JUSTIFICATIONS DES GESTES TECHNIQUES

Document conforme au Référentiel National de Compétences de Sécurité Civile PSC1

Créé par M-A CAUMARTIN et J-L RAGOT

Réécrit et mis en forme par M-C VAUCLIN

Septembre 2007

Page	N°	TECHNIQUES	Page dans le RNC
3	1	Dégagement d'urgence : traction de la victime au sol (par les chevilles)	I-1-2
	2	Dégagement d'urgence : traction de la victime au sol (par les poignets)	
4	3	Claques dans le dos chez l'adulte (et l'enfant de plus d'un an)	I-3-3
5	4	Compressions abdominales chez l'adulte (et l'enfant de plus d'un an) (méthode de Heimlich)	I-3-4
6	5	Claques dans le dos chez le nourrisson	I-3-5
	6	Compressions thoraciques chez le nourrisson	
7	7	Compression locale : Compression manuelle	I-4-2
	8	Compression locale : Tampon relais	
8	9	Hémorragies extériorisées (saignement du nez, par la bouche ou autre)	I-4-4
9	10	Appréciation de la conscience	I-5-2
	11	Libération des voies aériennes (LVA)	
10	12	Appréciation de la respiration	I-5-3
11-12	13	Mise en Position Latérale de Sécurité (PLS)	I-5-4
13	14	Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) chez l'adulte : compressions thoraciques	I-6-4
14	15	Ventilation artificielle : Bouche-à-bouche	I-6-6
15	16	Ventilation artificielle : Bouche-à-nez	I-6-7
16-17	17	Utilisation d'un Défibrillateur Automatisé Externe (DAE)	I-6-8
18	18	Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) chez l'enfant	I-6-11
19	19	Ventilation artificielle (nourrisson) : Bouche-à-bouche et nez	I-6-15
20	20	Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) chez le nourrisson	I-6-16
21	21	Comment agir face à un malaise	I-7-2
22	22	Comment agir face à une plaie grave	I-8-2
23	23	Comment agir face à une plaie simple	I-8-4
24	24	Comment agir face à une brûlure grave	I-8-5
	25	Comment agir face à une brûlure simple	
25	26	Comment agir face à une brûlure particulière	I-8-6
26	27	Comment agir face à une atteinte au cou, au dos ou à la tête	I-8-7
	28	Comment agir face à une atteinte à la tête	I-8-8
	29	Comment agir face à une atteinte d'un membre	

Légende :

Partie 1 : la protection **Partie 3** : la victime s'étouffe **Partie 4** : la victime saigne abondamment

Partie 5 : la victime est inconsciente **Partie** 6 : la victime ne respire pas

Partie 7 : la victime se plaint d'un malaise **Partie 8** : la victime se plaint après un traumatisme

Remarque : dans le document, les parties de texte mises en *italique* correspondent à des compléments d'information qui ne figurent pas dans le RNC mais qui peuvent être utiles pour une meilleure compréhension et/ou réalisation du geste.

Techniques n°1 et 2

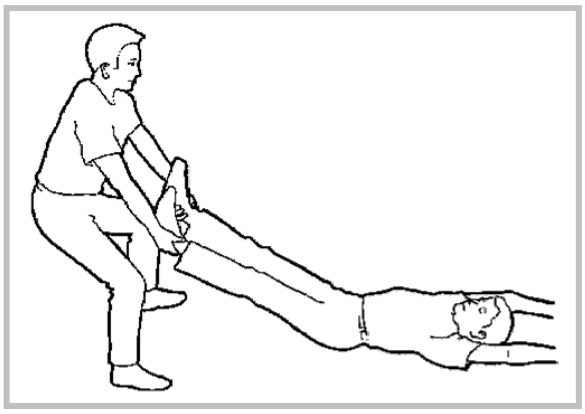
DÉGAGEMENT D'URGENCE
Saisie par les chevilles ou les poignets

QUAND ?	POURQUOI ?
• le danger ne peut être supprimé • le danger est réel, vital, immédiat et non contrôlable • la victime est visible et facile à atteindre sans entrave	• la victime ne peut se soustraire seule au danger

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• anticiper son action en privilégiant le chemin le plus sûr et le plus rapide	• la priorité est la protection du sauveteur
• saisir solidement la victime par les chevilles ou les poignets	• choisir la technique la mieux adaptée en fonction de sa force physique et *de la position de la victime*
• tirer la victime sur le sol, quelque soit sa position à l'abri du danger	• pour l'écarter suffisamment loin du danger
• se faire aider éventuellement par une autre personne	• pour faciliter la manœuvre

Si, pour se protéger (présence de fumée toxique dans un local non ventilé), le sauveteur doit retenir sa respiration, la totalité de la manœuvre de dégagement ne devra guère dépasser 30 s (temps approximatif pendant lequel il peut s'abstenir de respirer compte tenu de l'effort physique qu'il doit fournir).

Saisie par les chevilles



Saisie par les poignets



Le dégagement d'urgence est une manœuvre exceptionnelle qui peut s'avérer dangereuse pour une victime atteinte d'un traumatisme mais elle reste prioritaire.

Technique n°3

CLAQUES DANS LE DOS CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS D'UN AN

QUAND ?	POURQUOI ?
• l'obstruction des voies aériennes est totale ou presque totale et brutale	• urgence immédiate car le manque d'oxygène peut entraîner un arrêt respiratoire puis cardiaque • pour faire expulser le corps étranger et rétablir le libre passage de l'air

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• laisser la victime dans la position dans laquelle elle se trouve	• *technique applicable que la victime soit assise ou debout*
• lui demander : « est-ce que tu t'étouffes ? »	• *pour savoir si elle peut parler*
• s'assurer que l'obstruction est totale : la victime porte ses mains à la gorge, garde la bouche ouverte, ne peut plus ni parler (ni crier pour les enfants), ni tousser, ni respirer ou respirer bruyamment	• pour éviter de mettre en danger la victime en pratiquant la technique si l'obstruction est partielle
• se placer perpendiculairement à la victime, légèrement en arrière d'elle, *la plaquer contre soi*	• *pour avoir la position la plus adaptée et la maintenir*
• soutenir son thorax avec une main sur les siennes	• *pour avoir un plan dur, la maintenir et éviter la chute*
• pencher la victime suffisamment en avant	• pour que l'objet dégagé sorte par la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes
• lui donner jusqu'à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les omoplates avec le plat de l'autre main ouverte	• pour créer des vibrations et provoquer un mouvement de toux, de débloquer et d'expulser le corps étranger
• arrêter dès que la désobstruction est obtenue (survenue de toux, reprise de la respiration, évacuation du corps étranger)	• il serait dangereux et *inutile de continuer*
• installer la victime dans la position dans laquelle elle se trouve le mieux *(en général assise)*, desserrer ses vêtements si nécessaire, la réconforter	• *pour prévenir toute chute et lui permettre de reprendre son souffle*
• téléphoner au 15	• pour prendre un avis médical *(réponse du 15 : maintenir au repos 10 à 15 min, rappeler si aggravation ou consulter son médecin traitant)*

Les points clés
Entre les omoplates Avec le plat de la main De façon vigoureuse (ou sèche)

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



Technique n°4

COMPRESSIONS ABDOMINALES CHEZ L'ADULTE ET L'ENFANT DE PLUS D'UN AN (méthode décrite par Heimlich)

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas d'inefficacité des claques dans le dos (technique n°3)	• pour rétablir la ventilation normale et éviter un arrêt respiratoire

Cette technique est applicable que la victime soit assise ou debout.

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• se placer derrière la victime, contre son dos (fléchir les genoux pour être à sa hauteur si elle est assise), passer ses bras sous les siens de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen	• *pour bien la plaquer contre soi, avoir plus de force et éviter le blocage des coudes*
• s'assurer qu'elle soit bien penchée en avant	• pour que l'objet dégagé sorte par la bouche
• placer un poing horizontal, dos de la main vers le haut au creux de l'estomac, au-dessus du nombril et sous le sternum	• *seul endroit permettant une forte augmentation de la pression à l'intérieur du thorax*
• placer la 2ème main sur la 1ère, les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes	• *pour avoir plus de force et éviter de casser des côtes*
• tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut *(en direction des épaules de la victime)*	• pour créer une compression maximale et brutale de l'air contenu dans les poumons et faire expulser le corps étranger par un effet de piston
• répéter l'opération jusqu'à 5 fois si nécessaire	• pour évacuer le corps inhalé
• si le corps étranger n'est pas rejeté, le rechercher dans la bouche et le retirer prudemment avec les doigts	• pour éviter qu'il provoque une autre obstruction
• installer la victime dans la position dans laquelle elle se trouve le mieux *(en général assise)*, desserrer ses vêtements si nécessaire et la réconforter	• *pour prévenir toute chute et lui permettre de reprendre son souffle*
• alerter	• pour prendre un avis médical *(réponse du 15 : maintenir au repos 10 à 15 min, rappeler si aggravation ou consulter son médecin traitant)*

Les points clés
Position correcte Direction des compressions conforme Compressions données avec une force suffisante



Si le corps étranger n'est pas évacué après les 5 compressions abdominales : alterner séries de 5 claques et de 5 compressions abdominales jusqu'à ce qu'il soit expulsé ou que la victime perde connaissance (voir cas particuliers page 17 et techniques n°14 et 18 sans chercher les signes de vie si tel est le cas).

Si l'obstruction est partielle : la victime parle ou crie et peut répondre « oui je m'étouffe ou j'ai avalé de travers, elle tousse vigoureusement et respire. Elle est souvent capable d'expulser d'elle-même le corps étranger. On ne pratiquera donc pas cette technique qui pourrait s'avérer dangereuse en entraînant une mobilisation totale du corps étranger. Le sauveteur installera la victime dans la position dans laquelle elle se sent le mieux (généralement assise), l'encouragera à tousser, surveillera l'évolution de la situation et demandera un avis médical en appelant le 15.

Techniques n°5 et 6

DÉSOBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES CHEZ LE NOURRISSON (- d'un an)

QUAND ?	POURQUOI ?
• le nourrisson présente une obstruction totale et brutale des voies aériennes par un corps étranger	• urgence immédiate car le manque d'oxygène peut entraîner un arrêt respiratoire puis cardiaque • pour expulser le corps étranger et rétablir le libre passage de l'air

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• s'assurer que l'obstruction est totale : le nourrisson garde la bouche ouverte, ne peut plus ni gazouiller ni tousser, fait des efforts pour respirer sans que l'air n'entre ni ne sorte, *il est rouge puis bleu, agité puis amorphe*	• pour éviter de mettre en danger la victime en pratiquant la technique si l'obstruction est partielle
• placer les doigts *en fourchette* de part et d'autre de sa bouche sans appuyer sur sa gorge	• pour *maintenir sa bouche ouverte*, soutenir sa tête et ne pas écraser sa trachée artère
• le coucher à califourchon sur l'avant-bras *posé sur la cuisse du même côté, le pied à plat au sol et en avant du genou*, de telle façon que sa tête soit plus basse que son thorax	• pour *un meilleur maintien, avoir un plan stable, faciliter la sortie du corps étranger* et qu'il ne retourne pas dans la trachée artère une fois expulsé
• donner jusqu'à 5 claques, à moins que la désobstruction ne soit obtenue avant, avec le plat de la main ouverte *(en biais)* entre ses omoplates	• pour comprimer l'air, expulser le corps étranger et *ne pas lui taper sur la tête*
Si échec	
• placer l'avant-bras libre contre son dos et votre main sur sa tête, le retourner en le maintenant entre les deux avant-bras et les deux mains, et l'allonger, tête basse sur l'avant-bras et *l'autre cuisse, pied à plat et en avant du genou*	• pour *le maintenir, avoir un plan stable* et que le corps étranger une fois expulsé ne retourne pas dans la trachée artère
• placer la pulpe de 2 doigts d'une main, au milieu de la poitrine, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne imaginaire réunissant les mamelons du nourrisson (même position que pour les compressions thoraciques lors de l'arrêt cardiaque) et réaliser 5 compressions plus lentement et plus profondément que pour la RCP	• pour entraîner une surpression dans la cage thoracique et ne pas causer des lésions des organes internes par des compressions abdominales. Le thorax d'un nourrisson est très souple
• dès que la désobstruction est obtenue, si le corps étranger n'a pas été rejeté, aller le chercher dans la bouche avec précaution s'il est visible	• pour éviter une nouvelle obstruction
• redresser le nourrisson, le rassurer et surveiller la reprise de la respiration spontanée	
• alerter les secours si un témoin ne l'a pas déjà fait	• pour prendre un avis médical *(réponse du 15 : amener le BB aux urgences si témoin sinon envoi d'un véhicule)*

Claques dans le dos Retournement Compressions thoraciques



Après les 5 compressions thoraciques : vérifier si le corps étranger est dans la bouche. Si c'est le cas, le retirer.

S'il n'a pas été évacué, alterner les 5 claques et 5 compressions en faisant alerter les secours jusqu'à ce qu'il soit expulsé ou que la victime perde connaissance (voir technique n°19 sans chercher les signes de vie et en commençant directement par les compressions si tel est le cas).

Technique n°7

COMPRESSION LOCALE : COMPRESSION MANUELLE

QUAND ?	POURQUOI ?
• la victime saigne abondamment (hémorragie : saignement qui imbibe en quelques secondes un mouchoir et qui ne s'arrête pas spontanément)	• arrêter l'hémorragie, limiter la perte de sang et éviter l'installation d'une détresse qui menace immédiatement ou a très court terme la vie de la victime
• il n'y a pas de corps étranger dans la plaie	• impossible de mettre la main dessus
• les vêtements *(s'ils sont sombres par ex)* ont été écartés si besoin	• pour découvrir une hémorragie masquée

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• arrêter l'hémorragie immédiatement en comprimant l'endroit qui saigne quelque soit le lieu de la plaie avec les doigts ou la paume de la main si possible en recouvrant sa main d'un sac plastique ou en interposant un linge plié et vérifier l'arrêt du saignement en se faisant aider, si besoin, par la victime ou un témoin	• pour empêcher le sang de sortir par la plaie et éviter une éventuelle transmission de maladie par le sang
• allonger la victime en position horizontale	• pour retarder ou empêcher l'installation d'une détresse liée à la perte importante de sang et *éviter la chute, maintenir une bonne irrigation du cerveau*
• alerter ou faire alerter	
• vérifier que l'hémorragie est arrêtée, couvrir, continuer à parler régulièrement à la victime et ne pas lui donner à boire	• pour limiter le refroidissement dû à la perte de sang, la réconforter, avoir sa coopération *et éviter de retarder une éventuelle intervention chirurgicale*

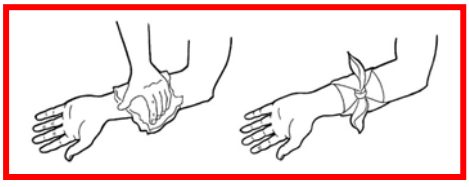
Technique n°8

COMPRESSION LOCALE : TAMPON RELAIS

QUAND ?	POURQUOI ?
• si besoin en remplacement de la compression manuelle directe	• pour se libérer afin de s'occuper d'autres victimes ou pour alerter

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• intercaler, le plus rapidement possible, entre la main du sauveteur et la plaie un tampon de tissu ou de papier propre qui la couvre en totalité et que l'on maintient en faisant au moins 2 tours avec un lien large recouvrant totalement le tampon, et suffisamment serré pour remplacer la compression directe	• pour comprimer la plaie à la place de la compression manuelle directe, *ne pas couper les chairs*
• alerter et/ou s'occuper d'autres victimes	
• couvrir et rassurer	• pour limiter le refroidissement dû à la perte de sang

Les points clés (compression locale)
Recouvrir la totalité de la plaie
Suffisante pour arrêter le saignement
Permanente



Localisations particulières (cou, thorax, abdomen) : tampon relais difficilement réalisable, maintenir la compression manuelle

Si le tampon relais n'arrête pas totalement l'hémorragie : poser un 2ème tampon relais par-dessus le 1er pour augmenter la compression. **En cas d'échec :** reprendre la compression manuelle, éventuellement rechercher la collaboration d'un témoin ou de la victime et la maintenir jusqu'à l'arrivée des secours.

La victime présente une plaie qui saigne avec corps étranger : en aucun cas l'enlever car il diminue le saignement et son retrait pourrait aggraver la lésion, alerter le centre 15 et appliquer leurs consignes.

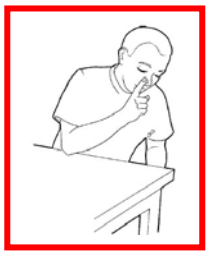
Technique n°9

CAS PARTICULIER : HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

QUAND ?	POURQUOI ?
• le sang sort par le nez spontanément ou à la suite d'un choc minime sur le nez	• stopper l'hémorragie
• le sang sort par la bouche (vomissements ou crachements) • le sang sort par tout autre orifice naturel	• symptômes graves nécessitant un traitement d'urgence

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
Saignement du nez	
• laisser la victime assise, tête penchée vers l'avant, ne pas l'allonger	• pour éviter qu'elle avale le sang *ce qui risquerait de la faire vomir*
• lui demander de comprimer la narine qui saigne avec un doigt pendant 10 minutes	• *pour comprimer le vaisseau sanguin contre la cloison nasale*
• si le saignement ne s'arrête pas ou s'il se reproduit, prendre l'avis d'un médecin	
• si le saignement est consécutif à une chute ou un coup violent, alerter les secours médicalisés et surveiller l'état de conscience de la victime	• *pour détecter toute aggravation*
Vomissement ou crachement de sang	
• alerter immédiatement un médecin ou les secours médicalisés	• symptôme grave nécessitant un traitement d'urgence
• installer la victime en position assise ou ½ assise si elle ne supporte pas la position allongée	
• conserver les vomissements ou les crachements, si possible, dans un récipient	• pour les donner au médecin *qui pourra déterminer s'il s'agit d'une hémorragie digestive ou des voies respiratoires*
• parler régulièrement à la victime	• pour vérifier son état de conscience et détecter toute aggravation
• si la victime ne répond pas, faire les gestes de secours nécessaires (PLS ou RCP)	
• rappeler les secours en cas d'aggravation	
Autres hémorragies	
• allonger la victime	• *position d'attente adaptée*
• alerter le médecin	
• la surveiller sans lui donner à boire	• pour détecter toute aggravation et *ne pas retarder une éventuelle intervention chirurgicale*

Saignement du nez

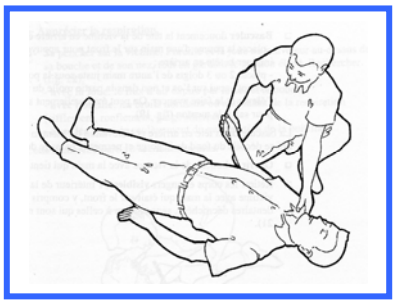


Technique n°10

APPRÉCIATION DE LA CONSCIENCE

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir protégé du sur-accident et vérifié l'absence de saignement visible et important	• *il s'agit d'une urgence vitale parce qu'une défaillance de la fonction nerveuse peut très vite entraîner la mort*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• poser une question simple, *d'une voix assez forte et en parlant lentement* (« Vous m'entendez ? », « Comment ça va ? »)	• *pour établir le contact et savoir si elle peut répondre*
• lui prendre la main et lui donner un ordre simple (« Serrez-moi la main », « Ouvrez les yeux »)	• s'il n'y a pas ni réaction ni réponse, la victime est inconsciente
• si le sauveteur est seul, appeler « à l'aide »	• pour obtenir une aide de la part d'un témoin qui pourra aller alerter les secours
• assurer immédiatement la liberté des voies aériennes (LVA) (technique n°11)	• pour permettre à la victime de continuer à respirer



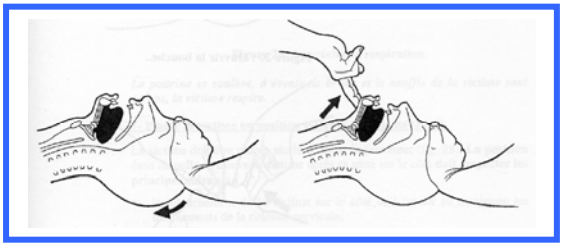
Technique n°11

LIBÉRATION DES VOIES AÉRIENNES

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : protégé du sur-accident, vérifié l'absence de saignement visible et important, constaté l'inconscience et appelé « à l'aide » si le sauveteur est seul	• pour assurer le libre passage de l'air

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• desserrer ou dégrafer tout ce qui pourrait gêner la respiration (col, cravate, ceinture, bouton de pantalon)	• pour faciliter la respiration
• *se placer, à genoux, au niveau de la tête de la victime*, la basculer doucement en arrière (chez le nourrisson ramener simplement la tête en position neutre (dans l'axe)) et élever le menton : - en plaçant la paume de la main côté tête de la victime sur son front pour appuyer vers le bas et incliner la tête vers l'arrière - en plaçant 2 ou 3 doigts sous la pointe de son menton en prenant appui sur l'os et non sur sa partie molle et éventuellement avec le pouce posé sur le menton pour l'élever et le faire avancer	• pour *tirer sur le ligament de la langue* et la faire se décoller du fond de la gorge *puisque avec l'inconscience les muscles se relâchent* et donc permettre le passage de l'air • un nourrisson n'a presque pas de cou donc la bascule est très limitée • *pour ne pas écraser la trachée artère*

Les points clés
Menton tiré vers l'avant Tête basculée prudemment en arrière et maintenu dans cette position

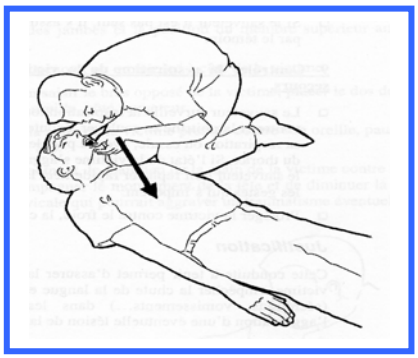


Technique n°12

APPRÉCIER LA RESPIRATION

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : supprimé les risques, vérifié l'absence de saignement et l'inconscience, appelé à l'aide si le sauveteur est seul, effectué la LVA	• pour éviter des troubles graves pouvant aller jusqu'à la mort • tout problème respiratoire entraîne un déficit en oxygène du cerveau et y causer des lésions irréversibles

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• sans changer la position des mains, se pencher, oreille et joue au-dessus de la bouche et du nez de la victime, regard tourné vers son abdomen, et rechercher des signes de respiration: - avec la joue, la présence d'un souffle - avec l'oreille, celle de bruits normaux ou anormaux de la respiration (sifflement, ronflement, gargouillement) - avec les yeux, le soulèvement du ventre et/ou de la poitrine, pendant 10 s maximum • si pas de respiration voir techniques n° 14 à 19	• pour percevoir ou entendre une respiration même faible



Technique n°13 (1/2)

MISE EN POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS)

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : protégé, vérifié l'absence de saignement, constaté l'inconscience, appelé « à l'aide » si le sauveteur est seul, réalisé la LVA, vérifié la présence de respiration sur une victime allongée sur le dos et fait alerter par le témoin s'il y en a un	• pour éviter l'encombrement des voies aériennes par l'écoulement dans les voies respiratoires et les poumons, des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) susceptibles d'entraîner de graves dommages aux poumons *(la victime ne peut les rejeter car elle n'a plus le réflexe de toux)* tout en maintenant la liberté de ses voies aériennes et en limitant l'aggravation d'une éventuelle lésion de sa colonne cervicale

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• retirer les lunettes de la victime si elle en porte	• *pour éviter qu'elles se cassent et/ou la blessent*
• s'assurer que ses membres inférieurs sont allongés côte à côte, sinon les rapprocher délicatement dans l'axe de son corps	• l'alignement des jambes anticipe la position finale
• placer son bras le plus proche du sauveteur à angle droit de son corps puis plier le coude tout en gardant la paume de sa main vers le haut (fig. 1)	• pour anticiper la position finale et *favoriser l'ouverture de l'articulation*
• se placer à genoux ou en trépied à côté d'elle et d'une main *(pour une question pratique celle côté pieds de la victime)* saisir son bras opposé, placer le dos de sa main contre son oreille, côté sauveteur et la maintenir en place, sa paume contre la nôtre *(côté tête de la victime)* du sauveteur (fig. 2)	• pour accompagner le mouvement de la tête, diminuer la flexion de la colonne cervicale et ne pas aggraver un traumatisme éventuel lors du retournement
• avec l'autre main *(côté pieds de la victime)*, attraper sa jambe opposée, juste derrière le genou, la relever tout en gardant le pied au sol (fig. 3)	• pour utiliser la jambe comme bras de levier et ainsi retourner facilement la victime *quelque soit son poids* et la force du sauveteur
• se placer assez loin de la victime au niveau de son thorax	• pour ne pas avoir à reculer en faisant la manœuvre et *donner d'à coup*
• tirer sur la jambe afin de faire pivoter la victime vers le sauveteur jusqu'à ce que le genou touche le sol, sans brusquerie et en un seul temps (fig. 4)	• pour éviter toute torsion de la colonne. La main sous la joue de la victime permet de respecter l'axe de la colonne cervicale
• si les épaules ne tournent pas complètement, coincer son genou avec le nôtre puis saisir son épaule avec la main ainsi libérée pour achever la rotation	• pour éviter que son corps retombe en arrière sur le sol
• dégager doucement la main du sauveteur qui est sous sa tête en bloquant son coude avec la main libre (fig. 5) et en préservant la bascule de la tête en arrière	• pour ne pas entraîner la main de la victime et éviter toute mobilisation de sa tête
• ajuster la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit (fig. 6)	• pour stabiliser la PLS
• ouvrir la bouche de la victime avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête	• pour permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur
• alerter si le sauveteur est seul et s'il n'a pas reçu une aide de la part d'un témoin, ou vérifier que le témoin l'a fait	
• surveiller la respiration de la victime toutes les minutes en regardant les mouvements de son abdomen et de son thorax, en écoutant les bruits de respiration et/ou en sentant le soulèvement de son thorax avec le plat de la main, la protéger selon le temps	• *pour s'assurer que son état ne s'est pas aggravé et éviter qu'elle souffre de la chaleur, des intempéries ou du froid*

Technique n°13 (2/2)

MISE EN POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ (PLS)

Fig. 1 Fig. 2 Fig. 3

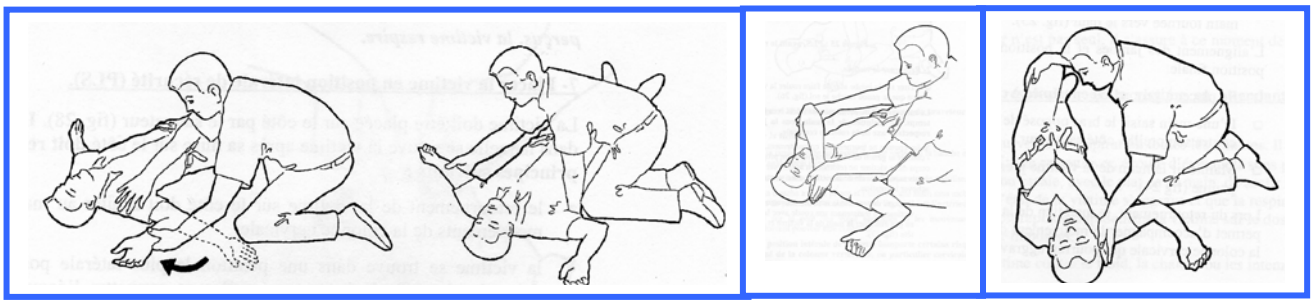
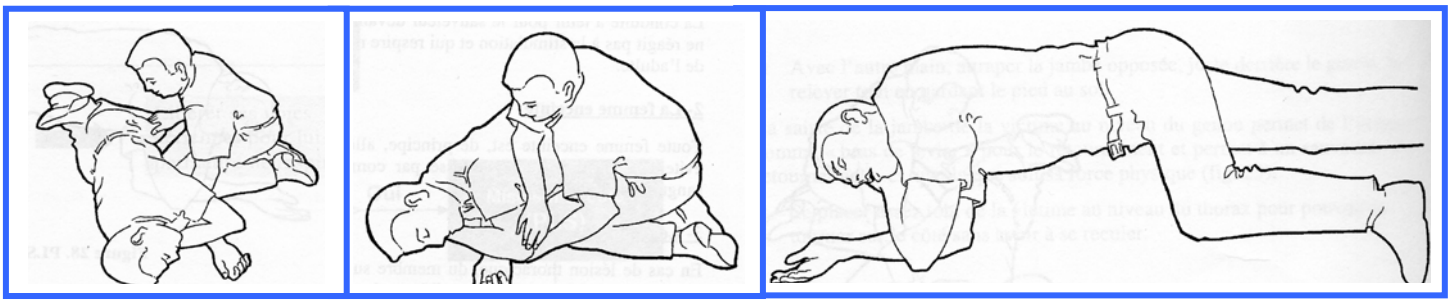


Fig. 4 Fig. 5 Fig. 6



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

Les points clés
Retournement sur le côté limitant au maximum les mouvements de la colonne cervicale Une fois sur le côté, la victime se trouve dans une position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur La position est stable Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée La surveillance de la respiration et l'accès aux voies aériennes sont possibles

Cas particuliers	Conduite A Tenir
Nourrisson et enfant	Conduite identique à celle d'un adulte
Femme enceinte	PLS sur le côté gauche pour éviter l'apparition d'une détresse pour le fœtus par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen
Traumatisé	PLS sur le côté atteint autant que possible en cas de lésion à un membre, ou au thorax pour mobiliser le moins possible le côté atteint
Victime allongée sur le ventre	Après avoir constaté l'inconscience, la mettre sur le dos et libérer les voies aériennes avant de vérifier la respiration
Victime qui présente des convulsions	Pendant la durée des convulsions, ne pas la toucher, écarter ce qui pourrait la blesser. À la fin des convulsions, libérer les voies aériennes, vérifier la présence de respiration avant de la mettre en PLS

Technique n°14

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) CHEZ L'ADULTE

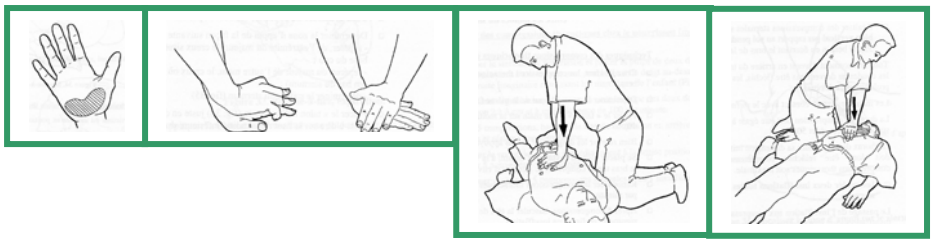
QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : protégé, vérifié l'absence de saignement et de conscience, appelé à l'aide si le sauveteur est seul, mis la victime sur le dos si nécessaire, réalisé la LVA, constaté l'absence de respiration pendant 10 secondes au plus, fait alerter les secours si un témoin est présent et réclamer un DAE ou être aller alerter et avoir ramené le DAE s'il est seul	• Chez l'adulte (+ de 8 ans) c'est le plus souvent l'arrêt cardiaque qui déclenche l'arrêt respiratoire et la perte de connaissance, il faut donc privilégier l'appel au centre 15 puis assurer l'apport d'air aux poumons par une ventilation artificielle et d'oxygène aux tissus par des compressions thoraciques • Une action rapide peut permettre le succès du traitement médical ultérieur et double les chances de survie

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• installer la victime, en position horizontale, sur le dos sur un plan dur (le sol), la poitrine dénudée si possible	• pour compresser le thorax entre 2 plans durs (sternum/colonne vertébrale) et *ne pas glisser sur les vêtements pour une bonne efficacité*
• se placer à genoux près de la victime, éventuellement à califourchon au-dessus de son bras placé à angle droit de son corps	• *pour être le plus près possible d'elle*
• placer le talon (fig. 1) d'une main sur le centre de sa poitrine sur le sternum, strictement sur la ligne médiane	• pour *être efficace en comprimant la zone sous laquelle se trouve le cœur* et en appuyant sur le sternum pas sur les côtes
• placer l'autre main sur la 1ère, en entrecroisant les doigts des 2 mains ou à plat en veillant à bien relever les doigts sans les laisser en contact avec le thorax (fig. 2)	• *pour avoir plus de force et éviter de fracturer les côtes*
• réaliser 30 compressions thoraciques, de 4 à 5 cm, fréquence 100 par minute, en restant bien vertical *(se redresser pour avoir le regard au niveau de l'épaule opposée de la victime)* et sans balancement d'avant en arrière, coudes verrouillés. Durée de compression égale à celle du relâchement de la pression. Le thorax reprend sa position initiale (fig. 3 ou 4) après chaque compression, pour cela, décoller très légèrement le talon de la main qui comprime	• pour assurer une circulation artificiellement du sang oxygéné *en étant le plus proche possible du rythme cardiaque normal* • pour un relâchement total des compressions permettant une efficacité maximale en laissant au cœur le temps de bien se remplir et se vider
• replacer la tête de la victime en arrière, élever le menton et réaliser 2 insufflations si possible (voir techniques n°15 et 16)	• *pour maintenir la LVA et apporter de l'oxygène*
• replacer sans délai les mains au milieu du thorax et réaliser une nouvelle série de 30 compressions thoraciques ou continuer les compressions si les insufflations n'ont pas été réalisées	• le passage des compressions aux insufflations et inversement doit être rapide sous peine de diminuer l'efficacité de la RCP
• continuer en alternant 30 compressions avec 2 insufflations pendant la mise en œuvre du DAE (voir technique n°17) ou jusqu'à ce que les secours prennent le relais ou que la respiration reprenne	• *pour maintenir artificiellement les fonctions vitales de la victime*

Les points clés

Victime allongée sur le dos sur un plan dur
Comprimer verticalement de 4 à 5 cm
Relâcher complètement le thorax entre les compressions
Fréquence des compressions : 100 par minute

Fig. 1 **Fig. 2** **Fig. 3** **Fig. 4**



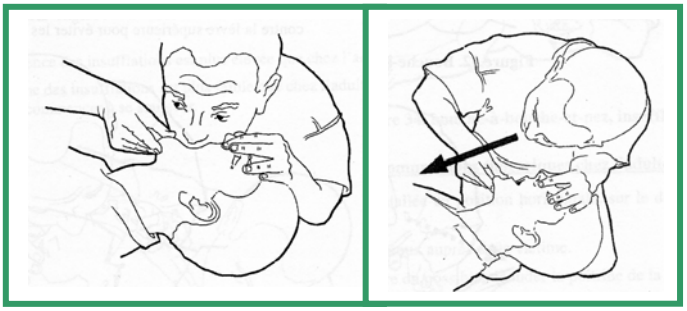
Dans les cas d'intoxication, de traumatisme ou accident dû à l'eau (noyade) ou à l'électricité et aussi lors d'étouffement dont les manœuvres de désobstruction n'ont pas été réalisées ou se sont montrées inefficaces, l'arrêt respiratoire précède l'arrêt cardiaque de peu de temps, le sauveteur agira de la même façon que lorsque c'est l'inverse.

Technique n°15

VENTILATION ARTIFICIELLE : BOUCHE-À-BOUCHE

QUAND ?	POURQUOI ?
• Le sauveteur n'éprouve aucune répulsion, il n'y a pas de vomissement et/ou il dispose d'un masque buccal. *Les insufflations sont réalisables (aucun traumatisme n'empêchant l'accès à la bouche et au nez)*	
• **chez l'adulte :** 2 insufflations toutes les 30 compressions thoraciques en attendant le DAE ou l'arrivée des secours	• pour suppléer la respiration défaillante de la victime en insufflant directement l'air expiré par le sauveteur
• **chez l'enfant (1 à 8 ans) :** 5 après le constat de l'absence de respiration et le passage de l'alerte par le témoins s'il y en a un puis si RCP 2 toutes les 30 compressions thoraciques en attendant le DAE ou l'arrivée des secours	• pour les 5 1ères, vérifier si des signes de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) sont présents (le plus souvent : arrêt respiratoire qui entraîne l'arrêt cardiaque) puis pendant la RCP pour suppléer la respiration défaillante de l'enfant

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• s'agenouiller près du visage de la victime	• *position adaptée à la manoeuvre*
• maintenir sa tête vers l'arrière avec la main posée sur le front tout en pinçant son nez avec l'index et le pouce	• pour *le maintien de la LVA* et éviter toute fuite d'air par le nez
• avec la main placée sous le menton de la victime, ouvrir légèrement sa bouche tout en maintenant le menton soulevé, en utilisant la « pince » constituée du pouce (placé sur le menton) et des autres doigts (placés immédiatement sous sa pointe)	• *pour éviter que la bouche ne se ferme*
• inspirer sans excès, appliquer la bouche largement ouverte autour de celle de la victime en appuyant fermement	• pour éviter toute fuite d'air
• insuffler progressivement en 1 seconde environ jusqu'à ce que la poitrine commence à se soulever visiblement	• *pour envoyer l'air dans les poumons et non dans l'estomac ce qui entraînerait des vomissements*
• se redresser légèrement et reprendre son souffle en regardant la poitrine s'affaisser	• *pour permettre au sauveteur de récupérer et de contrôler l'expiration passive de la victime*
Chez l'enfant le volume d'air à insuffler est moindre	**Capacité thoracique plus petite**



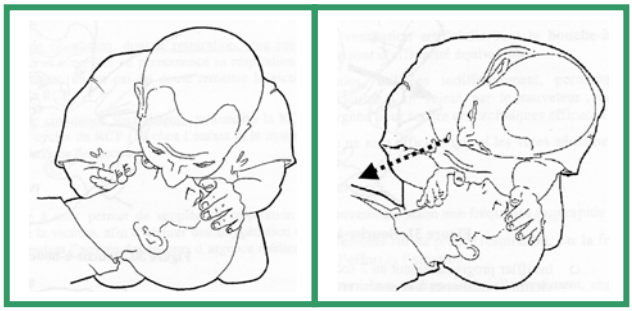
Insufflation **Expiration**

Technique n°16

VENTILATION ARTIFICIELLE : BOUCHE-À-NEZ

QUAND ?	POURQUOI ?
• la bouche de la victime est traumatisée, ne peut être ouverte ou si le sauveteur a du mal à obtenir une étanchéité correcte lors du bouche à bouche ou parce que le sauveteur se refuse à faire du bouche à bouche *ou qu'il préfère*	
• chez l'adulte : 2 insufflations toutes les 30 compressions thoraciques en attendant le DAE et/ou l'arrivée des secours	• pour suppléer la respiration défaillante de la victime en apportant de l'air aux poumons en insufflant directement l'air expiré par le sauveteur
• chez l'enfant (1 à 8 ans) : 5 après le constat de l'absence de respiration et le passage de l'alerte par le témoin s'il y en a un puis si RCP 2 toutes les 30 compressions thoraciques en attendant le DAE et/ou l'arrivée des secours	• pour les 5 1ères, vérifier si des signes de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) sont présents (le plus souvent : c'est l'arrêt respiratoire qui entraîne l'arrêt cardiaque) puis pendant la RCP pour suppléer la respiration défaillante de l'enfant en apportant de l'air aux poumons

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• s'agenouiller près du visage de la victime	*• position adaptée à la manoeuvre*
• maintenir sa tête vers l'arrière avec la main posée sur le front	*• pour le maintien de la LVA*
• avec l'autre main, soulever le menton sans appuyer sur la gorge et tenir la bouche de la victime fermée, le pouce appliquant la lèvre inférieure contre la lèvre supérieure	• pour éviter les fuites
• appliquer la bouche largement ouverte autour du nez de la victime	• pour éviter toute fuite d'air
• insuffler progressivement en 1 seconde environ jusqu'à ce que la poitrine commence à se soulever	*• pour envoyer l'air dans les poumons et non dans l'estomac ce qui entraînerait des vomissements*
• se redresser légèrement et reprendre son souffle en regardant la poitrine s'affaisser	*• pour permettre au sauveteur de récupérer et de contrôler l'expiration passive de la victime*
Chez l'enfant le volume d'air à insuffler est moindre	**La capacité thoracique est plus petite**



Insufflation **Expiration**

Les points clés de la ventilation artificielle
Les voies aériennes de la victime doivent rester libres Insuffler sans fuite Insuffler lentement et progressivement jusqu'à ce que la poitrine de la victime commence à se soulever

Technique n°17 (1/2)

DÉFIBRILLATION

QUAND ?	POURQUOI ?
• **Chez l'adulte :** le plus tôt possible après le constat de l'absence de respiration et le passage de l'alerte • **Chez l'enfant :** le plus tôt possible après les 5 insufflations initiales au cours desquelles aucun signe de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) ne sera détecté et 5 cycles de RCP	• pour restaurer une activité cardiaque normale efficace et éviter ainsi la mort de la victime • améliorer, sans danger pour le sauveteur, les chances de survie de la victime

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• mettre le défibrillateur en fonction en appuyant sur le bouton marche/arrêt et suivre impérativement les indications vocales et/ou visuelles données par l'appareil	• pour réaliser plus rapidement et en toute sécurité les opérations à effectuer
• dénuder si ce n'est pas encore fait la poitrine de la victime, la sécher si besoin et raser éventuellement les zones où seront collées les électrodes si la victime est particulièrement velue	*• pour le bon fonctionnement de l'appareil, éviter les risques et une réelle efficacité*
• et enlever la pellicule de protection d'une électrode (fig. 1), coller cette dernière à sa place en respectant le schéma visible sur les électrodes ou leur emballage et en appuyant fermement sur toute sa surface. Faire de même pour la seconde (fig. 2) puis connecter les électrodes si elles ne sont pas pré-connectées	• pour être efficace e*t une bonne adhérence qui évite de faire courir un risque de brûlure à la victime*
Chez l'enfant, faute de DAE enfant, utiliser un DAE adulte mais si les électrodes risquent de se chevaucher, placer une électrode en avant au milieu du thorax et l'autre au milieu du dos (fig. 3)	*• pour une question de sécurité et de bon fonctionnement de l'appareil*
• respecter les recommandations sonores et éventuellement visuelles du DAE en ne touchant pas la victime et en s'assurant que personne ne le fait pendant que le DAE analyse son rythme cardiaque	• pour ne pas fausser l'analyse en faisant bouger la victime
Si un choc est nécessaire, le DAE l'annonce : • s'assurer que personne ne touche la victime et annoncer à haute voix « Écartez-vous! »	*• pour éviter tout risque pour les témoins et que le choc soit efficace*
• laisser le DAE déclencher le choc ou appuyer sur le bouton « choc » quand l'appareil le demande (fig. 4)	• pour envoyer un choc électrique capable de restaurer une activité cardiaque normale
• débuter ou reprendre sans délai et sans retirer les électrodes la RCP en commençant par les compressions thoraciques	*• pour apporter ou continuer à apporter de l'air à la victime et à faire circuler le sang oxygéné*
• continuer à suivre les recommandations du défibrillateur jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à l'apparition de signes de vie qui imposeront de placer la victime en PLS et la surveillance permanente de sa respiration	*• pour agir au mieux des intérêts de la victime*
Si le choc n'est pas nécessaire, le DAE propose de réaliser une RCP : • débuter ou reprendre sans délai et sans retirer les électrodes, la RCP en commençant par les compressions thoraciques	*• pour continuer à apporter de l'air à la victime et à faire circuler le sang oxygéné*
• continuer à suivre les recommandations du défibrillateur (arrêt de la RCP pour une nouvelle analyse, demande de recherche des signes de vie) jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à l'apparition de signes de vie qui imposeront de placer la victime en PLS et la surveillance permanente de sa respiration	*• pour agir au mieux des intérêts de la victime*
Une fois le DAE en fonction et les électrodes posées, il doit rester allumé et en place. Il ne faut en aucun cas retirer les électrodes de la poitrine de la victime et/ou éteindre l'appareil	*Pour qu'il puisse continuer à analyser la situation et donner les recommandations à suivre*

Technique n°17 (2/2)

DÉFIBRILLATION

Fig. 1



Fig. 2

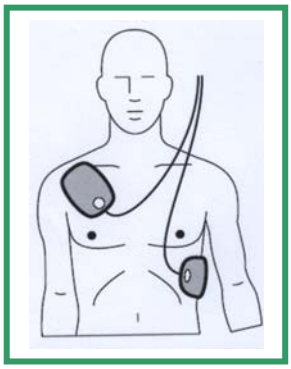


Fig. 3

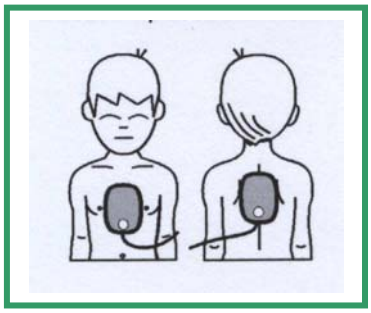


Fig. 4



Cas particuliers	Conduite A Tenir
Procédure de RCP	
Le ventre et la poitrine de la victime ne se soulèvent pas lors des insufflations	Ouvrir la bouche de la victime et, si nécessaire, retirer avec les doigts tout corps étranger visible (Fig. 5), s'assurer que sa tête est en arrière et que son menton est élevé. Effectuer 2 insufflations, quelque soit leur efficacité, commencer une RCP. Toutefois après chaque série de 30 compressions, vérifier la présence de corps étranger dans la bouche, avant de souffler. Si tel est le cas, l'enlever comme décrit précédemment. Si les insufflations sont inefficaces, c'est qu'une obstruction totale a entraîné une inconscience et un arrêt respiratoire. Les compressions thoraciques agiront comme les compressions abdominales dans la méthode d'Heimlich.
Avec le DAE	
La victime présente un timbre autocollant médicamenteux sur la zone de pose des électrodes	Retirer le timbre, essuyer la zone avant de coller l'électrode pour améliorer l'efficacité du choc électrique
Le sauveteur constate une cicatrice et perçoit un boîtier sous la peau à l'endroit où il doit poser l'électrode sous la clavicule droite	Coller l'électrode à environ 1 cm en dessous de la bosse perçue *car si elle est posée au-dessus du boîtier, l'effet du choc électrique est très diminué*
La victime est allongée sur une surface en métal	Si c'est possible et si besoin en se faisant aider, déplacer la victime ou glisser un tissu (couverture…) sous elle avant de débuter la défibrillation. L'efficacité d'un choc électrique sur une victime allongée sur une surface en métal est très diminuée. Il n'existe pas de risque réel pour le sauveteur
La victime est allongée sur un sol mouillé (bords de piscine, pluie…)	Si c'est possible et si besoin en se faisant aider, déplacer la victime pour l'allonger sur une surface sèche. L'efficacité d'un choc électrique sur une victime allongée sur un sol mouillé est diminuée. Il n'existe pas de risque réel pour le sauveteur
Au cours de l'analyse ou du choc, le DAE détecte un mouvement	Vérifier les signes de vie, ne pas toucher la victime au cours de l'analyse ou lors de la délivrance du choc par le DAE
Après avoir collé et connecté les électrodes au DAE, l'appareil demande toujours de les connecter	Vérifier si les électrodes sont bien collées et si le câble des électrodes est correctement connecté au DAE, ou que la date de péremption des électrodes ne soit pas dépassée. Dans ce dernier cas, utiliser la seconde paire d'électrodes

Fig. 5



On n'utilisera pas de défibrillateur chez le nourrisson.

Technique n°18

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) CHEZ L'ENFANT

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : protégé, vérifié l'absence de saignement et de conscience, appelé à l'aide si le sauveteur est seul, mis la victime sur le dos si nécessaire, réalisé la LVA, constaté l'absence de respiration pendant 10 secondes au plus, fait alerter les secours si un témoin est présent, réclamé un DAE, réalisé 5 insufflations (techniques 15 et 16) au cours desquelles aucun signe de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) ne sera détecté	• pour assurer l'apport d'air aux poumons par une ventilation artificielle et d'oxygène aux tissus par des compressions thoraciques • une action rapide peut permettre le succès du traitement médical ultérieur et double les chances de survie pour la victime

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• allonger la victime sur le dos sur un plan dur (le sol), la poitrine dénudée si possible	• pour compresser le thorax entre 2 plans durs (sternum/colonne vertébrale), être efficace et *ne pas glisser sur les vêtements*
• se placer à genoux près de la victime	• *pour être le plus près possible d'elle*
• placer le talon d'une main immédiatement en dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons de l'enfant, en veillant à bien relever les doigts, éventuellement mettre la 2ème main sur la 1ère selon la force physique du sauveteur	• *pour être efficace en comprimant la zone sous laquelle se trouve le cœur* en appuyant sur le sternum pas sur les côtes *pour ne pas les casser* • pour avoir la force nécessaire
• réaliser 30 compressions thoraciques d'environ 1/3 de l'épaisseur du thorax de l'enfant a une fréquence de 100 par minute, en restant bien vertical *(se redresser pour avoir le regard au niveau de l'épaule opposée de la victime)* et sans balancement d'avant en arrière, coude(s) verrouillé(s). Durée de compression égale à celle du relâchement de la pression. Le thorax reprend sa position initiale après chaque compression, pour cela, décoller très légèrement le talon de la main qui comprime	• pour assurer une circulation artificiellement du sang oxygéné *en étant le plus proche possible du rythme cardiaque normal* • pour un relâchement total des compressions permettant une efficacité maximale en laissant au cœur le temps de bien se remplir et se vider
• replacer la tête de la victime en arrière, relever son menton et enchaîner rapidement en faisant 2 insufflations (techniques 15 et 16)	• *pour maintenir la LVA et apporter de l'oxygène* • Le passage des compressions aux insufflations et inversement doit être rapide sous peine de diminuer l'efficacité de la RCP
• **si un témoin a alerté les secours**, replacer sans délai la ou les mains sur la moitié inférieure du sternum et réaliser une nouvelle série de 30 compressions thoraciques, continuer ainsi en alternant 30 compressions et 2 insufflations jusqu'à l'arrivée des secours, la mise en œuvre du DAE ou la reprise de la respiration	• *pour continuer à assurer l'apport d'air aux poumons et d'oxygène aux tissus*
• **s'il n'y a pas de témoin**, au bout de 5 cycles de 30 compressions et 2 insufflations en 2 minutes environ, aller alerter, prendre le DAE puis revenir près de la victime et reprendre les gestes de secours	• chez l'enfant, c'est le plus souvent, l'arrêt respiratoire qui entraîne l'arrêt cardiaque et *il est possible que durant ces 5 cycles, des signes de vie apparaissent*

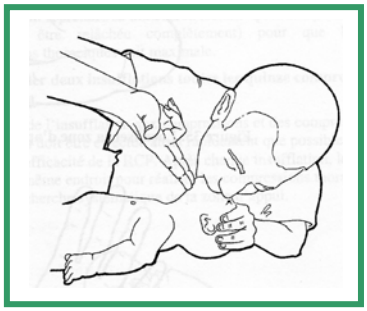


Technique n°19

VENTILATION ARTIFICIELLE : BOUCHE-À-BOUCHE-ET-NEZ

QUAND ?	POURQUOI ?
• **chez le nourrisson (- d'un an) :** 5 après le constat de l'absence de respiration et le passage de l'alerte par le témoins s'il y en a un puis, si RCP, 2 toutes les 30 compressions thoraciques jusqu'à l'arrivée des secours	• pour les 5 1ères, vérifier si des signes de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) sont présents (le plus souvent : arrêt respiratoire qui entraîne l'arrêt cardiaque) puis pendant la RCP pour suppléer la respiration défaillante du nourrisson en apportant de l'air aux poumons

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• poser le nourrisson sur un plan dur *en hauteur (sur une table par exemple)*	• *pour faciliter la manoeuvre*
• maintenir sa tête en position neutre avec la main posée sur le front	• *pour le maintien de la LVA*
• avec la pince formée par l'index et le pouce de la main qui tient le menton relevé, ouvrir légèrement sa bouche	• pour maintenir la bouche ouverte
• appliquer la bouche autour de la bouche et du nez du nourrisson	• pour souffler dans les 2 en même temps *car la bouche du bébé est petite et très proche du nez et qu'il est impossible de ne souffler que dans la bouche ou que dans le nez*
• insuffler progressivement *le volume d'air contenu dans la bouche* pour voir la poitrine du nourrisson commencer à se soulever	• les poumons sont de faible capacité
• se redresser légèrement et reprendre son souffle en regardant la poitrine s'affaisser	• *pour permettre au sauveteur de récupérer et de contrôler l'expiration passive du nourrisson*
Le volume d'air insufflé est plus faible que chez l'adulte et l'enfant	**La capacité thoracique est plus petite**



Insufflation

Technique n°20

RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE (RCP) CHEZ LE NOURRISSON (- d'un an)

QUAND ?	POURQUOI ?
• après avoir : protégé, vérifié l'absence de saignement et de conscience, appelé à l'aide si le sauveteur est seul, mis la victime sur le dos si nécessaire, réalisé la LVA, constaté l'absence de respiration pendant 10 secondes au plus, fait alerter les secours si un témoin est présent, réclamé un DAE, réalisé 5 insufflations au cours desquelles aucun signe de vie (mouvements, toux et reprise de la respiration) ne sera détecté	• pour assurer l'apport d'air aux poumons par une ventilation artificielle et d'oxygène aux tissus par des compressions thoraciques • Une action rapide peut permettre le succès du traitement médical ultérieur et double les chances de survie pour la victime

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• allonger la victime sur le dos sur un plan dur *(ex : une table)* si ce n'est pas déjà fait, la poitrine dénudée si possible	• pour compresser le thorax entre 2 plans durs (sternum/colonne vertébrale), *être plus à l'aise pour réaliser la manoeuvre et ne pas glisser sur les vêtements pour une bonne efficacité*
• localiser le sternum du nourrisson et placer la pulpe de 2 doigts d'une main dans l'axe du sternum, une largeur de doigt au-dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant ses mamelons.	• pour être efficace *en comprimant la zone sous laquelle se trouve le cœur* • *pour éviter de fracturer des côtes*
• réaliser 30 compressions thoraciques régulières sur le sternum avec la pulpe des 2 doigts d'environ 1/3 de l'épaisseur de thorax du nourrisson. La durée de compression est égale à celui du relâchement de la pression, le thorax doit reprendre sa position initiale pour cela la pulpe des doigts qui compriment se décolle très légèrement du thorax après chaque compression. La fréquence des compressions sternales doit être de 100 par minute	• pour assurer une circulation artificiellement du sang oxygéné en étant le plus proche possible du rythme cardiaque normal • pour un relâchement total des compressions permettant une efficacité maximale en laissant au cœur le temps de bien se remplir et se vider
• replacer la tête de la victime en position neutre, élever le menton et enchaîner en faisant 2 insufflations	• *pour maintenir la LVA* • Le passage des compressions aux insufflations et inversement doit être rapide sous peine de diminuer l'efficacité de la RCP • *pour apporter de l'oxygène*
• **si un témoin a alerté les secours**, replacer sans délai la pulpe des doigts à la bonne position et réaliser une nouvelle série de 30 compressions thoraciques, continuer ainsi en alternant 30 compressions et 2 insufflations jusqu'à l'arrivée des secours ou la reprise de la respiration	• *pour continuer à assurer l'apport d'air aux poumons et d'oxygène aux tissus*
• **s'il n'y a pas de témoin**, au bout de 5 cycles de 30 compressions et 2 insufflations en 2 minutes environ, aller alerter, puis revenir près de la victime et reprendre les gestes de secours jusqu'à l'arrivée des secours ou la reprise de la respiration	• chez le nourrisson, comme chez l'enfant c'est, le plus souvent, l'arrêt respiratoire qui entraîne l'arrêt cardiaque et *il est possible que durant ces 5 cycles, des signes de vie apparaissent*



Technique n°21

COMMENT AGIR FACE À UN MALAISE

QUAND ?	POURQUOI ?
• la victime est consciente et dit ne pas se sentir bien, et présente des signes visibles de malaise	• *savoir identifier les signes de malaise grave* • *adapter la mise au repos à la situation* • *surveiller l'évolution* • *donner un message d'alerte complet*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• observer les signes de malaise et écouter la victime expliquer ce qu'elle ressent - une douleur serrant la poitrine ou au ventre intense ou un mal de tête intense et inhabituel qui dure ou se répète - elle a froid, est couverte de sueurs abondantes sans avoir fait d'effort ou que la chaleur soit importante, présente une pâleur intense (victime à peau colorée : face interne des lèvres) - elle a du mal à respirer, ne peut plus parler ou le fait avec grande difficulté - elle présente une paralysie du bras ou de la jambe, même transitoire, a du mal à parler et/ou a la bouche déformée	• *pour reconnaître la gravité du malaise*
• mettre la victime au repos immédiatement, éventuellement desserrer tout ce qui pourrait gêner la respiration la rassurer en lui parlant sans l'énerver. En cas de gêne respiratoire, position assise ou ½ assise, sinon l'allonger sauf si elle adopte une autre position spontanément	• *pour qu'elle ne tombe pas* • *pour favoriser la remontée du sang vers la tête* • *la position assise ou ½ assise permet à la victime d'être plus à l'aise pour respirer*
• poser les questions essentielles à la victime ou à son entourage - « Depuis combien de temps dure ce malaise ? » - « Avez-vous déjà présenté ce type de malaise ? » - « Prenez-vous des médicaments ? » - « Avez-vous été gravement malade ou hospitalisé ? »	• *pour pouvoir informer au mieux les secours sur* *- Sa durée qui peut inciter les secours à intervenir plus ou moins rapidement* *- S'il est fréquent ou habituel* *- S'il nécessite la prise d'un médicament ou s'il est causé par une allergie à un médicament* *S'il consécutif à la maladie ou à l'hospitalisation*
• prendre un avis médical - ne pas différer l'appel même à la demande de la victime - transmettre de façon précise les informations recueillies	• *le médecin va apprécier la gravité du malaise et décider de la conduite à tenir*
Si le sauveteur dispose d'un téléphone portable, il peut le passer à la victime pour qu'elle s'explique directement avec le médecin	• *pour un gain de temps et des informations en directe avec le médecin*
• surveiller la victime, lui parler régulièrement, lui expliquer ce qui se passe	• *pour essayer de la maintenir consciente, la rassurer et détecter tout signe d'aggravation*
• si elle ne répond plus, vérifier la présence de respiration et la mettre en PLS	
• rappeler les secours en cas d'aggravation	

Cas particuliers : la victime…	CAT
demande du sucre	lui en donner de préférence en morceaux pour une assimilation plus rapide
demande à prendre un médicament ou sur consigne du médecin du centre 15	l'aider à le prendre
est très agitée	appeler les secours immédiatement et l'isoler

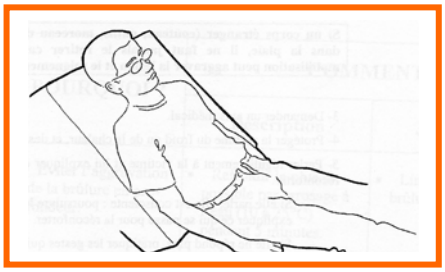
Technique n°22

COMMENT AGIR FACE À UNE PLAIE GRAVE

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de plaie grave reconnaissable par sa localisation (thorax, abdomen, cou, face, œil), son aspect (qui saigne, déchiquetée, multiple ou /et étendue), son mécanisme (par projectile, outil, morsure, objet tranchant)	• pour éviter l'aggravation et soulager la douleur

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• observer la plaie pour en déterminer la gravité	• pour adapter sa conduite à la situation : En cas de saignement abondant, voir techniques n°7 à 9
Si corps étranger dans la plaie, ne pas l'enlever	• pour éviter d'aggraver la lésion ou le saignement
• allonger la victime à l'abri, en position horizontale, sauf cas particuliers (voir ci-dessous)	• pour diminuer le risque de complications et prévenir une défaillance et la protéger du froid, de la chaleur et/ou des intempéries
• alerter les secours médicalisés	
• surveiller et rassurer	• *pour détecter toute aggravation*
• rappeler les secours en cas d'aggravation	
CAS PARTICULIERS	
Plaie au thorax	
• mettre en position d'attente ½ assise	• pour faciliter la respiration de la victime
Plaie à l'abdomen	
• mettre en position d'attente à plat dos, cuisses et genoux fléchis	• pour relâcher les muscles de l'abdomen et donc diminuer la douleur
Plaie à l'oeil	
• mettre en position d'attente allongée, tête calée *entre nos deux mains*, yeux fermés s'il n'y a pas de corps étranger dans la plaie et interdire tout mouvement	• pour éviter l'aggravation de son état et *la perte de liquide oculaire*
• ne jamais chercher à retirer un corps étranger de l'oeil	

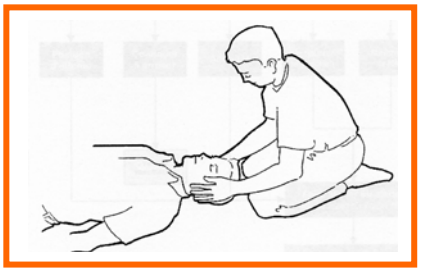
Plaie au thorax



Plaie à l'abdomen



Plaie à l'oeil



Technique n°23

COMMENT AGIR FACE À UNE PLAIE SIMPLE

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de petite coupure, éraflure superficielle, piqûre…	• pour éviter l'infection

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• se laver les mains à l'eau et au savon, éventuellement mettre des gants en cas de blessure à la main	• pour éviter la transmission de maladie par le sang et *une bonne hygiène*
• nettoyer en douceur la blessure à l'eau et au savon ou avec un antiseptique incolore, éventuellement avec une compresse stérile *et de l'intérieur vers l'extérieur*	• pour éliminer les germes qui pourraient pénétrer dans la plaie, ne pas faire saigner ou faire pénétrer des corps étranger *• pour pouvoir surveiller l'évolution de la plaie en voyant la coloration de la peau*
• recouvrir d'un pansement adhésif s'il y a des risques de souillure	*• pour éviter la surinfection*
• se laver et se désinfecter les mains (eau de javel ou désinfectant incolore)	• pour limiter les risques de transmission de maladies par le sang
• contrôler la validité du vaccin anti-tétanique si pas de vaccination récente (+ de 5 ans) consulter un médecin	• pour prévenir du tétanos (maladie grave souvent mortelle)
• surveiller l'évolution. Si dans les jours qui suivent, la plaie est rouge, chaude, si elle gonfle ou est douloureuse, si une fièvre apparaît, consulter un médecin	*• pour détecter toute aggravation*

Technique n°24

COMMENT AGIR FACE À UNE BRÛLURE GRAVE (due à la chaleur)

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de surface de cloque(s) supérieure à la moitié de la paume de la main de la victime, de brûlure d'aspect noirâtre, ou localisée au niveau des mains, du visage, d'articulation ou d'un orifice naturel • en cas de rougeur étendue chez le nourrisson et l'enfant	• pour diminuer l'extension de la brûlure (en étendue et en profondeur), ses conséquences, et soulager la douleur

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• supprimer la cause ou soustraire la victime à la cause. Si les vêtements sont enflammés, l'empêcher courir, la rouler ou la faire se rouler par terre et étouffer les flammes avec un vêtement ou une couverture	• *pour protéger la victime, soi-même et éviter le sur-accident*
• refroidir le plus tôt possible la zone brûlée en faisant ruisseler de l'eau par exemple de l'eau froide du robinet sans pression sur la brûlure jusqu'à l'obtention d'un avis médical	• pour diminuer l'extension de la brûlure, limiter ses conséquences et soulager la douleur
• retirer les vêtements qui ne collent pas à la peau	• *pour refroidir plus vite*
• reconnaître la brûlure grave et alerter les secours	• *pour adapter la conduite à tenir*
• allonger la victime, sauf gêne respiratoire	• *pour prévenir toute défaillance*
• surveiller l'état de la victime toutes les 2 minutes au moins, rappeler les secours en cas d'aggravation et ne rien mettre sauf de l'eau avant l'obtention d'un avis médical	• *pour la rassurer, détecter toute aggravation et agir en conséquence*

Technique n°25

COMMENT AGIR FACE À UNE BRÛLURE SIMPLE (due à la chaleur)

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de surface de cloque(s) inférieure à la moitié de la paume de la main de la victime, rougeur de la peau chez l'adulte	• pour diminuer l'extension de la brûlure, soulager la douleur et éviter l'infection

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• supprimer la cause ou soustraire la victime à la cause	• *pour protéger la victime et soi-même*
• refroidir le plus tôt possible la zone brûlée en faisant ruisseler de l'eau froide du robinet en amont de la brûlure, éventuellement jusqu'à disparition de la douleur	• pour diminuer l'extension de la brûlure, limiter ses conséquences et soulager la douleur
• retirer les vêtements qui ne collent pas à la peau	• *pour refroidir plus vite*
• reconnaître la brûlure simple	• *pour adapter la conduite à tenir*
• ne pas percer les cloques et recouvrir d'un pansement	• *pour éviter la surinfection*
• contrôler la validité du vaccin anti-tétanique et surveiller comme une plaie simple	• pour prévenir du tétanos (maladie grave) • *pour détecter toute aggravation et agir en conséquence*

Chez l'enfant et le nourrisson toujours prendre un avis médical.

Les points clés de l'arrosage
L'arrosage est immédiat Porte sur la partie brûlée Jusqu'à l'avis médical pour les brûlures graves

Technique n°26

COMMENT AGIR FACE À UNE BRÛLURE PARTICULIÈRE

Brûlure chimique

- ***Par projection***

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de brûlure par projection de produit chimique	• *destruction en profondeur des tissus, risque de détresse*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• ôter ou faire ôter immédiatement les vêtements	• *pour limiter le contact avec le produit*
• arroser abondamment, au plus tôt et jusqu'à l'arrivée des secours	• pour éliminer l'agent chimique
• alerter, surveiller et conserver l'emballage du produit	• *pour informer les secours et détecter une détresse*
Projection de produit chimique dans l'œil	
• rincer abondamment l'œil à l'eau en veillant à ne pas faire couler l'eau de rinçage dans l'autre oeil	• pour éliminer l'agent chimique et éviter d'endommager l'autre oeil

- ***Interne par ingestion***

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de brûlure par ingestion de produit chimique	• *intoxication, empoisonnement, risque de détresse*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• ne pas faire vomir	• *pour éviter de brûler une 2ème fois*
• ne pas donner à boire	• *pour ne pas augmenter le volume de produit*
• alerter, surveiller et conserver le reste de produit et son emballage	• *pour informer les secours et détecter une détresse*

Brûlure interne par inhalation

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de brûlure par inhalation	• *intoxication, empoisonnement, risque de détresse pulmonaire*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• placer la victime en position ½ assise si elle a du mal à respirer	• *pour faciliter sa ventilation*
• alerter, surveiller et conserver le reste de produit et son emballage si produit chimique	• *pour informer les secours et détecter une détresse*

Brûlure électrique

QUAND ?	POURQUOI ?
• en cas de brûlure par l'électricité	• toujours grave, *risque de détresse*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• allonger la victime	• *risques de fibrillation cardiaque*
• alerter, parler régulièrement à la victime, surveiller	• *pour informer les secours et détecter une détresse*

Technique n°27

COMMENT AGIR FACE À UNE ATTEINTE DU DOS, DE LA NUQUE ET/OU DE LA TÊTE

QUAND ?	POURQUOI ?
• après une chute, la victime est étendue et se plaint du dos, de la nuque et/ou de la tête. Elle peut présenter un saignement par l'oreille, une déformation du crâne ou/et une plaie du cuir chevelu	• pour éviter une aggravation de l'état de la victime en cas de lésion de la moelle épinière qui pourrait entraîner une paralysie

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• ne jamais mobiliser la victime et lui conseiller fermement de ne faire aucun mouvement en particulier de la tête	• le déplacement de la colonne vertébrale risque de sectionner la moelle épinière entraînant une paralysie
• alerter ou faire alerter les secours d'urgence	
• se mettre à genoux derrière elle, immobiliser sa tête entre nos 2 mains, dans la position dans laquelle elle se trouve, en permanence	*• pour maintenir l'axe tête cou tronc*
• surveiller de manière continue la victime et rappeler les secours en cas d'aggravation	*• pour détecter toute aggravation, adapter la conduite à tenir et la rassurer*

Les points clés
La tête est immobile Le maintien est permanent



Technique n°28

COMMENT AGIR FACE À UNE ATTEINTE DE LA TÊTE

QUAND ?	POURQUOI ?
• la victime a reçu un coup sur la tête et présente plusieurs minutes après une agitation ou une prostration, des vomissements, ou bien elle se plaint de maux de tête persistants ou encore d'une diminution de sa force musculaire ou d'un engourdissement. Elle peut ne plus se souvenir de l'accident	• risque d'une atteinte cérébrale qui peut se révéler secondairement

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• lui demander de s'allonger	*• pour éviter la chute*
• demander un avis médical	*• pour savoir comment agir*
• surveiller et parler à la victime régulièrement	*• pour détecter toute aggravation, adapter la conduite à tenir et la rassurer*

Technique n°29

COMMENT AGIR FACE À UNE ATTEINTE D'UN MEMBRE

QUAND ?	POURQUOI ?
• la victime se plaint d'un traumatisme à un membre	*• pour éviter l'aggravation*

COMMENT ?	
Description	**Justifications**
• interdire toute mobilisation du membre	*• pour éviter de faire mal et d'aggraver*
• alerter ou faire alerter les secours ou demander un avis médical	
• surveiller et protéger la victime selon le temps	