victime.

Sa mise en œuvre nécessite trois intervenants au minimum :

- un secouriste, placé à la tête de la victime (secouriste 1) ;

C'est ce secouriste qui guide et commande l'ensemble de la manœuvre.

- deux secouristes, placés côté du retournement, à quelques centimètres (secouristes 2 et 3) ;

Initialement :

- ramener les bras de la victime le long de son corps, paume des mains sur les cuisses.

Puis :

- le secouriste 1 doit :
 - maintenir la tête de la victime par une prise latéro-latérale.
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - placer l'alèse portoir de toile enroulée ou repliée sur elle-même le long de la victime ;
 - s'assurer que l'alèse est bien centrée sur la victime ;
 - se placer du côté du retournement, à quelques centimètres de la victime, respectivement au niveau du tronc et des membres inférieurs de la victime ;
 - saisir la victime du côté opposé au retournement au niveau de l'épaule, du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés ;

La main opposée de la victime peut être bloquée contre le haut de sa cuisse par la main d'un des deux secouristes.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »

- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - tourner la victime sur le côté ;
 - La rotation se fait lentement et d'un bloc.
- le secouriste 1 doit :
 - accompagner le mouvement pour garder la tête du blessé dans l'axe du tronc.
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - interrompre la rotation dès que la victime est suffisamment tournée pour pouvoir glisser l'alèse portoir sous son dos.

Secouriste 1 : « Glissez le portoir ! »
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - glisser l'alèse portoir le plus loin possible sous son dos ;
 - s'assurer que l'alèse est bien centrée sur la hauteur de la victime.

Secouriste 1 : « Posez ! »
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - reposer la victime délicatement sur l'alèse portoir ;
 - changer de position et reprendre les mêmes positions de l'autre côté.

Secouriste 1 : « Êtes-vous prêts ? »

Secouristes 2 et 3 : « Prêts ! »

Secouriste 1 : « Attention pour tourner... Tournez ! »
- les secouristes 2 et 3 doivent :
 - tourner la victime sur le côté ;
 - dérouler ou déplier l'alèse portoir ;
 - reposer la victime sur l'alèse.

L'alèse portoir ne doit pas être utilisée pour relever une victime qui présente une atteinte traumatique grave (traumatisme du rachis, traumatisme non immobilisé des membres).

Évaluation

La rotation de la victime par les secouristes doit être synchronisée, douce et sans à-coup.

À l'issue de la manœuvre, la victime doit être correctement installée sur le portoir et centrée sur ce dernier.

Risques & contraintes

Correctement réalisée, cette technique ne présente pas de danger particulier au moment de sa mise en œuvre.

Contenus de formations

La présente fiche regroupe l'ensemble des apports de connaissances (AC) et des procédures (PR) contenus dans ce document.

Les procédures, ainsi que les apports de connaissances qui leurs sont liées, devant obligatoirement être enseignés lors d'une formation sont identifiés par le symbole ✓.

Les techniques à mettre en œuvre lors d'une procédure, dont l'enseignement est obligatoire, sont elles aussi d'enseignement obligatoire.

1.1 - BILANS					PSE 1	PSE 2
AC	01	G	01	Généralités sur les bilans	✓	
PR	01	B	01	Bilan circonstanciel	✓	
PR	01	B	02	Bilan d'urgence vitale	✓	
PR	01	B	03	Bilan complémentaire suite à un malaise ou à l'aggravation d'une maladie	✓	
PR	01	B	04	Bilan complémentaire suite à un traumatisme	✓	
PR	01	S	01	Surveillance de la victime	✓	
PR	01	T	01	Transmission du bilan	✓	

1.2 - PROTECTION ET SECURITE					PSE 1	PSE 2
AC	02	P	01	Protection individuelle de l'intervenant	✓	
PR	02	S	01	Sécurité sur intervention	✓	
PR	02	P	05	Protection d'un accident électrique		✓
PR	02	P	04	Protection d'un accident de la route		✓
PR	02	P	01	Protection contre le monoxyde de carbone		✓
PR	02	P	03	Protection contre l'incendie		✓
PR	02	P	02	Protection contre les substances dangereuses		✓

1.3 - HYGIENE ET ASEPSIE					PSE 1	PSE 2
AC	03	A	01	Accident d'exposition à un risque viral	✓	
PR	03	A	01	Accident d'exposition à un risque viral	✓	
AC	03	R	01	Risque infectieux	✓	
PR	03	P	02	Précautions standards contre le risque infectieux	✓	
PR	03	P	01	Précautions particulières contre le risque infectieux	✓	

1.4 - URGENCES VITALES					PSE 1	PSE 2
AC	04	A	01	Arrêt cardiaque	✓	
PR	04	A	01	Arrêt cardiaque chez l'adulte	✓	
PR	04	A	02	Arrêt cardiaque chez l'adulte en sauveteur isolé		
PR	04	A	03	Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson	✓	
PR	04	A	04	Arrêt cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé		
AC	04	D	01	Détresse circulatoire	✓	
PR	04	D	01	Détresse circulatoire	✓	
AC	04	D	02	Détresse neurologique	✓	
PR	04	D	02	Détresse neurologique	✓	
AC	04	D	03	Détresse respiratoire	✓	
PR	04	D	04	Détresse respiratoire	✓	
AC	04	H	02	Hémorragie externe	✓	
PR	04	H	05	Hémorragie externe	✓	
AC	04	H	01	Hémorragies extériorisées	✓	
PR	04	H	01	Hémorragie extériorisée par la bouche	✓	
PR	04	H	02	Hémorragie extériorisée par le conduit d'oreille	✓	
PR	04	H	03	Hémorragie extériorisée par le nez	✓	
PR	04	H	06	Hémorragie vaginale	✓	
PR	04	H	04	Hémorragies extériorisées - Autres types		
AC	04	O	01	Obstruction aiguë des voies aériennes par un corps étranger	✓	
PR	04	O	01	Obstruction partielle des voies aériennes	✓	
PR	04	O	02	Obstruction totale des voies aériennes	✓	
AC	04	P	01	Perte de connaissance	✓	
PR	04	P	01	Perte de connaissance	✓	
PR	04	P	02	Perte de connaissance en sauveteur isolé		
AC	04	S	01	Section de membre	✓	
PR	04	S	01	Section de membre	✓	

1.5 - MALAISES ET AFFECTIONS SPECIFIQUES					PSE 1	PSE 2
AC	05	A	01	Accident vasculaire cérébral		✓
PR	05	A	01	Accident vasculaire cérébral		✓
AC	05	C	01	Crise convulsive généralisée		
PR	05	C	01	Crise convulsive généralisée		
AC	05	C	02	Crise d'asthme		
PR	05	C	02	Crise d'asthme		
AC	05	D	01	Douleur thoracique (non traumatique)		✓
PR	05	D	01	Douleur thoracique (non traumatique)		✓
AC	05	M	01	Malaise hypoglycémique chez le diabétique		
PR	05	M	01	Malaise hypoglycémique chez le diabétique		

1.5 - MALAISES ET AFFECTIONS SPECIFIQUES					PSE 1	PSE 2
AC	05	M	02	Malaise et aggravation de maladie	✓	
PR	05	M	02	Malaise et aggravation de maladie	✓	
AC	05	R	01	Réaction allergique grave : anaphylaxie		
PR	05	R	01	Réaction allergique grave		
1.6 - ATTEINTES CIRCONSTANCIELLES					PSE 1	PSE 2
AC	06	A	01	Accident électrique		✓
PR	06	A	01	Accident électrique		✓
AC	06	A	02	Accidents liés à la plongée		
PR	06	A	02	Accidents liés à la plongée		
AC	06	A	03	Accouchement inopiné		
PR	06	A	01	Accouchement inopiné		
PR	06	A	03	Prise en charge du nouveau-né à la naissance		
AC	06	A	04	Affections liées à la chaleur		✓
PR	06	C	01	Crampe		✓
PR	06	I	01	Insolation		✓
PR	06	H	01	Coup de chaleur et hyperthermie maligne d'effort		✓
AC	06	C	01	Compression de membre		
PR	06	C	02	Compression de membre		
AC	06	E	01	Effet de souffle		
PR	06	E	01	Effet de souffle		
AC	06	G	01	Gelures		✓
PR	06	G	01	Gelures		✓
AC	06	H	01	Hypothermie		✓
PR	06	H	02	Hypothermie		✓
AC	06	I	01	Intoxications		✓
PR	06	I	02	Intoxication		✓
PR	06	I	03	Intoxication en environnement toxique		✓
AC	06	N	01	Noyade	✓	
PR	06	N	01	Noyade	✓	
AC	06	P	01	Pendaison, strangulation		✓
PR	06	P	01	Pendaison, strangulation		✓
AC	06	P	02	Piqûres et morsures		✓
PR	06	P	02	Piqûres et morsures		✓
AC	06	S	01	Syndrome de suspension		
PR	06	S	01	Syndrome de suspension		
AC	06	V	01	Victimes d'explosion		
PR	06	V	01	Victimes d'explosion		

1.7 - TRAUMATISMES					PSE 1	PSE 2
AC	07	B	01	Brûlures	✓	
PR	07	B	01	Brûlure chimique	✓	
PR	07	B	02	Brûlure électrique	✓	
PR	07	B	03	Brûlure interne par ingestion	✓	
PR	07	B	04	Brûlure interne par inhalation	✓	
PR	07	B	05	Brûlure thermique	✓	
AC	07	P	01	Plaie	✓	
PR	07	P	01	Plaie	✓	
AC	07	T	01	Traumatisme de l'abdomen		✓
PR	07	T	01	Traumatisme de l'abdomen		✓
AC	07	T	03	Traumatisme du bassin		✓
PR	07	T	03	Traumatisme du bassin		✓
AC	07	T	04	Traumatisme du crâne		✓
PR	07	T	04	Traumatisme du crâne		✓
AC	07	T	05	Traumatisme du dos ou du cou		✓
PR	07	T	05	Traumatisme du dos ou du cou		✓
AC	07	T	06	Traumatisme du thorax		✓
PR	07	T	06	Traumatisme du thorax		✓
AC	07	T	02	Traumatisme des membres	✓	
PR	07	T	02	Traumatisme des membres	✓	
AC	07	T	02	Traumatisme de la face et de la face antérieure du cou		✓
PR	07	T	02	Traumatisme de la face et de la face antérieure du cou		✓

1.8 - SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET COMPORTEMENTS INHABITUELS					PSE 1	PSE 2
AC	08	C	01	Comportements inhabituels		✓
PR	08	A	01	Agitation		✓
PR	08	A	03	Agressivité		✓
PR	08	A	04	Anxiété		✓
PR	08	E	01	Etat de stupeur		✓
AC	08	S	01	Situations particulières		✓
PR	08	A	02	Agression sexuelle		✓
PR	08	A	05	Atroupement de personnes		✓
PR	08	C	01	Crise suicidaire		✓
PR	08	D	01	Décès		✓
PR	08	D	02	Délire		✓
PR	08	E	02	Événement traumatisant		✓
PR	08	M	01	Mort inattendue et inexplicquée du nourrisson		✓
AC	08	S	02	Souffrance psychique		✓
PR	08	S	01	Souffrance psychique		✓

1.9 - RELEVAGE, BRANCARDAGE					PSE 1	PSE 2
AC	09	R	01	Relevage, brancardage		✓

1.10 - SITUATIONS PARTICULIERES					PSE 1	PSE 2
AC	10	S	01	Situations à nombreuses victimes		

RECOMMANDATIONS " PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE " (PSE1 ET PSE2)

Ministère de l'Intérieur

Direction générale de la Sécurité civile
et de la gestion des crises

Direction des sapeurs-pompiers

Sous-direction des services d'incendie
et de acteurs du secours

Les modifications apportées aux recommandations relatives aux premiers secours ont été élaborées avec le concours de la commission scientifique et technique, pilotée par le D^r Daniel MEYRAN, et de la commission pédagogique.

