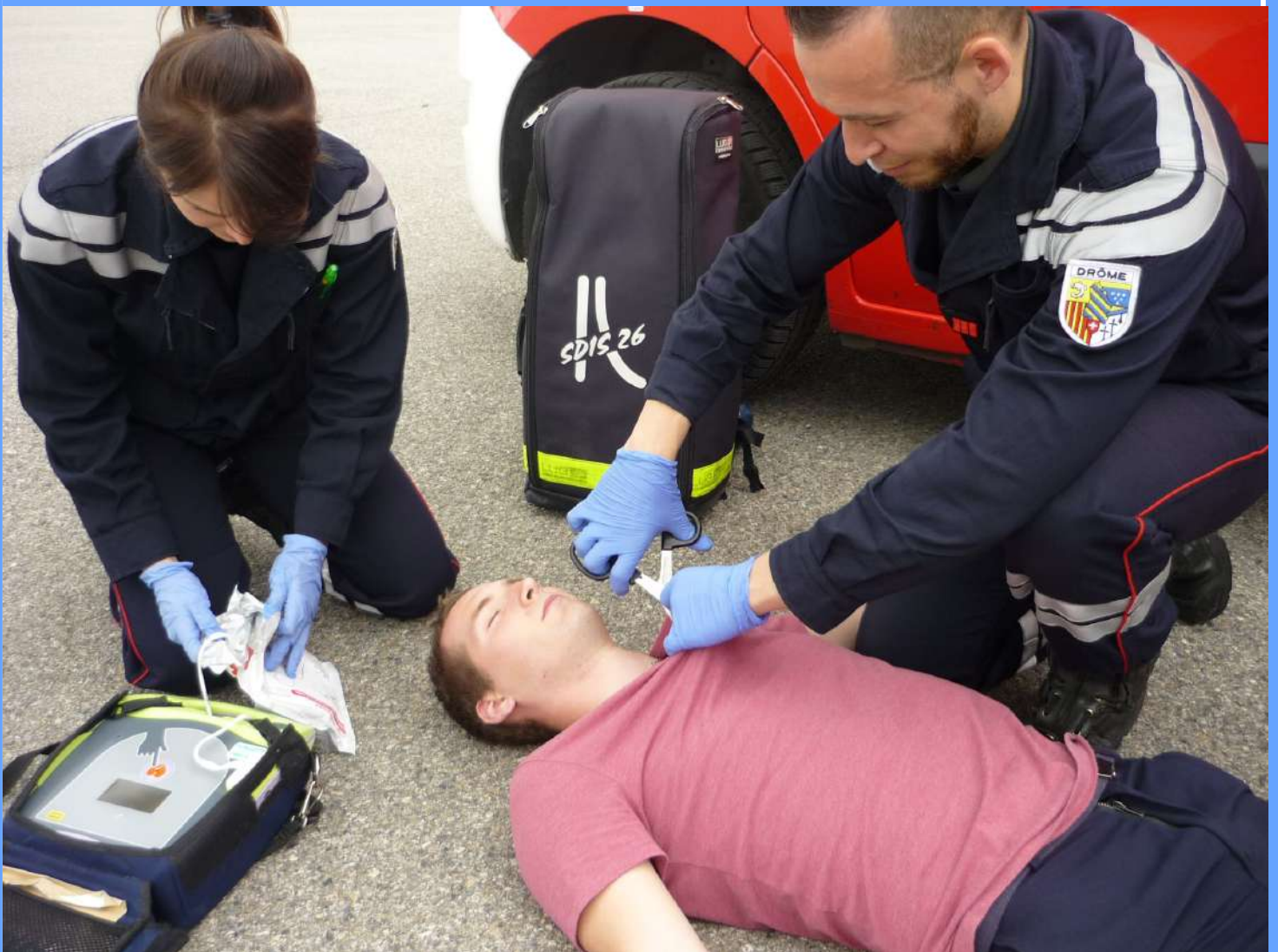


# REFERENTIEL TECHNIQUE

## SUAP

(Secours d'Urgence Aux Personnes)



# SDIS 26

# 2020

## PREAMBULE

La parution des **Référentiels Activités et Compétences (REAC/RAC) des sapeurs-pompiers professionnels et volontaires** en application des arrêtés de 2013 relatifs aux formations des sapeurs-pompiers impose aux Services Départementaux D'incendie et de Secours de réaliser leurs propres **Référentiel Interne de formation (RIF) et de certification (RIC)**.

Dès la parution de ces textes, le Groupement Formation Sport et l'équipe pédagogique départementale Secours à personne composée de concepteur et Encadrant d'Action de Formation ont commencé la réalisation de ces Référentiels

- ⇒ Le **Référentiel Interne de Formation (RIF) et de Certification Pédagogie Initiale et Commune (PIC) de Formateur en Premier Secours** (Aout 2013)
- ⇒ Le **Référentiel Interne de Formation et de Certification Module Transverse** se substituant à la formation SAP1.1 (Novembre 2013)
- ⇒ Le **Référentiel Interne de Formation et de Certification Module Secours à Personne**
- ⇒ Le **Référentiel Interne de Formation et de Certification Module Equipier Secours Routiers**

En complément de ces référentiels et pour préciser et compléter les nouvelles recommandations relatives au secourisme (de septembre 2014 et juin 2018 dans le cadre de la réforme organisation du PSE 1 et PSE 2 du 30 mai 2016). Il a été décidé de réaliser :

- 1) Des **fiches techniques** sous la forme de **QPACRE** (**Q**uand **P**ourquoi **A**vec **Q**uoi **C**omment **R**isques **E**fficacité)  
Ces fiches ont vocation à définir l'ensemble des gestes techniques composant le module transverse et SAP
- 2) Des **fiches procédures**

Grace à ce travail de conception réalisé par l'Equipe pédagogique Secours à Personne, les formateurs et les stagiaires pourront disposer de documents supports, documents les accompagnants lors de leur formation mais aussi tout au long de leur carrière.

## SOMMAIRE

Numéro	Intitulé	Date de conception	Mise à jour
<b>Partie 1 : Les moyens radio</b>			
1.1	Mise en marche et arrêt d'un poste antares	Octobre 2018	
1.2	Changement de fréquence	Octobre 2018	
1.3	Acquitter l'alerte	Octobre 2018	
1.4	Transmission du bilan radio	Avril 2020	
<b>Partie 2 : Gestes de protection et de sécurité</b>			
2.1	Dégagement d'urgence	Novembre 2018	
2.2	Manipulation d'un extincteur	Octobre 2018	
2.3	Protection d'un accident de la route	Octobre 2018	
2.4	Utilisation du détecteur de CO	Octobre 2018	
<b>Partie 3 : Gestes d'hygiène et aseptie</b>			
3.1	Lavage des mains	Octobre 2108	
3.2	Friction des mains	Octobre 2018	
3.3	Retrait des gants à usage unique	Octobre 2018	
3.4	Kit risques biologiques	Septembre 2015	
3.5	Kit AES/AEV	Octobre 2018	
3.6	Utilisation des emballages à élimination de déchets	Octobre 2018	
3.7	Nettoyage et désinfection du matériel, véhicule, local	Novembre 2018	
<b>Partie 4: Gestes d'urgence vitale</b>			
4.1	Désobstruction par la méthode des claques dans le dos	Octobre 2018	
4.2	Désobstruction par la méthode des compressions abdominales	Octobre 2018	
4.3	Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques	Octobre 2018	
4.4	Ventilation artificielle par la méthode orale	Octobre 2018	
4.5	Ventilation artificielle par un insufflateur manuel	Octobre 2018	
4.6	Compression manuelle	Octobre 2018	
4.7	La pose du pansement compressif	Octobre 2018	
4.8	La pose du garrot	Novembre 2018	
4.9	Libération des voies aériennes chez une victime non traumatisée	Novembre 2018	
4.10	Libération des voies aériennes chez une victime traumatisée	Novembre 2018	
4.11	Libération des voies aériennes chez une victime assise	Novembre 2018	
4.12	Mise d'une canule oro-pharyngée	Novembre 2018	

**Référentiel technique SUAP**

<b>Partie 4 (suite) : Gestes d'urgence vitale</b>			
<b>4.13</b>	Aspiration de mucosités	Novembre 2018	
<b>4.14</b>	Compressions thoraciques	Novembre 2018	
<b>4.15</b>	Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe	Novembre 2018	
<b>4.16</b>	Pansement imbibé de substance hémostatique	Novembre 2018	
<b>4.17</b>	Pansement 3 côtés	Juillet 2019	
<b>4.18</b>	Protéger une victime du froid	Janvier 2020	
<b>Partie 5 : Gestes de soins</b>			
<b>5.1</b>	Administration d'oxygène par inhalation	Novembre 2018	
<b>5.2</b>	Aide à la prise de médicaments	Novembre 2018	
<b>5.3</b>	Application de froid	Octobre 2018	
<b>5.4</b>	Maintien d'un pansement avec bandage	Novembre 2018	
<b>5.5</b>	Réalisation d'un pansement	Novembre 2018	
<b>5.6</b>	Utilisation d'un lot membre arraché ou sectionné	Octobre 2018	
<b>5.7</b>	Kit accouchement	Novembre 2018	
<b>5.8</b>	Protéger une victime indemne du froid	Janvier 2020	
<b>Partie 6: Gestes d'examen</b>			
<b>6.1</b>	Gestes complémentaires d'examen	Novembre 2018	
<b>6.2</b>	Interrogatoire de la victime	Octobre 2018	
<b>6.3</b>	Mesure de la pression artérielle	Novembre 2018	
<b>6.4</b>	Mesure de la saturation pulsatile en O2	Novembre 2018	
<b>6.5</b>	Mesure de la température	Octobre 2018	
<b>6.6</b>	Kit d'identification en situation nombreuses victimes	Novembre 2018	
<b>6.7</b>	Examiner la fonction neurologique	Octobre 2018	
<b>6.8</b>	Examiner la fonction ventilatoire	Novembre 2018	
<b>6.9</b>	Examiner la fonction circulatoire	Novembre 2018	
<b>6.10</b>	Mesure de la glycémie capillaire	Octobre 2018	
<b>6.11</b>	Mesure du TRC	Octobre 2018	
<b>6.12</b>	Autoévaluation de la douleur par la victime	Octobre 2018	
<b>6.13</b>	Palpation de l'abdomen	Novembre 2018	
<b>6.14</b>	Règle de wallace	Octobre 2018	
<b>6.15</b>	Score MALINAS	Octobre 2018	
<b>6.16</b>	Score d'APGAR	Octobre 2018	
<b>6.17</b>	Score de GLASGOW	Octobre 2018	
<b>6.18</b>	Examiner la peau et les muqueuses	Novembre 2018	
<b>6.19</b>	Examiner les pupille	Novembre 2018	
<b>6.20</b>	L'AVPU	Décembre 2019	
<b>6.21</b>	Mesure de la température axillaire		

## Référentiel technique SUAP

<b>Partie 7 : positions d'attente</b>			
7.1	Position latérale de sécurité à un sauveteur	Novembre 2018	
7.2	Position latérale de sécurité à 2 sauveteurs	Novembre 2018	
7.3	Position d'attentes et de transport	Novembre 2018	
<b>Partie 8: Immobilisations</b>			
8.1	Maintien de la tête en position neutre	Novembre 2018	
8.2	Pose d'un collier cervical Sober	Novembre 2018	
8.3	Pose de l'attèle cervicale X Collar	Novembre 2018	
8.4	Pose d'une attelle cervico-thoracique	Novembre 2018	
8.5	Réalignement de membre	Novembre 2018	
8.6	Immobilisation d'un membre supérieur au moyen d'écharpes	Novembre 2018	
8.7	Immobilisation d'un membre inférieur au moyen d'une attelle à traction	A venir	
8.8	Immobilisation d'un membre au moyen d'une attelle à dépression	Novembre 2018	
8.9	Retrait d'un casque de protection	Novembre 2018	
8.10	Immobilisation victime à plat dos sur plan dur	A venir	
8.11	Immobilisation victime à plat ventre sur plan dur	A venir	
8.12	Immobilisation victime debout sur plan dur	A venir	
8.13	Immobilisation dans le MID	A venir	
8.14	Contention pelvienne	Janvier 2020	
8.15	Extraction rapide	Janvier 2020	
<b>Partie 9 : Relevage</b>			
9.1	Retournement en urgence	Novembre 2018	
9.2	Aide à la marche	Novembre 2018	
9.3	Relevage à 3 sauveteurs pont simple	A venir	
9.4	Relevage à 3 sauveteurs pont néerlandais	A venir	
9.5	Relevage à 4 sauveteurs pont amélioré	A venir	
9.6	Relevage à 4 sauveteurs pont néerlandais	A venir	
9.7	Relevage à l'aide d'un brancard cuillère	Novembre 2018	
9.8	Relevage d'une victime en position particulière	A venir	
9.9	Relevage en cuillère à 3 sauveteurs	A venir	
9.10	Utilisation du portoir souple	A venir	
<b>Partie 10 : Brancardage</b>			
10.1	Brancardage à 4 sauveteurs	A venir	
10.2	Brancardages à 3 sauveteurs	A venir	
10.3	Installation d'une victime dans un vecteur de transport	A venir	
10.4	Déplacement d'une victime à l'aide d'une chaise de transport	A venir	
10.5	Arrimage d'une victime	A venir	

# Partie 1

## Les moyens radios



## LES MOYENS RADIOS

### Mise en marche et arrêt d'un poste Antares

N° 1.1

**Q**

Quand?

- **Début et fin** d'une intervention
- Pour **chaque déplacement** avec un véhicule de service

**P**

Pourquoi?

- Pour **communiquer avec les différents acteurs de secours**

**A**

Avec quoi?

- **Poste mobile** ou **portatif**

**C**

Comment?

La mise en marche / l'arrêt d'un terminal



- **Mise en marche** appui long (3s) sur le bouton marche / arrêt
- **Arrêt** appui long sur le bouton marche/arrêt et confirmation

**R**

Risques?

- **Appui par inadvertance** sur le bouton de détresse de couleur rouge

**E**

Efficacité?

- Affichage de l'icône réseau



# LES MOYENS RADIOS

## Changement de fréquence poste Antares

N° 1.2

**Q**

Quand?

- Lors **du bilan au CRRA 15**
- Lors d'un **changement de communication en mode relayé (GRP) ou directe (DIR)**

**P**

Pourquoi?

- Pour **communiquer avec les différents acteurs de secours**

**A**

Avec quoi?

**Poste mobile** ou **portatif**

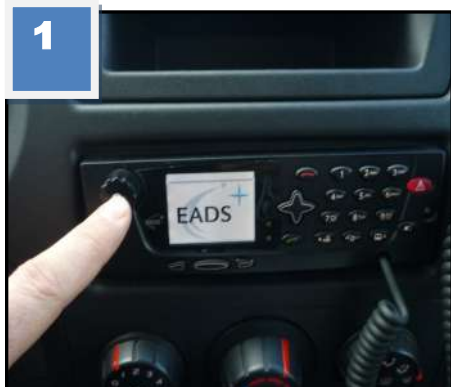
**C**

Comment?

### Poste mobile



**1**



- Allumer le poste mobile

**2**



Accéder au répertoire par un appui long sur la touche



**3**



- Sélectionner la fréquence dans la liste et valider sur la touche
- Attendre le bip de validation



Référentiel technique SUAP

**Poste portatif**



1

- Allumer le poste



2

- Appuyer sur la touche au sommet du rotateur
- Vérifier que « mode rotacteur canal » soit acquitté



3

- Tourner immédiatement le rotateur afin de sélectionner la fréquence
- Valider sur la touche
- Attendre les bips de validation



0 <neutral>	11 SPE2 DROME
1 OPE DROME	12 DEBT DROME
2 SSU DROME	13 -----
3 T3/4 26(613)	14 T INTERSERV
4 T3/4 26(634)	15 SAMU 26
5 T3/4 26(653)	16 A/S TAC(609)
6 T3/4 26(622)	17 A/S TAC(619)
7 T3/4 26(674)	18 CODIS 26
8 ACCEUIL	19 -----
9 FDF DROME	20 -----
10 SPE1 DROME	

**R**

Risques?

- **Aucun risque particulier**

**E**

Efficacité?

- La fréquence recherchée est obtenue

# LES MOYENS RADIOS

N°1.3

## Acquitter l'alerte

Q

Quand?

- Dès lors **qu'une alerte est déclenchée** sur les sélectifs des agents, le premier arrivé au centre de secours doit acquitter « l'acquit de présence »

P

Pourquoi?

- Pour permettre au Centre de Traitement de l'Alerte de vérifier que **l'intervention a bien été prise en compte par le centre de secours**, et cela atteste de la présence de personnels.

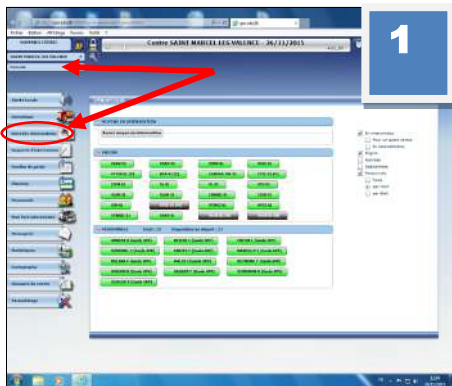
A

Avec quoi?

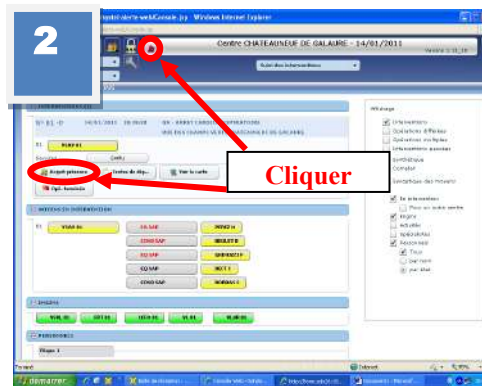
- **PC opérationnel** et souris du Centre de Secours

C

Comment?



1



2



**En cas de soucis,  
contacter le CTA  
au  
04.75.75.98.26**

- Etre connecter sur le PC opérationnel en mode « console »
- Vérifier que vous êtes dans le menu « suivi des interventions »

- **Acquitter**
  - ⇒ Soit en cliquant sur la « CLOCHE » en haut à gauche dans le pavé indiquant le centre de secours et la date
  - ⇒ Soit en cliquant sur le pavé « ACQUIT DE PRESENCE »

R

Risques?

**Un problème s'est produit sur le PC**

- ⇒ L'intervention n'apparaît pas à l'écran
- ⇒ L'acquit n'est pas possible

E

Efficacité?

- La « CLOCHE » disparaît dans le pavé du haut indiquant le centre de secours et la date
- Aucune alarme ne remonte au CTA
- Prise en compte de l'intervention par le centre de secours



# LES MOYENS DE COMMUNICATIONS

N° 1.4

## Transmission du Bilan SUAP

**Q**

Quand?

- rapidement sur la SSU (GRP 253), après le bilan **MARCHE Primaire**, dans le cas d'une **victime en UA**.
- après le bilan **MARCHE secondaire** pour une **victime en UR** sur la SSU (GRP 253)

**Ce message se fera exclusivement AVANT tout transport ou refus de transport! SEUL la régulation médicale du CRRA 15 est en capacité de prendre une décision d'orientation ou de prise en charge de la victime !**

**P**

Pourquoi?

- retransmettre **le plus fidèlement possible l'intégralité des éléments du compte rendu SUAP** qui permettront à la régulation médicale **de prendre une décision d'orientation de la victime ou d'envoi d'une équipe SMUR**.
- dans le cas **d'une victime en UA**, ce message comportera les **éléments essentiels à la prise en charge rapide et appropriée** de la victime (envoi d'une équipe SMUR / Transport rapide...)

**A**

Avec quoi?

- poste (BER ou ERP) ANTARES (**en priorité**) sur la **GRP 253 (SSU)**
- téléphone portable ou fixe **au 15**



**C**

Comment?



Le VSAV sera sur l'OPE Drôme (GRP 252) du départ du CIS jusqu'à la prise en charge de la victime pour passer **le message d'ambiance, demande de renfort....**  
 Il basculera sur la SSU 26 (GRP 253) à la prise en charge jusqu'à la dépose de la victime au service d'urgence pour **passer le bilan secouriste**

**1**

Je demande la parole :

« SAMU 26-SAMU 26 du VSAV (nom du CIS) »

J'attends l'autorisation de parole

**2**

Je m'identifie :

« SAMU 26 du VSAV (nom du CIS) **en intervention** .....(lieu de l'intervention)..... »

**3**

Je détermine les circonstances :

« **Sommes en présence d'un (e) H/F** (précisant l'âge ou en l'estimant) **suite à** (AVP, Malaise, AC...) **à** (domicile/sur lieu de travail, voie public, lieu public, milieu naturel...) »

# Référentiel technique SUAP

4

Je donne les éléments d'urgence vitale puis tous autres éléments nécessaire:

« Celle-ci est.../présente..... »:

- En arrêt cardiaque?
- Inconsciente/consciente?
- (M) Présente une hémorragie ?(précisez la région atteinte)
- (A) Présente une obstruction grave des voies aériennes?

**OUI**

**NON**

Je donne rapidement le ou les gestes effectués puis  
**Je demande une équipe médicale**

**TRANSMISSION BILAN « SIMPLIFIÉ »**  
Je donne les éléments :  
« Elle présente..... »  
Type d'atteinte : Fracture? Entorse? Plaie simple? Brulure simple?  

- Région de l'atteinte
- Sévérité de l'atteinte
- Superficie de la brûlure
- Type de plaie.....
- Gestes effectués

**TRANSMISSION BILAN « CLASSIQUE »**  
Je donne les éléments :  
« Elle présente..... »  
Type d'atteinte : Malaise? Maladie? Brûlure? Chute ?  

- (R) Respiratoire : Fréquence respiratoire, Ample, Régulière, gênée, bruyante, asymétrie thoracique, cyanose, Saturation.....
- (C) Circulatoire : Fréquence circulatoire, Amplitude, bien frappé, filant, Régularité, irrégulier, aspect de la peau, Pression artérielle.....
- (H) Neurologique : GLASGOW ou AVPU, Pupille, déficit motrice, glycémie...
- (E) Atteinte traumatique : suspicion de fracture, écrasement de membre, section de membre
- Autre : accouchement (MALINAS, APGAR), AVC (FAST)...

Je complète les éléments avec :  

- Les antécédents : Maladie précédente ou en cours ? Hospitalisation déjà eu ? Traitement en cours ? Allergie ?
- Analyse de la plainte : Provoqué par ? Qualité ? Région ? Sévérité ? Temps ?

**• J'attends la réponse du CRRRA 15 avant transport ou refus de transport**

**• Passer un compte rendu synthétique (H/F? Age? Plainte principale?) au CODIS 26 sur la SSU (GRP 253) en précisant la destination de la victime.**

## Référentiel technique SUAP

**Un BILAN RADIO SIMPLIFIE peut être transmis au SAMU sous certaines conditions :**



**Dans tous les cas un bilan secouriste complet doit être OBLIGATOIREMENT et TOTALEMENT réalisé et un compte rendu SUAP sera totalement rempli !**

**Circonstances particulières :**

- problème social isolé, brancardage
- absence de personnes impliquées sur les lieux de l'intervention en dehors du cas où un SMUR "est au départ" (le contact permettra d'arrêter le SMUR).
- si un SMUR est présent sur les lieux et qu'une seule victime nécessite une médicalisation. Le chef d'agrès intègre alors dans son message de renseignement : "SMUR sur les lieux".

**Affections, sauf chez l'enfant en bas âge, la personne âgée et la personne handicapée :**

- contusions, plaies et brûlures simples
- entorses des doigts, du poignet, du pied, de la cheville, du genou
- fractures fermées, isolées, sans complication ni déformation importante des doigts, du poignet, de l'avant-bras, du pied, de la cheville, de la jambe, de la clavicule.
- tout traumatisme non ouvert et non déplacé des extrémités

## R

### Risques?

- Un message incomplet peut mener à une mauvaise interprétation ou à une mauvaise décision de la part de la régulation médicale CRRA 15 et ainsi à une mauvaise décision de prise en charge ou d'orientation.
- Un message mal structuré peut amener à une difficulté de compréhension ou à une perte de temps **(nécessaire dans certains cas à la survie de la victime)**.
- **En cas d'absence de réponse du CRRA15** : pour toute demande urgente (médicalisation par exemple) transmettre à minima sur **SSU « SAMU26-SAMU26 du VSAV xxx URGENT URGENT URGENT »** sinon contacter le CODIS pour tenter de trouver une solution et partager une conduite à tenir entre le chef CODIS et le chef d'agrès VSAV.

## E

### Efficacité?

- Le message bilan SUAP doit être **complet, précis, structuré** et passé à la radio de manière audible, calme à un rythme laissant la régulation médicale le temps de prendre les éléments.
- Pour la demande d'une équipe SMUR, **seul les éléments essentiels justifiant de la gravité de l'intervention sont nécessaires et seront un gain de temps pour la prise en charge de la victime.**

# Partie 2

## Gestes de protection et de sécurité



## GESTES DE PROTECTION ET SECURITE

## Dégagement d'urgence

N° 2.1

Q

Quand?

- Victime soumise à un **danger réel, vital, immédiat et non contrôlable**
- Pour 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

P

Pourquoi?

Pour permettre de **réaliser l'examen, les gestes de secours** et de mettre la victime en **sécurité** tout en la déplaçant de quelques mètres en quelques secondes.

A

Avec quoi?

1 à 2 secouristes

C

## Comment?

Traction sous les aisselles

- Asseoir la victime en la saisissant par ses vêtements
- Se placer derrière elle et saisir ses poignets opposés en passant les avants bras sous ses aisselles
- Surélever la partie supérieure de son corps, ses pieds restant en contact avec le sol
- Tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr

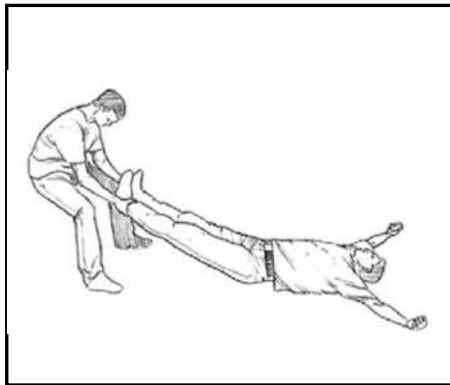
Sortie d'un véhicule

- Détacher ou couper la ceinture de sécurité
- Dégager éventuellement les pieds des pédales
- 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 maintenant la tête
- Allonger la victime sur le sol en zone sûre en accompagnant sa tête

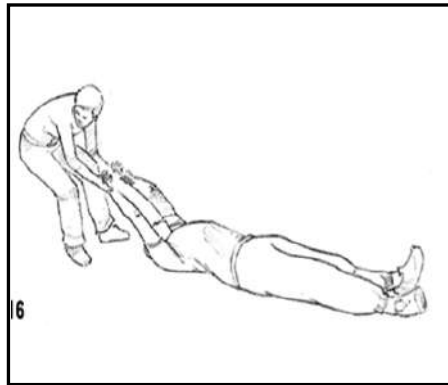
Enfant et nourrisson

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

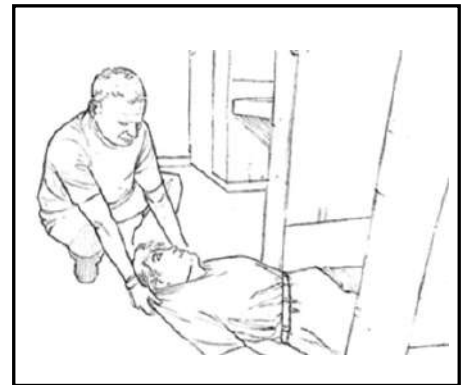
## Référentiel technique SUAP

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 les vêtements
- Tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr

Traction sur le sol par équipier relais

- 1 sauveteur doit s'allonger au sol et saisir la victime
  - ⇒ Par les chevilles si l'abord se fait par les pieds
- 1 ou 2 secouristes saisissent les chevilles du 1er sauveteur et tire de dessous l'obstacle l'ensemble, lorsque l'ordre est donné

⇒ Par les poignets, la ceinture ou les aisselles si l'abord se fait par la tête



**Préalablement à toute manœuvre, caler le véhicule ou l'obstacle, ou vérifier le calage existant**

**La technique de traction par les aisselles permet de déplacer la victime dans les escaliers ou sur un sol accidenté, tout en protégeant sa tête**

**R****Risques?**

Les dégagements 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**

**E****Efficacité?**

- Prises solides
- Le plus rapide possible
- La prise de risque de la part du sauveteur est minime

## GESTES DE PROTECTION ET SECURITE

## Manipulation d'un extincteur

N° 2.2

Q

Quand?

- Lors d'un **feu naissant** sur un véhicule, une poubelle ou du mobilier urbain

P

Pourquoi?

- Pour **préserver l'intégrité d'une personne**, ou **limiter la propagation** d'un sinistre.
- **Réaliser une extinction** sur un feu naissant

A

Avec quoi?

Chaque véhicule d'intervention est doté d'un extincteur poudre ou eau pulvérisé 6 KG ou 9 KG :

**Goupille ou fond bleu** : eau pulvérisée  
**Goupille ou fond jaune** : poudre



C

Comment?



- 1
- Dégoupiller l'extincteur qui doit toujours être en position verticale



- 2
- Percutez en appuyant sur le levier de commande, ou enfoncez à fond le bouton poussoir pour mettre l'appareil en pression



- 3
- Tester l'appareil à distance du foyer

## Référentiel technique SUAP



NOTA BENE

⇒ Pour les extincteurs à pression permanente et les extincteurs CO<sub>2</sub>, il n'y a pas d'étape 2, l'extincteur étant déjà sous pression

- S'approcher du feu en se baissant afin d'éviter les fumées et vapeurs chaudes
- Se présenter de profil et accroupi afin de minimiser l'effet du rayonnement du feu, et si possible le vent dans le dos
- Pressez la poignée de commande et manœuvrer le jet en visant la base des flammes

### R

#### Risques?

- Risque de **brûlures** si mauvaise utilisation

### E

#### Efficacité?

- Attaquez la base des flammes
- L'extincteur utilisé est approprié suivant la classe de feu à éteindre
- La distance d'attaque correspond au type d'extincteur
- Le feu naissant est éteint rapidement

AGENT D'EXTINCTION	DISTANCE D'ATTAQUE	DUREE MINI. DE FONCTIONNEMENT	CLASSE DE FEU
EAU PULVERISEE	3 à 4 m	12 à 15 secondes	A : Bois, Papiers, Tissus, Végétaux.
EAU PULVERISEE + ADDITIF	3 à 4 m	12 à 15 secondes	A : Bois, Papiers, Tissus, Végétaux. B : Essence, Fuel, Huile, Graisse, Plastique.
POUDRES	3 à 4 m	12 à 15 secondes	A : Bois, Papiers, Tissus, Végétaux. B : Essence, Fuel, Huile, Graisse, Plastique. C : Gaz naturel, Propane, Butane, Acétylène.
CO <sub>2</sub>	1 m	6 à 9 secondes	B : Essence, Fuel, Huile, Graisse, Plastique.

## GESTES DE PROTECTION ET SECURITE

## Protection d'un accident de la route

N° 2.3

**Q** Quand? • Lors d'un **accident de circulation** ou toute autre **intervention sur la voie publique**, en véhicule de secours isolé dans l'attente du VSEC ou VTUSEC ou VLHRSEC et VSR

**P** Pourquoi? • Pour **assurer la sécurité** des intervenants et **éviter un sur accident**

**A** Avec quoi? • **Cônes** de signalisations  
• **Dispositifs lumineux** du véhicule  
• **Gilets Haute visibilité**

**C** Comment?



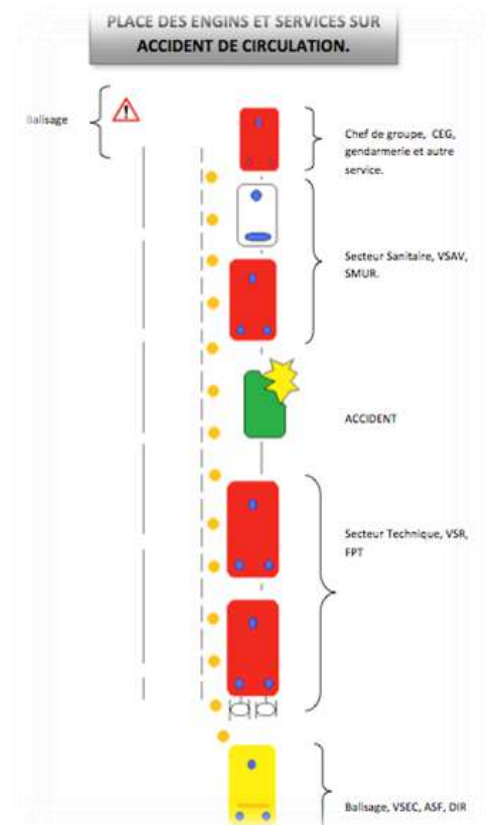
Pour toute intervention sur la VP, mettre un gilet haute visibilité, avant même de quitter le véhicule, de jour comme de nuit.



- Actionner les dispositifs de signalisation présents sur le véhicule ( feux de détresse, flash, feux de zone) dès que l'on approche du lieu de l'accident et ralentir



- Garer son véhicule, si possible après le lieu de l'accident, dans le secteur sanitaire, sur la bande d'arrêt d'urgence lorsqu'elle existe



## Référentiel technique SUAP



4

- Baliser ou faire baliser de part et d'autre de l'accident, à une distance de **150 à 200 m**, à l'aide d'un triangle de pré-signalisation



5

- Matérialiser de manière judicieuse avec les cône de signalisation la zone de travail



6

- Interdire toute approche si un danger persiste ( fuite ...).
- En présence d'un feu naissant, utiliser un extincteur. Dans le cas échéant, prévenir le risque d'incendie en préparant un extincteur à proximité du véhicule



7

- Couper le contact de chaque véhicule accidenté, si possible
- Serrer le frein à main, si possible, et caler le véhicule

R

Risques?

- Risque de **sur-accident**

E

Efficacité?

- Être vu par les autres usagers de la route
- Intervenir en sécurité

## GESTES DE PROTECTION ET SECURITE

## Utilisation d'un détecteur de CO

N° 2.4

Q

Quand?

- Face à **plusieurs victimes présentant des signes communs de malaises avec des maux de têtes et des vomissements**
- Sur **chaque intervention** ( fixé sur le sac PS), plus particulièrement dans les milieux clos, non ventilé ( cave, ouverture de porte....) présentant donc un risque toxique par inhalation.

P

Pourquoi?

- Avec une **centaine de décès en moyenne par an**, le monoxyde de carbone (CO) est la première cause de mortalité accidentelle par toxique en France.
- Le CO est **indélectable sans appareillage** de par notamment, son absence d'odeur. Il est donc impératif pour l'équipe de secours de se prévenir de ce risque

A

Avec quoi?

Détecteur  
MSA ALTAIR  
CO

- 1 LED d'alarme
- 2 port infrarouge
- 3 couvercle du capteur
- 4 Buzzer
- 5 Bouton test
- 6 affichage (durée de vie de l'appareil)
- 7 type de gaz détecté



C

Comment?

Le détecteur de CO est en fonctionnement **permanent** et ne nécessite **pas de test régulier**. S'il détecte une présence de CO, celui-ci émet des **signaux visuels, auditifs et vibrants**. Les seuils d'alarmes réglés sont :

**Alarme basse « ALARM LO » = 50 ppm**

A partir de 50 ppm l'appareil émet une sonnerie, **un clignotement de LED et une vibration**.

**Alarme haute « ALARM HI » = 200 ppm**

A partir de 200 ppm l'appareil émet 2 sonneries, **deux clignotements de LED et deux vibrations**

C'est un dispositif de mesure de gaz portable conçu pour **contrôler les gaz et les vapeurs présents** dans l'air ambiant. Il est exclusivement utilisé pour le contrôle des concentrations de gaz et **ne peut être utilisé pour les mesurer**.

## Référentiel technique SUAP

**Alarme basse ou « LOW ALARM »**

A ces seuil d'alarme, une exposition non prolongée ne présente pas de risque immédiat de toxicité aigue pour les intervenants



**bips lents (1/s)**  
**Flashes lents ( 1/s)**

1. Soustraire les impliqués et/ou victimes
2. Ventiler puis ne pas séjourner dans le local
3. Mentionner dans la fiche bilan le seuil de déclenchement soit 50 ppm
4. Demander un renfort pour rechercher les causes de la présence de CO, cette investigation n'est pas du ressort de l'équipe secouriste

**Alarme Haute ou « HIGH ALARM »**

Au-delà de 200 ppm, le détecteur ne permet pas de connaître la concentration exacte de CO présente dans le local. Cette concentration peut donc être très importante. L'exposition doit être évitée pour les victimes, les impliqués et les intervenants



**bips lents (2/s)**  
**Flashes lents ( 2/s)**

1. Dégagement d'urgence des victimes
2. Ventiler le local si sa réalisation est facile et rapide
3. Dans le cas contraire, la suite de l'intervention se fera sous ARI
4. Mentionner dans la fiche bilan le seuil de déclenchement soit 200 ppm minimum
5. Demander un renfort pour rechercher les causes de la présence de CO, cette investigation n'est pas du ressort de l'équipe secouriste



LE CO étant un **gaz inodore, incolore, insipide, très toxique et explosif** (LIE 12,5% soit 125000 ppm), il convient de prendre les dispositions nécessaires à la **survie de l'équipe de secours** (pas de portable, pas de sonnerie de porte et utilisation d'interrupteurs...) de **la ou les victime et de témoins** (éloignement suffisant de la zone de danger, pas dans les ouvrants...)

**R**

Risques?

- Risque d'intoxication au monoxyde de carbone dès lors que le détecteur émet une alarme
- Ne pas **occulter la cellule** lors de son conditionnement en sac PSE ou de son transport

**E**

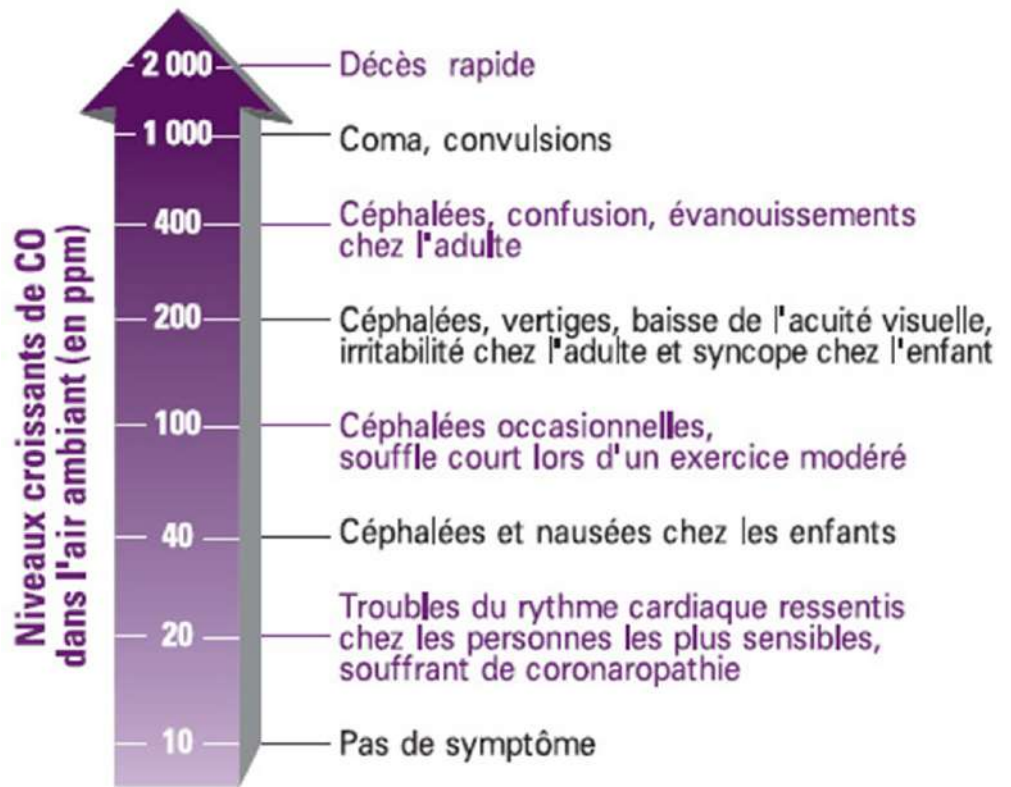
Efficacité?

- Contrôler la durée de vie restante du détecteur en mois (« month ») ou en jour (« day »)
- Présence de CO détectée
- Le témoin de bon fonctionnement de l'appareil ( LED) clignote toutes les 60 secondes

Référentiel technique SUAP



Ces appareils ne sont pas des appareils de reconnaissance ou d'investigation. En aucun cas, ils ne peuvent être utilisés pour rechercher l'origine de la présence de CO dans un local. Cette action, si elle est nécessaire, est éventuellement du ressort du personnels des VIRT





# Partie 3

## Gestes d'hygiène et d'asepsie



## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

## Lavage des mains

N° 3.1

Q

Quand?

- **Début et fin de journée**, à la prise et à la sortie du service
- Systématiquement **entre 2 victimes**
- **Avant ou après un geste de la vie courante** ( après s'être mouché, avant manger, après être allé aux toilettes...)
- Au **retrait des gants**
- En **présence de poudre** sur les mains
- Chaque fois que les **mains sont visiblement souillées**

P

Pourquoi?

- Pour **éliminer** les souillures
- **Réduire la flore transitoire** (bactéries, virus, champignons)
- **Diminuer le risque** de transmissions de maladies

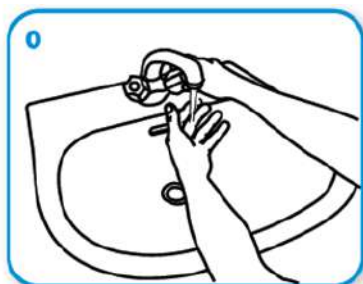
A

Avec quoi?

- **Eau** du robinet, à défaut eau en bouteille
- **Savon neutre** liquide
- **Poubelle à pédale** ou sans couvercle équipée d'un sac jetable
- **Distributeur d'essuie-mains à usage unique** (en papier ou en non tissé)

C

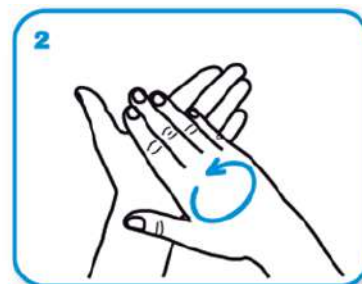
## Comment?



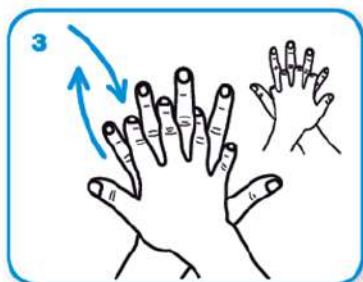
Mouiller les mains abondamment



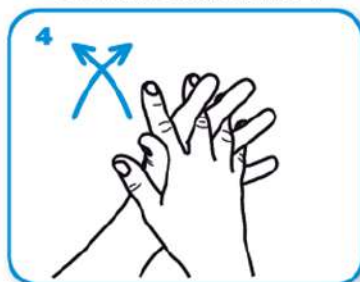
Appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



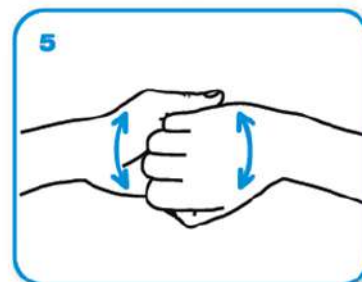
Paume contre paume par mouvement de rotation,



le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice et versa,



les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,

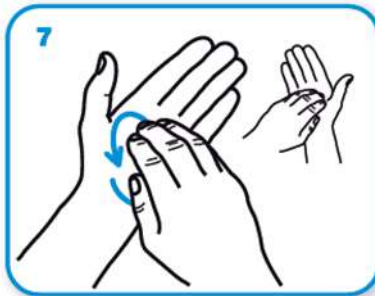


les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,

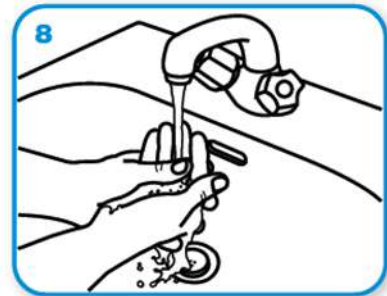
## Référentiel technique SUAP



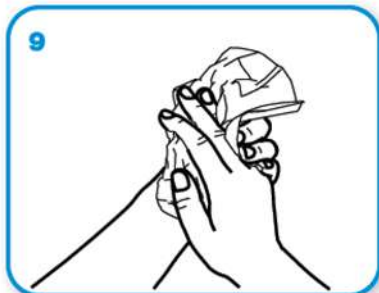
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice et versa,



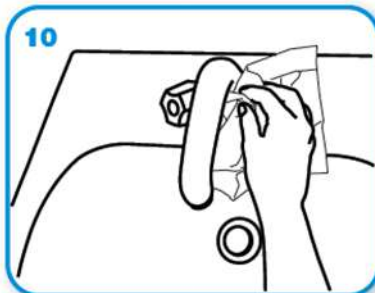
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice et versa.



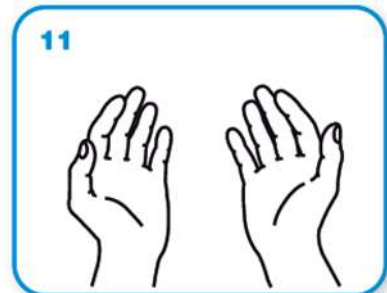
Rincer les mains à l'eau,



sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



fermer le robinet à l'aide de la serviette.



Les mains sont prêtes pour le soin.

**Penser à retirer montre et bijoux**

**R**

Risques?

Aucun

**E**

Efficacité?

- Plus de souillures visibles
- Plus de trace de savon de lavage
- Les mains et les avant bras sont secs

## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

## Friction des mains

N° 3.2

Q

Quand?

- En **l'absence de point d'eau** : impossibilité de se laver les mains à l'eau et au savon
- En **complément du lavage des mains** lorsqu'un degré d'asepsie plus élevé est requis

P

Pourquoi?

- Pour **compléter l'élimination** des germes de surface, après un lavage simple des mains à l'eau et au savon
- Pour **conserver un niveau d'asepsie acceptable** des mains

A

Avec quoi?

Du **gel hydro-alcoolique** contenu dans un flacon individuel

C

Comment?

Penser à retirer montre et bijoux



1



- Déposer dans le creux de la paume de la main une quantité suffisante ( ce que le creux peut contenir)

2



- Frictionner sans s'arrêter, pendant au **moins 30 secondes** et jusqu'à l'évaporation complète, toutes les surfaces des mains en insistant sur la pulpe des doigts, les paumes. Ne pas oublier les espaces interdigitaux, les pouces, le dos de la main, les poignets.

**Ne pas rincer, ni essuyer**

Le contact avec les victimes ou leur environnement pendant les soins introduit progressivement des souillures même si les mains paraissent propres

R

Risques?

- Le gel hydro-alcoolique est **inflammable**, il ne faut pas réaliser cette technique près d'une source de chaleur
- La friction sur **des gants est inutile**

E

Efficacité?

- Mains sèches à l'issue de la technique



## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

## Retrait des gants à usage unique

N° 3.3

Q

Quand?

- A la **fin de chaque action de secours**
- Chaque fois que les **gants apparaissent souillés**
- Des lors que l'on **s'occupe d'une autre victime**

P

Pourquoi?

- **Eviter un risque de contamination:** destinées à protéger le secouriste de germes dangereux, les gants à usage unique peuvent contaminer les mains du secouriste au moment de leur retrait ou contaminer une autre personne

A

Avec quoi?

- **Emballage à élimination de déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)**

C

Comment?

1



- Saisir un gant au niveau du poignet en évitant de toucher la peau
- Retirer le 1er gant en le retournant

2



- Rouler le gant retiré dans la paume de l'autre main

3



- Insérer 1 ou 2 doigts en crochet à l'intérieur de l'autre gant sans toucher la face externe du gant, et le pincer entre le pouce et l'index sur sa face interne.



**Les gants retirés font parties des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux dès lors qu'ils sont souillés**

## Référentiel technique SUAP



- Retirer le second gant en le retournant



- Jeter les gants dans un conteneur DASRI prévu à cet effet

**R**

## Risques?

- Lors de leur retrait, le secouriste peut entrer en **contact avec la face externe souillée des gants**

**E**

## Efficacité?

- Les mains nues n'ont pas touché les faces externes des gants
- Les gants, une fois ôtés, sont placés directement dans l'emballage DASRI

## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

N° 3.4

## Kit risques biologiques VSAV

Q

Quand?

Face à une personne, même apparemment saine, qui peut être porteuse ou non d'une maladie infectieuse. Le choix des moyens de protection dépend :

- ⇒ des gestes de secours à entreprendre (*aspiration d'une victime, projection de liquides biologiques*)
- ⇒ des manifestations présentées par la victime (*suspicion de maladies transmissibles par voies aériennes ou cutanées : gale, varicelle, ebola, toux...*)
- ⇒ des consignes données par l'autorité d'emploi (*contexte d'insalubrité, souillures massives...*)

P

Pourquoi?

Lors de la prise en charge d'une victime porteuse de germes infectieux, les moyens de protection ont pour objectifs de limiter le risque de contamination :

- ⇒ par contact (peau de la victime, sang, matériel souillés)
- ⇒ par voie aérienne (postillons, gouttes de salive).

Le kit Risques Biologiques VSAV comprend :

A

Avec quoi?

- 6 paires de gants VSAV en PVC, nitriles sans latex de tailles XL protection des mains de l'intervenant contre le risque exposition au sang ou à un autre liquide biologique comme la salive, l'urine ou les selles.( protection efficace)
- 3 masques de protection (FFP2) respiratoire protégeant l'intervenant d'une contamination aérienne.
- 3 lunettes de protection Elles permettent de protéger l'intervenant d'une contamination par projection dans les yeux
- 3 blouse de protection protégeant l'intervenant contre les projections sur ses vêtements.
- 3 charlottes élastique protégeant l'intervenant contre les projections dans les cheveux





# Comment?



Préalablement à la mise en place des moyens de protection, il convient de se laver les mains et de bien s'hydrater. Puis revêtir, tout ou partie des équipements suivants, dans l'ordre figurant ci-dessous

## Technique Habillage



- Alléger sa tenue F1 au maximum en évitant toutefois le contact direct de la peau avec la tenue (condition de confort) et enlever tous les éléments pouvant altérer la tenue ( bip, téléphone portable, couteaux ou clés à la ceinture)



- Enlever ses rangers
- Mettre dans cet ordre : masque FFP2, lunettes et gants VSAV



- Enfiler la tenue type 3 en ajustant la cagoule et la fermer en collant le rabat autocollant pour recouvrir la fermeture à glissière ( bien ajuster la fermeture au niveau du cou)



- Remettre ses rangers et les recouvrir par les sur-chaussures fournies dans le kit



- Enfiler les gants VSAV par-dessus les gants de protection intégrés à la tenue. Ces gants devront être changés aussi souvent que nécessaire (dégradation ou contamination pour éviter la dispersion)



**Il est important d'être en bonne condition physique et de s'être hydraté**

## Technique Déshabillage



**Changer les gants vsav dès qu'ils sont entrés en contact avec un élément suspecté d'être contaminé.**

1



- Retirer les sur-chaussures en les retroussant( l'extérieur devient l'intérieur en prenant soin de les prendre par l'intérieur (partie propre) avec les doigts munis de gants propres en faisant un pas en

2



- Enlever les chaussures
- Enlever les gants en les retroussant et les éliminer dans un sac DASRI ( toujours sans toucher l'extérieur) cf QPACRE 3.3

3



- Ouvrir entièrement la tenue en décollant l'autocollant de fermeture et en ouvrant la fermeture à glissière

4



- Dégager la tête de la capuche en prenant soin d'attraper la tenue par l'extérieur

5



- Retirer ses bras des manches par l'intérieur en retroussant les manches

6



- Rouler la tenue jusqu'aux pieds en ne la touchant que sur la face interne et sortir de la tenue et l'éliminer en sac DASRI ( face externe entièrement à l'intérieur)

7



- Retirer dans cet ordre: lunettes, masque FFP2 et gants en évitant tout contact de la face exposé des lunettes et du masque avec la peau et éliminer le tout en sac DASRI
- Friction des mains gel hydro-alcoolique

**R****Risques?**

- Lors du retrait des moyens de protection, il faut veiller à **ne pas entrer en contact avec la face externe souillée des équipements**

**E****Efficacité?**

- Les mains nues n'ont pas touché les faces externes des équipements.
- Les équipements, une fois ôtés, sont placés directement dans le sac DASRI
- Le déshabillage doit être réalisé dans un lieu exempt de contamination (éviter la cellule du VSAV) avec le principe de la marche en avant
- Maintien de la protection oculaire, respiratoire et des mains jusqu'au dernier moment

## HYGIÈNE ET ASEPSIE

### Kit accident exposition au sang ( AES) ou accident exposition virale ( AEV)

N° 3.5

Q

Quand?

**Lors d'un accident d'exposition à un risque viral** qui se définit comme une **exposition percutanée** (piqûre ou coupure) ou tout **contact direct sur une peau lésée ou des muqueuses** (bouche, yeux) avec un liquide biologique ( liquide issue du corps humain : sang, salive, urine, vomissure, liquide amniotique ou céphalo-rachidien) souillé par du sang ou du sang

P

Pourquoi?

#### **Pour limiter le risque biologique-infectieux**

En dehors de toute maladie, le sang est normalement stérile. Toutefois, le **sang ainsi que les liquides biologiques peuvent véhiculer des agents infectieux divers** comme les bactéries, les champignons, les parasites, les virus.

Pour la plupart de ces agents, on dispose de médicaments efficaces. En revanche, pour les virus concernés dans l'AES ( VIH, VHB, VHC), il y a peu de traitement curatif.

Les risques sont plus **importants** lors d'une effraction cutané par objet piquant, tranchant ou coupant que par un simple contact avec la peau ou les muqueuses

Il convient de ne **pas négliger une projection de sang dans les yeux ou les muqueuses**

A

Avec quoi?

#### **Le kit AES comprend:**

- Feuille explicative Kit AES
- Compresses stériles 10cm×10cm par sachets
- Hypochlorite de sodium
- NAACL 0,9% (\*2)
- Pot vide 10ml Flacon



C

Comment?

Le risque de transmission a été prouvé pour le VIH, VHB et VHC par le sang et les liquides biologique contenant du sang. En revanche, le risque est considéré comme **nul pour les urines et les selles**, sauf si elles contiennent du sang. Ce sont alors des liquides biologiques à risque prouvé.

Le **sperme et les sécrétions vaginales** présentent un risque de transmission intrinsèques pour les virus VIH, VHB et VHC.

Les risques avec la **salive** sont faibles. Cependant, dès que la salive contient du sang (gencives fragiles, traumatisme facial) il s'agit alors d'un liquide biologique à risque prouvé



## Référentiel technique SUAP

### Dès constatation d'un AES:

- ⇒ Interrompre l'action de secours en cours, si possible
- ⇒ Se faire relayer

### Face à une plaie

Projection dans les muqueuses (conjonctive, bouche) ou peau lésée (lésions non cicatrisées, acné)



1

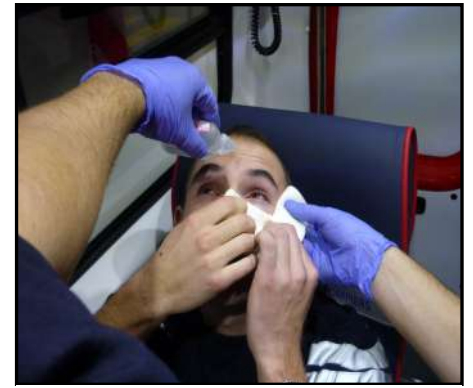
Ne pas faire saigner

Nettoyer immédiatement, à l'eau courante et au savon, puis rincer



2

Réaliser l'asepsie, par contact ou trempage d'au moins 5 minutes en utilisant un dérivé chloré stable ( DAKIN)



Rincer abondamment, durant au moins 5 minutes avec de préférence du sérum physiologique ou à défaut de l'eau



Après la réalisation de ces soins immédiats rendre compte sans délai à son autorité d'emploi afin de :

- ⇒ Poursuivre la procédure de soins
- ⇒ Réaliser les formalités administratives

**R**

Risques?

Risque de **transmissions de bactéries, parasites ou virus** transportés par le sang ou les liquides biologiques pour les sauveteurs intervenant directement sur la victime mais aussi pour les personnes travaillant à proximité, en contact avec les DASRI

**E**

Efficacité?

- Port des EPI adaptés types d'intervention ( gants, vestes F1 manches baissées, lunettes)
- Etre vigilant en présence d'objets piquant et tranchant et utiliser les sacs et boîtes DASRI
- Utiliser la technique de retrait de gants référencée
- Respect de la procédure AES

## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

N° 3.6

## Utilisation des emballages à élimination de déchets

Q

Quand?

- Pour chaque déchet de soins ayant été **en contact avec du sang ou un autre produit biologique**
  - ⇒ **Matériels piquants, coupant et tranchants** (aiguilles, scalpels, lames de rasoirs)
  - ⇒ **Les déchets mous** (compresses, pansements, champs, draps à usage unique...)

P

Pourquoi?

- **Eviter un risque de transmission des infections et d'AES/AEV**: la réalisation des soins sont à l'origine d'une production de **DASRI** (Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux) à l'origine de ce risque
- **Le recueil, le stockage et l'élimination des DASRI sont réglementés** et utilisent des emballages et des conteneurs spéciaux conçus pour cet usage (norme NF X 30-500)

A

Avec quoi?

**Emballage spéciaux:**

- ⇒ **Sac souple et étanche** pour le recueil des déchets mous
- ⇒ **Collecteur en plastique rigide** pour les déchets tranchants, coupants et piquants  
*Uniquement dans les VLM et sac infirmier/Médecin*

Ils sont **agréés et homologués**. Ils présentent un mode d'emploi inscrit sur leurs parois extérieures

Ils sont **reconnaissables grâce à leur couleur jaune** et leur pictogramme reconnu internationalement



C

Comment?

## REGLES GENERALES

- Ne rien laisser sur les lieux de l'action de secours
- Ne jamais décapuchonner les aiguilles ni séparer les aiguilles d'une seringue ou d'une tubulure à perfusion avant de les mettre dans le collecteur
- Utiliser l'emballage conforme et adapté au déchet
- Ne pas jeter de DASRI aux ordures ménagères
- Déposer les emballages pleins dans un lieu prévu à cet



## Référentiel technique SUAP



**Il est indispensable de manipuler les DASRI avec des gants**



- 1
- Ouvrir l'emballage au préalable
  - Déposer le déchet dans l'emballage et le fermer immédiatement après à l'aide de la fermeture provisoire



- 2
- Ne pas remplir l'emballage au-delà de la limite indiquée
  - Ne pas tasser les déchets à l'intérieur



- 3
- Déposer le sac souple au retour d'intervention dans le container prévu à cet effet
  - Fermer si nécessaire l'emballage lorsque le taux maximum de remplissage ou la date de péremption est atteint

**R**

**Risques?**

- **Risque infectieux** dû aux AES/AEV

**E**

**Efficacité?**

- Tous les déchets sont éliminés grâce à des emballages appropriés
- Les emballages ne sont ni perforés, ni surchargés
- Les aiguilles sont éliminées sans être décapuchonnées

## GESTES D'HYGIENE ET D'ASEPSIE

N° 3.7

## Nettoyage et désinfection du matériel, véhicule et local

Q

Quand?

- **Après toutes interventions Secours à personnes** ( Protocole N°1: retour d'intervention)
- **Tous les 3 mois et après toute interventions à risques biologiques accrues** ( Protocole n° 2 : protocole approfondi)

P

Pourquoi?

- **Eviter** , dans un véhicule ou local non ou mal entretenu, **de contracter des micro-organismes pathogènes résistants** dans l'environnement extérieur
- **Eviter des infections** pouvant être transmises à la victime ou au secouriste par le biais de matériel non désinfecté à l'issue de son utilisation

C

Comment?

R

Risques?

- **Irritation** pour la la peau et les muqueuses: port de gants à usage unique pour un usage court
- **En cas de contact avec les yeux**, laver abondamment sous l'eau et consulter un médecin
- **En cas d'ingestion**, consulter impérativement un médecin
- Ne **pas mélanger** les produits entre eux
- Ne jamais pulvériser sur du **matériel électrique** ( DAE, Aspirateur...)
- Vérifier le **fonctionnement du matériel** avant remise en service

E

Efficacité?

- Respect des procédures et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien du matériel
- Port des équipements de protections lors des procédures de nettoyage et désinfection



# RETOUR D'INTERVENTION



Se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique (S.H.A)

Porter des gants nitrile

# 1 Protocole Hygiène

Cellule de prise en charge de la victime

Cabine de conduite

1

## VIDER LES DÉCHETS

(DASRI & DAOM pour les emballages et les déchets non souillés biologiquement)



Sacs DASRI et déchets ménagers

2

## NETTOYER-DÉSINFECTER,

tout le matériel utilisé par pulvérisation (tensiomètre, stéthoscope, oxymètre, attelle, etc.) ainsi que toutes les surfaces touchées (plan de travail, poignées de porte, hampe de brancard, ...)

Puis **LAISSER SÉCHER.**



Lavettes + Spray détergent désinfectant (Surfasafe)



Réaliser deux passages avec le détergent désinfectant si souillures importantes (liquides biologiques, terre, ...)

3

Si nécessaire, **RECONDITIONNER** le matériel (gaine à souder)



Gaine à souder

4

Nettoyer le **SOL** de la cellule avec un détergent



Lavettes + Détergent (Déterg'Anios)

5

## NETTOYER et DÉSINFECTER

les surfaces touchées (poignées de porte, volant, radio, levier de vitesse, etc.)



Lavettes + Spray détergent désinfectant (Surfasafe)

6

Nettoyer le **SOL** de la cabine avec un détergent (nettoyage manuel avec une lavette)



Lavettes + Détergent (Déterg'Anios)

7

**RINCER et RANGER** le matériel de nettoyage et vider les déchets (lavettes dans poubelle DAOM si absence de liquides biologiques)



8

**ENLEVER LES GANTS** et réaliser une **HYGIÈNE DES MAINS** par **FRICITION** avec la SHA





Mars, juin, septembre et décembre

# PROTOCOLE TRIMESTRIEL



Se frictionner les mains avec une solution hydro-alcoolique (S.H.A)

Porter des gants nitrile

# 2

# Protocole Hygiène

Cellule de prise en charge de la victime

1

**SORTIR** le matériel mobile et **OUVRI** les conditionnements (*hors kits PUI*)



Fiche de suivi des péremptions

2

**CONTRÔLER** les **DATES** de péremption ainsi que le **FONCTIONNEMENT** du matériel

3

**NETTOYER-DÉSINFECTER** tout le matériel puis le **LAISSER SÉCHER**



Lavettes + Spray détergent désinfectant (Surfasafe)

4

**RECONDITIONNER** le matériel



Gaine à souder

5

**NETTOYER** et **DÉSINFECTER** toutes les surfaces hormis le sol (*rangements, tiroirs, parois, plan de travail, etc.*) puis **LAISSER SÉCHER**



Lavettes + Spray détergent désinfectant (Surfasafe)

6

**REPLACER** le matériel



7

Nettoyer et désinfecter le **SOL** de la cellule



Lavettes + Détergent désinfectant (Surfanios)

Cabine de conduite

8

**NETTOYER** et **DÉSINFECTER** les surfaces touchées (*poignées, volant, radio, levier de vitesse, etc.*)



Lavettes + Spray détergent désinfectant (Surfasafe)

9

Nettoyer et désinfecter le **SOL** de la cabine



Lavettes + Détergent désinfectant (Surfanios)

10

**RINCER** et **RANGER** le matériel de nettoyage et vider les déchets (*lavettes dans poubelle DAOM si absence de liquides biologiques*)

11

**ENLEVER LES GANTS** et réaliser une **HYGIÈNE DES MAINS** par **FRICION** avec la SHA



12

Renseigner le document **D'ENREGISTREMENT** pour la traçabilité





# Partie 4

# Gestes d'urgence vitale



# GESTES D'URGENCE VITALE

## Désobstruction : claques dans le dos

N° 4.1

**Q**

Quand?

- **Obstruction totale des VA** par un corps étranger chez la victime consciente

**P**

Pourquoi?

- **Provoquer un mouvement de toux** pour débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les VA

**A**

Avec quoi?

- Aucun matériel

**C**

Comment?

### Chez l'adulte

1



- Se placer sur le côté et légèrement en arrière de la victime,
- Soutenir le thorax avec une main

2



- Demander à la victime de se pencher vers l'avant
- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de l'autre main ouverte



**Arrêter dès que la désobstruction est obtenue!!!**

Référentiel technique SUAP

**Chez l'enfant**



1

- S'asseoir
- Basculer l'enfant sur la cuisse du sauveteur, couché sur le ventre, tête vers le bas



2

- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de l'autre main ouverte



**Arrêter des que la désobstruction est obtenue!!!!**  
**En cas d'impossibilité, réaliser la même technique que chez l'adulte**

**Chez le nourrisson**



1

- Maintenir la tête avec les doigts, de part et d'autre de la bouche tout en évitant d'appuyer sur sa gorge



2

- Coucher le nourrisson, tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras, pour que sa tête soit plus basse que son thorax



3

- Donner de 1 à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les deux omoplates, avec le talon de l'autre main ouverte



**Arrêter des que la désobstruction est obtenue!!!!**

**R** Risques? • **Le risque minime de blesser la victime ne doit pas diminuer la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger**

**E** Efficacité? • Rejet du corps étranger  
 • L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs ou de cris chez l'enfant et le nourrisson  
 • Reprise de la respiration normale

# GESTES D'URGENCE VITALE

## Désobstruction : compression abdominale

N° 4.2

Q

Quand?

- **Obstruction totale des VA** par un corps étranger chez l'adulte et l'enfant conscient
- **Après une série de 5 claques** dans le dos inefficace

P

Pourquoi?

- **Comprimer** l'air contenu dans les poumons de la victime et **expulser le corps étranger** par un effet de « piston ».
- Suivant l'importance et la position du corps étranger, **plusieurs pressions** successives peuvent être **nécessaires** pour l'expulser.

A

Avec quoi?

- Aucun matériel

C

Comment?



- 1
- Se placer derrière la victime, contre son dos
  - Passer ses bras sous ceux de la victime, de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen ;

- 2
- Pencher la victime vers l'avant
  - Mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen, au creux de l'estomac, au-dessus du nombril et en dessous du sternum.
  - Placer la seconde main sur la première. Les avant-bras ne doivent pas s'appuyer sur les côtes

- 3
- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut
  - Effectuer de 1 à 5 compressions, en relâchant entre chacune



**Arrêter dès que la désobstruction est obtenue!!!!**

## Référentiel technique SUAP

**R**

## Risques?

- La réalisation des compressions abdominales peut **occasionner des lésions des organes internes, des côtes et du sternum**
- Ce risque ne doit pas diminuer la vigueur des compressions qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger

**E**

## Efficacité?

- Rejet du corps étranger
- L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs ou de cris chez l'enfant
- Reprise de la respiration normale

# GESTES D'URGENCE VITALE

## Désobstruction : compressions thoraciques

N° 4.3

Q

Quand?

- **Obstruction totale des VA** par un corps étranger chez **l'adulte obèse** ou la **femme enceinte** dans les derniers mois de grossesse
- **Impossibilité d'encercler** l'abdomen de la victime
- Après une série de 5 claques dans le dos inefficace

P

Pourquoi?

- **Comprimer l'air** contenu dans les poumons et **d'expulser le corps étranger** par un effet « piston »
- Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser

A

Avec quoi?

- Aucun matériel

C

Comment?

### Chez l'adulte obèse ou la femme enceinte



1

- Se positionner derrière la victime
- placer ses avant-bras sous les bras de la victime et encercler la poitrine de la victime ;



2

- Mettre un poing au milieu du sternum, sans appuyer sur la pointe inférieure de celui-ci
- Placer l'autre main sur la 1ère, sans appuyer les avant bras sur les côtes



3

- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière
- Effectuer de 1 à 5 compressions



**Arrêter dès que la désobstruction est obtenue!!!!**

## Référentiel technique SUAP

## Chez Le nourrisson



1

- Placer l'avant-bras contre le dos du nourrisson, la main soutenant sa tête



2

- Tourner le nourrisson sur le dos en le maintenant fermement ;
- Placer l'avant-bras, sur lequel repose le nourrisson, sur la cuisse du sauveteur.
- La tête du nourrisson doit être plus basse que le reste du corps



3

- Repérer le bas du sternum à la jonction des dernières côtes (appendice xiphoïde)
- Placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum, un doigt au dessus de ce repère ;



4

- Effectuer de 1 à 5 compressions profondes et successives. En relâchant la pression entre chaque compression



**Arrêter dès que la désobstruction est obtenue!!!!**

## R

### Risques?

- Complications par **traumatismes des organes internes, des côtes ou du sternum** peuvent survenir après ces manœuvres.
- Ce risque ne doit pas diminuer la qualité des compressions thoraciques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger

## E

### Efficacité?

- Rejet du corps étranger
- L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs ou de cris chez l'enfant et le nourrisson
- Reprise de la respiration normale

# GESTES D'URGENCE VITALE

## Ventilation artificielle par une méthode orale

N° 4.4

Q

Quand?

- Victime en **arrêt respiratoire**
- Victime **présentant une respiration anormale (gasps)** et dont la **fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 6 mvts/min**
- En l'absence de matériel de ventilation artificielle

P

Pourquoi?

- **Apporter de l'air aux poumons** d'une victime en l'absence de matériel de ventilation artificielle
- Insuffler directement à la victime l'air que le secouriste expire et dont la **part résiduelle d'O<sub>2</sub> est suffisante** par assurer l'efficacité de la technique
- Si l'arrêt de la respiration vient de se produire, cette technique peut **favoriser la reprise** de la respiration

A

Avec quoi?

- Aucun matériel

C

Comment?

**Chez l'adulte ou l'enfant**

La victime est préalablement installée en position horizontale et sur le dos

1



- Basculer la tête de la victime en arrière comme pour la technique de LVA

2



- Pincer le nez entre le pouce et l'index, tout en maintenant la bascule en arrière de la tête avec la main qui est placée sur le front
- Ouvrir légèrement la bouche en utilisant l'autre main et maintenir le menton élevé

3



- Inspirer sans excès
- Appliquer la bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant fermement
- Insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine commence à se soulever ( env 1 seconde)

## Référentiel technique SUAP

4



Se redresser légèrement afin de :

- ⇒ Reprendre son souffle
- ⇒ Vérifier l'affaissement de la poitrine de la victime ( expiration passive
- ⇒ Insuffler une 2eme fois



Si le ventre ou la poitrine ne se soulève pas:

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

**La durée de réalisation de ces 2 insufflations successives ne doit pas excéder 5 secondes**

### Chez le nourrisson ou le nouveau né

La technique est sensiblement la même que pour l'adulte et l'enfant. Il convient alors de:



- Placer la tête du nourrisson en position neutre, menton élevé



- Entourer sa bouche autour de la bouche et du nez de la victime
- Insuffler des volumes d'air sensiblement moindre que pour l'enfant ( début du soulèvement due la poitrine)

## R

### Risques?

- Une insufflation trop rapide ou d'un volume d'air trop important **peut entraîner un passage de l'air dans l'estomac et secondairement une régurgitation de son contenu** ( plus fréquent chez l'enfant et le nouveau né)
- Une régurgitation dans les VA **compromet les manœuvres de réanimation et la survie de la victime**

## E

### Efficacité?

- Soulèvement de la poitrine à chaque insufflation

# GESTES D'URGENCE VITALE

## La ventilation artificielle par un insufflateur

N°4.5

**Q**

Quand?

- Victime en **arrêt respiratoire**
- **Respiration anormale** (gasps) et dont la fréquence respiratoire est  $\leq$  à 6 mouvements par minute

**P**

Pourquoi?

- L'enrichissement en oxygène de l'air insufflé au cours d'une ventilation artificielle réalisée à l'aide de l'insufflateur manuel, **accroît l'efficacité des manœuvres de RCP** en amenant plus d'O<sub>2</sub> à l'organisme

**A**

Avec quoi?

- 1 **insufflateur manuel** adulte ou pédiatrique
- 1 **bouteille d' O<sub>2</sub>**
- 1 ou 2 **secouristes**



**C**

Comment?

### Préparation du dispositif

1



- Mettre la bouteille en position debout
- Ouvrir le robinet d'ouverture, en tournant lentement, afin d'éviter tout risque d'explosion

2



- Placer en position horizontale la bouteille si nécessaire, afin d'éviter tout risque de chute
- Raccorder, sur l'olive de sortie, le tuyau d'oxygène de l'insufflateur

3



- Ouvrir progressivement le robinet, en passant par les débits intermédiaires, sans jamais forcer.
- Régler le débit d'oxygène à administrer à la victime

INSUFFLATION	<u>Débit en litres / minute</u>
Adulte	15l/mn
Enfant	15l/mn
Nourrisson	15l/mn

## Référentiel technique SUAP

## A 1 secouriste



1

- Choisir un ballon et un masque adapté et les connecter entre-eux par l'intermédiaire de la pièce «T»
- Se placer à la tête de la victime



2

- S'assurer de la bascule de tête en arrière et maintenir d'une main la mandibule élevée. Placer le sommet du triangle du masque sur la racine du nez puis rabattre la base sur le menton



3

- Placer le pouce de la main sur le masque, au dessus du nez, l'index sur la base du masque, au dessus de la lèvre inférieure et les autres doigts en crochet sous le menton



4

- Exercer une pression, vers le bas avec le pouce et l'index et vers le haut avec les autres doigts. *Pour appliquer de manière hermétique le masque sur la victime.*



5

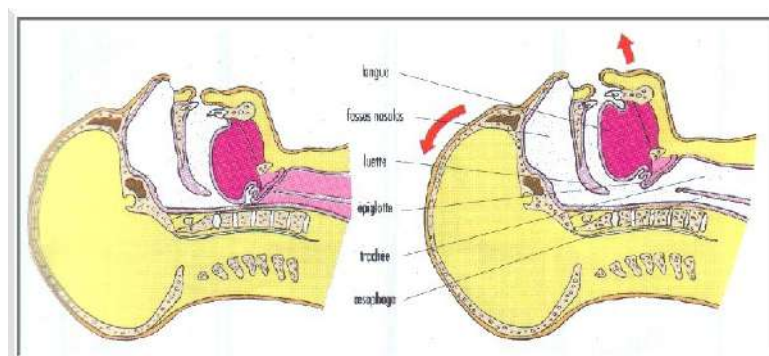
1 seconde

- Empaumer le ballon dans la partie centrale avec l'autre main et le comprimer progressivement durant 1 seconde environ.



6

- Relâcher le ballon, dès que la poitrine se soulève, tout en continuant de maintenir le masque
- Recommencer le cycle afin d'obtenir une ventilation artificielle

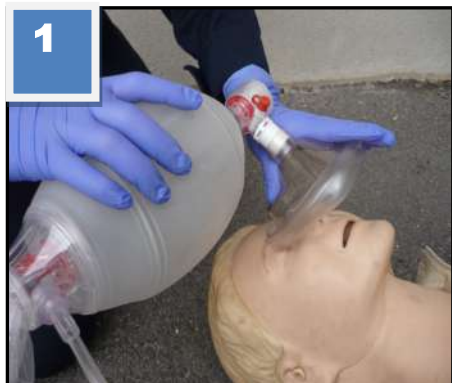


**Assurez-vous tout au long des insufflations, de la bascule de la tête de la victime en arrière, menton tiré vers le haut.**



## Référentiel technique SUAP

## A 2 secouristes



- Placer le masque sur le nez en appliquant le sommet du triangle sur la racine et rabattre le masque sur le menton. Placer le pouce sur le masque, au dessus du nez et l'index au dessus de la lèvre inférieure.



- Placer les autres doigts en crochet sous le menton et tirer vers le haut pour l'appliquer contre le masque.
- Placer l'autre main de façon symétrique et exercer une pression, vers le bas avec les pouces et vers le haut avec les autres doigts pour assurer ainsi la LVA



- Le secouriste 2 empaume le ballon d'une main et le comprime progressivement pendant 1 seconde env.. Il le relâche dès que la poitrine se soulève.
- Recommencer le cycle afin d'obtenir une ventilation artificielle

## Par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation



Le secouriste peut être amené à ventiler une victime intubée par un médecin à l'aide de l'insufflateur. Pour cela, il veille à ne pas mobiliser la sonde et respecte les recommandations du médecin.



**Assurez-vous tout au long des insufflations, de la bascule de la tête de la victime en arrière, menton tiré vers le haut.**

## En cas de vomissement



- Interrompre immédiatement la ventilation
- Tourner la victime sur le côté
- Dégager aux doigts les débris alimentaires solides et volumineux
- Aspirer les liquides de la bouche de la victime si un aspirateur de mucosités est disponible
- Remettre la victime sur le dos
- Reprendre la ventilation artificielle

## Référentiel technique SUAP

**R**

## Risques?

- Insufflation trop rapide ou volume d'air trop important **peut entraîner un passage de l'air dans l'estomac et secondairement une régurgitation** ( insufflation stomacale) Plus fréquent chez l' enfant et le nouveau né. ( besoin d'air moins important)
- Une régurgitation entraîne un **engorgement des voies aériennes** et compromet les manœuvres de réanimation
- L'absence d'O<sub>2</sub> ne doit en aucun cas faire interrompre la ventilation artificielle. L'insufflateur permet de réaliser grâce à ses valves de sécurité une ventilation artificielle à l'air

**E**

## Efficacité?

- Début du soulèvement de la poitrine de la victime
- L'administration d'O<sub>2</sub> ne doit pas retarder la RCP
- Le ballon réserve ne doit jamais être complètement aplati

# GESTES D'URGENCE VITALE

## La compression manuelle

N° 4.6

### Q

Quand?

- Face à toute **hémorragie externe accessible**
- **En l'absence de corps étranger**

### P

Pourquoi?

- La plupart des hémorragies externes **s'arrêtent en appuyant sur la plaie**
- La compression manuelle est une technique **facile et rapide**. Elle est très **efficace** et suffit dans la plupart des cas pour arrêter le saignement

### A

Avec quoi?

- **Gants à usage unique**
- **Paquet de compresses, pansement américain ou tissu propre** ( mouchoir, torchon, vêtement)

### C

## Comment?

1



- Appuyer fermement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main protégés par un gant à usage unique

2



- Interposer le plus tôt possible entre la main et la plaie plusieurs compresses, un pansement ou un tissu propre pour augmenter la compression

3



- Maintenir la compression de la plaie jusqu'au relais par un pansement compressif

### R

Risques?

- La compression directe est susceptible d'entraîner **une contamination de la victime par le sauveteur ou inversement** ( accident d'exposition à un risque infectieux)
- Le temps de compression avant la mise en place d'un pansement compressif doit être **parfois prolongé chez les personnes** prenant des médicaments **servant à fluidifier le sang**

### E

Efficacité?

- Le saignement est arrêté



# GESTES D'URGENCE VITALE

## La pose du pansement compressif

N° 4.7

**Q**

Quand?

- Pour **relayer une compression manuelle efficace**, lorsque la localisation le permet.

**P**

Pourquoi?

- La pose d'un pansement compressif permet de **libérer le sapeur-pompier tout en maintenant une pression suffisante** sur la plaie qui saigne pour arrêter l'hémorragie

**A**

Avec quoi?

- Un **paquet de plusieurs compresses** ou un **pansement américain et une bande élastique adhésive ou auto-agrippante**
- **Coussin Hémostatique d'Urgence** : tampon de mousse, une compresse stérile, une bande élastique., une paire de gant et une étiquette de pose
- **Pansement compressif d'urgence** : bande élastique équipée d'un tampon de gaze, un applicateur de pression et un élément de fermeture

**C**

Comment?

### En règle générale

1



- Placer le pansement sur la plaie ( si une compression manuelle a déjà été réalisé, la substitution doit être la **plus rapide possible**)

2



- Réaliser un bandage serré recouvrant complètement la pansement

**L'élasticité de la bande est un élément important si l'on veut obtenir une pression suffisante pour maintenir l'arrêt du saignement**



**La pression doit être suffisante et éviter la reprise du saignement**

## Le pansement compressif d'urgence



1

- Ouvrir l'emballage et retirer le pansement de l'emballage sous vide



2

- Appliquer la compresse sur la blessure et réaliser un tour



3

- Passer le bandage élastique dans la languette de maintien en plastique ( applicateur de pression)



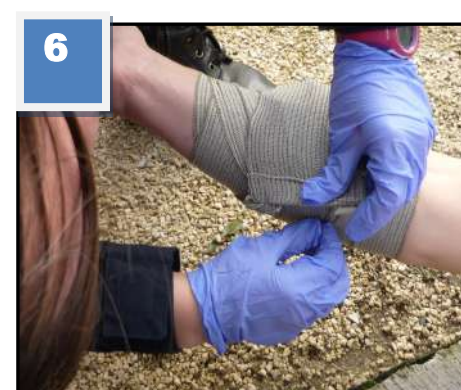
4

- Tendre le bandage élastique en le ramenant en sens inverse



5

- Enrouler le bandage en le serrant



6

- Fixer l'élément de fermeture à une des couches du bandage ( à l'aide des crochets)

**Cas particuliers: localisation de plaie en zone non garrotable avec possibilité de pose de pansement compressif contre relief osseux.**



Cou/aisselle opposée



Aisselle /  
collier cervical



## Le coussin hémostatique d'urgence



- Ouvrir l'emballage



- Appliquer le pansement absorbant en appuyant et commencer l'enroulement de la bande en laissant déborder de chaque côté



- Tendre la bande plus ou moins fort suivant l'importance de l'hémorragie. Il est logique que le coussin s'imbebe d'une certaine quantité de sang jusqu'à ce soit réalisé l'équilibre entre la pression extérieure et la pression intramusculaire



- Vérifier le pouls. Si le pouls n'est plus sensible en aval de la plaie la pression est excessive. Il faut légèrement la relâcher



- Indiquer l'heure de pose sur l'étiquette



**Si l'hémorragie persiste, il sera nécessaire de régler la tension de la bande afin d'obtenir une pression suffisante**

# R

## Risques?

- Le pansement compressif peut être **moins efficace** que la **compression manuelle** ( reprise du saignement). Il faut alors reprendre la compression directe et utiliser soit un garrot, soit un pansement imbibé d'une substance hémostatique maintenue par un pansement compressif.
- Si la victime se plaint d'une **douleur importante à l'extrémité du membre** ou si celle-ci devient froide, engourdie ou violacée, demander un avis médical rapidement.
- Certaines localisations **ne permettent pas de comprimer l'endroit** qui saigne (cou...) donc la compression manuelle sera maintenue

# E

## Efficacité?

- Le saignement est arrêté



# GESTES D'URGENCE VITALE

## La pose du garrot

N° 4.8

Q

Quand?

- Lorsque **la compression directe d'un membre est inefficace ou impossible**
  - ⇒ Victime avec **plusieurs lésions hémorragiques** et/ou présentant une autre détresse vitale
  - ⇒ **Plusieurs victimes en détresse vitale** dont une au moins présentant une hémorragie
  - ⇒ Plaie hémorragique **inaccessible**
- Lors de **situations particulières** (catastrophe, extraction d'urgence ou situation d'isolement)

P

Pourquoi?

- En exerçant une compression circulaire autour du membre concerné, le garrot **interrompt totalement** la circulation du sang en aval.

A

Avec quoi?

- Avec le **garrot à boucle métallique**
- Un **lien de toile solide non élastique** de 3 à 5 cm de large et 1,5m de longueur (improvisé avec cravate, écharpe...)
- **Garrot Tourniquet Tactique**

C

Comment?

### Garrot tourniquet Tactique

1



- Poser le garrot entre la plaie et la racine du membre à quelques centimètres de la plaie (JAMAIS SUR UNE ARTICULATION).
- Ou à la racine du membre sur plan NOVI ou tuerie de masse

2



- Tendre la sangle.

3



- Tourner la poignée de torsion (tourniquet) jusqu'à ce que l'hémorragie s'arrête (normalement 3 ou 4 tours suffisent).

## Référentiel technique SUAP



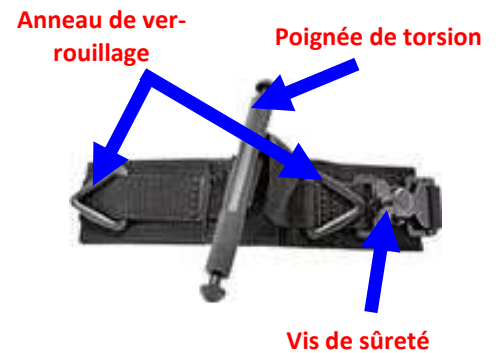
4

- Verrouiller la poignée de torsion à l'aide de l'anneau en forme de triangle (Il n'est pas nécessaire de verrouiller les 2 extrémités de la poignée).



5

- Serrer la vis de sûreté pour éviter qu'un choc ne desserre accidentellement le garrot.



## Garrot improvisé



1

- Faire, avec le lien large, 2 tours autour du membre, et faire un noeud
- Positionner le dispositif correctement ( cf dispositions communes)



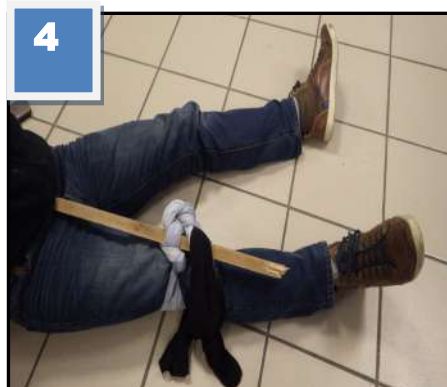
2

- Placer au dessus du nœud le bâton
- Faire 2 nouveaux noeuds, au dessus du bâton



3

- Tourner le bâton afin de serrer le garrot jusqu'à l'obtention de l'arrêt du saignement



4

- Entourer avec le lien large restant le membre en englobant le bâton afin qu'il soit fixé et que le garrot ne se desserre pas



5

- Réaliser un dernier nœud de maintien.

## Référentiel technique SUAP

## Le garrot à boucle métallique



- Glisser le garrot sous la cuisse ou le bras de la victime en passant la partie métallique vers le sol et positionner la boucle métallique vers l'intérieur du membre.
- Positionner le dispositif correctement ( cf dispositions communes)



- Engager l'extrémité libre de la sangle dans la boucle métallique, en appuyant sur le levier de la griffe pour l'ouvrir.



- La sangle passée, relâcher la griffe et tirer fort sur l'extrémité de la sangle pour serrer le garrot.
- La griffe de la boucle métallique permet de maintenir le garrot serré.
- Vérifier que le saignement est bien stoppé.

## DISPOSITIONS COMMUNES

- Laisser le garrot **toujours visible**. Ne jamais le recouvrir
- **Noter l'heure** de pose du garrot afin de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la victime
- **Positionner le dispositif correctement**
  - ⇒ Entre la plaie et la racine du membre à quelques centimètres au dessus de la plaie
  - ⇒ Jamais sur une articulation



- Indiquer l'heure de pose sur une étiquette (prendre éventuellement celle à disposition avec le coussin hémostatique)



- Indiquer l'heure de pose sur papier libre.



- Indiquer l'heure de pose sur l'étiquette cousue du garrot tourniquet.

## Référentiel technique SUAP

## R

## Risques?

- Au delà de plusieurs heures de pose, des lésions (souffrance des tissus, nécrose) peuvent apparaître.
- Le garrot ne peut pas être utilisé sur les zones « non garrotable » (plaies du cou, pli de l'aîne, creux axillaire et en cas de membre sectionné trop près de sa racine.) Il est alors nécessaire de réaliser un pansement compressif en prenant appui sur un relief osseux opposé.
- Pour éviter un desserrage accidentel du garrot sangle, bien veiller à **ne pas mettre en contact la boucle métallique** du garrot avec un élément extérieur solide ( barrière de brancard, attelle, ...)
- Pour éviter un desserrage accidentel du garrot tactique, bien veiller à **serrer la vis de sûreté**.
- Une fois le garrot posé, il **ne doit être desserré que sur ordre du médecin**.

## E

## Efficacité?

- Le saignement est **arrêté**
- En cas de persistance du saignement, **resserrer le garrot**
- Si ce n'est pas suffisant, **compléter par un ou plusieurs autres dispositifs** d'arrêt des hémorragies:
  - Second garrot entre le 1er et la racine du membre et/ou , si disponible, pansement imbibé d'une substance hémostatique avec pansement compressif

# GESTES D'URGENCE VITALE

## LVA chez une victime non traumatisée

N° 4.9

Q

Quand?

- Victime ayant **perdu connaissance, non suspecte d'un traumatisme du rachis avant d'apprécier sa respiration**

P

Pourquoi?

- La LVA par bascule de la tête en arrière permet le **dégagement de la langue** (diminution du tonus musculaire) de la paroi postérieure du pharynx sans mobilisation du rachis cervical
- La perte de connaissance provoque une forte diminution du **tonus musculaire** qui entraîne, si la victime reste allongée sur le dos, une obstruction des VA par chute de la langue en arrière

A

Avec quoi?

- **1 équipier secouriste** équipé de gants à usage unique

C

Comment?

### Adulte ou enfant

1



- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration

2



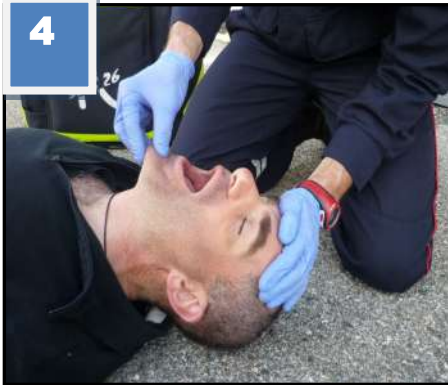
- Basculer doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton
    - ⇒ Placer la paume de la main du sauveteur, côté tête, sur le front de la victime ;
    - ⇒ Placer 2 ou 3 doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle
- Il est possible de s'aider du pouce pour saisir le menton

3



- Ramener délicatement la tête en position neutre dans l'axe du corps, si nécessaire
- Basculer prudemment la tête en arrière en appuyant légèrement sur le front tout en levant le menton

## Référentiel technique SUAP



- 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

## Nourrisson et nouveau-né



- la technique de LVA est identique à celle utilisée chez l'adulte et l'enfant mais la bascule doit se limiter à ramener sa tête en position neutre.



**Chez le nourrisson et nouveau-né, du fait de son anatomie le phénomène d'obstruction dû à la chute de la langue en arrière est accentué. La LVA doit donc être effectuée en ramenant la tête en position neutre et compléter par la mise en place d'une couverture dans le dos du nourrisson/nouveau-né.**

**R****Risques?**

- Il s'agit d'un geste salvateur qui nécessite cependant une réalisation avec précaution, afin d'éviter toute **aggravation d'un traumatisme cervical méconnu**

**E****Efficacité?**

- La respiration de la victime peut s'effectuer normalement
- La ventilation artificielle permet un soulèvement de la poitrine, en cas d'arrêt ventilatoire

# GESTES D'URGENCE VITALE

## LVA chez une victime traumatisée

N° 4.10

**Q**

Quand? • Victime ayant **perdu connaissance, suspecte d'un traumatisme du rachis**

**P**

Pourquoi?



- Permet le **dégagement de la langue** (diminution du tonus musculaire) de la paroi postérieure du pharynx sans mobilisation du rachis cervical
- La perte de connaissance provoque une **forte diminution du tonus musculaire** qui entraîne, si la victime reste allongée sur le dos, une obstruction des VA par chute de la langue en arrière

**A**

Avec quoi? • **1 équipier secouriste** équipé de gants à usage unique

**C**

Comment?

**En même temps que l'on maintient la tête à 2 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 en poussant vers l'avant la mâchoire inférieure



- Maintenir cette position pour permettre le libre passage de l'air dans les voies aériennes.



**Cette technique permet la libre circulation de l'air sans mobiliser le rachis cervical**

## Référentiel technique SUAP

**R****Risques?**

- Doit être réalisée avec précaution pour éviter toute aggravation d'un traumatisme du rachis cervicale

**E****Efficacité?**

- La respiration de la victime peut s'effectuer normalement
- La ventilation artificielle permet un soulèvement de la poitrine, en cas d'arrêt ventilatoire

# GESTES D'URGENCE VITALE

## LVA chez une victime assise

N° 4.11

Q

Quand?

- victime ayant **perdu connaissance, assise tête penchée en avant et présentant des signes d'obstruction des voies aériennes.**

P

Pourquoi?

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 maintenir correctement la tête dans l'axe du tronc et pour **rétablir la liberté des voies aériennes**.

A

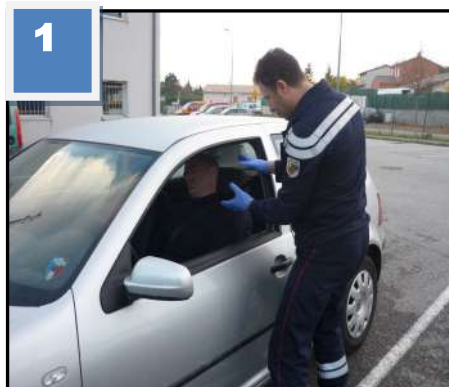
Avec quoi?

- **1 équipier secouriste** équipé de gants à usage unique

C

Comment?

1



- Se placer à sur le 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

2



- 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

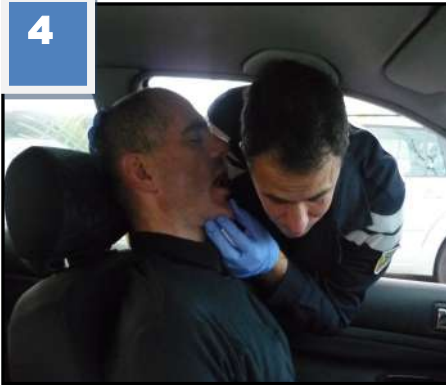
3



- 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.

## Référentiel technique SUAP

4



- Apprécier la respiration de la victime :
  - ⇒ Maintenir cette position jusqu'à la réalisation d'un maintien tête, si la victime respire ;
  - ⇒ Réaliser les gestes de secours qui s'imposent, si la victime ne respire pas

**R****Risques?**

- Doit être réalisée avec précaution pour éviter toute **aggravation d'un traumatisme du rachis cervical**

**E****Efficacité?**

- La respiration de la victime peut s'effectuer normalement
- La ventilation artificielle permet un soulèvement de la poitrine, en cas d'arrêt ventilatoire

# GESTES D'URGENCE VITALE

## La mise d'une canule oro-pharyngée

N° 4.12

Q

Quand?

- Victime en **arrêt cardiaque**
- **Difficultés à maintenir libre** les voies aériennes lors de la ventilation artificielle
- Plus particulièrement si victime **obèse, cou court**, et **RCP prolongée**

P

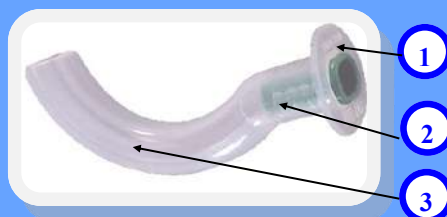
Pourquoi?

- **Eloigner la base de la langue** de la paroi postérieure du pharynx lorsque la bascule de la tête en arrière et l'avancée de la mandibule ne suffisent pas à assurer la liberté des voies aériennes supérieures
- Pour **faciliter le passage d'air** vers la trachée lors de l'insufflation

### Canule Oro-pharyngée à usage unique et plusieurs tailles

A

Avec quoi?



**Collerette** qui se place au contact des lèvres de la victime et qui facilite son maintien en place

Une **partie droite, courte et renforcée**, qui vient entre les dents pour éviter un écrasement

Une **partie courbe et longue** qui épouse la forme de la base de la langue et vient se placer au dessus et en arrière de celle-ci pour empêcher son affaissement sur la paroi postérieure du pharynx

C

Comment?

### Chez l'adulte



1

- Choisir un canule adaptée : taille égale à la distance entre incisives et l'angle de la mandibule



2

- Ouvrir la bouche de la victime avec une main et maintenir la mandibule vers l'avant



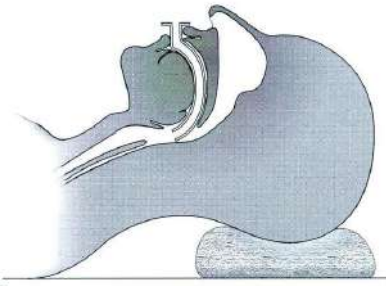
3

- Introduire la canule dans la bouche, concavité vers le nez, jusqu'à ce que l'extrémité butte contre le palais.

## Référentiel technique SUAP



Effectuer une rotation de 180° tout en continuant de l'enfoncer doucement, jusqu'à ce que la collerette se trouve au contact des lèvres

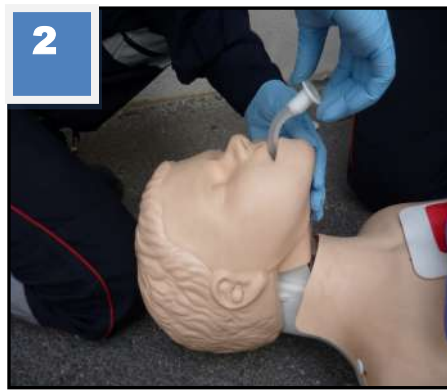


**La canule maintenant la bouche ouverte, il est parfois nécessaire d'utiliser un masque d'insufflation d'une taille supérieur à celle utilisée avant la mise en place de celle-ci**

### Chez l'enfant, le nourrisson ou le nouveau né



- Ouvrir la bouche de la victime avec une main et maintenir la mandibule vers l'avant



- Introduire la canule dans la bouche, concavité vers le menton, en prenant soin de ne pas entraîner la langue en arrière



- Enfoncer doucement la canule dans la bouche jusqu'à ce que la collerette se trouve au contact des lèvres.

## R

### Risques?

- **Lésion (plaie) avec encombrement** des voies aériennes si mise en force
- Mise en place chez toute autre victime que celle en AC, elle peut **provoquer vomissements et inhalation de vomissures**

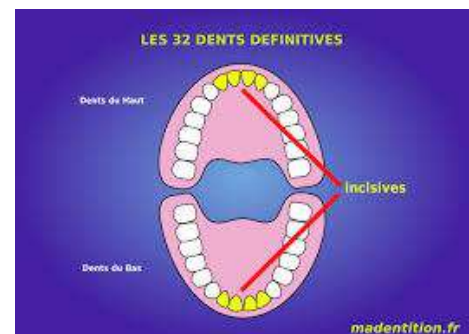
## E

### Efficacité?

- Collerette au contact des lèvres et y reste sans forcer
- Ventilation artificielle facilitée

**Incisives**: dents à l'avant ( 2 centrales supérieures, 2 centrales inférieures et 2 latérales supérieures et 2 latérales inférieures)

**Mandibule** : forme la mâchoire inférieure et s'articule avec le crâne au niveau de l'articulation mandibulaire



# GESTES D'URGENCE VITALE

N° 4.13

## L'aspiration de mucosités

**Q**

Quand?

- Victime ayant **perdu connaissance** et qui présente un **encombrement des VA par des liquides** (vomissements, sang, sécrétions des poumons, eau chez le noyé) ou **des particules solides**
- Présence de **vomissements** qui sortent de la bouche ou le nez
- **Bruit de gargouillement** lors de la respiration ou de la ventilation artificielle

**P**

Pourquoi?

- **Améliore la respiration** spontanée ou une ventilation artificielle et donc son oxygénation

**A**

Avec quoi?



Aspirateur à mucosité LSU Laerdal avec sa sonde d'aspiration à usage unique



Aspirateur à mucosité ACCUVAC PRO de weinmann



Aspirateurs de mucosités manuels type Twin Pump ou Rescue Pump

**C**

Comment?

### Aspirateurs électriques (LSU ou Weinmann)

Le matériel est monté et prêt à fonctionner, systématiquement positionné à la tête de la victime

#### A quel moment ?

- **Après avoir libéré les VA** et mis en PLS la personne qui a perdu connaissance
- **Pendant les compressions thoraciques** afin de ne pas les interrompre lors de l'AC



- 1
- S'équiper de gants à usage unique, d'un masque de protection respiratoire et de lunettes
  - Raccorder la sonde stérile au tuyau d'aspiration



- 2
- Ouvrir la bouche de la victime
  - Introduire la sonde doucement et prudemment en restant perpendiculaire au visage

## Référentiel technique SUAP



- Mettre en œuvre l'aspiration
- Régler la dépression (voir tableau en rouge ci-après)



- Aspirer les sécrétions en retirant progressivement la sonde en lui imprimant des mouvements de rotation entre les doigts



- Remettre la sonde d'aspiration dans son emballage d'origine une fois l'aspiration terminée
- Renouveler l'opération si nécessaire

**L'aspiration doit être adaptée à l'âge de la victime :****LSU**

- 300 à 400 mm Hg, chez l'adulte ou l'enfant
- 100 mm Hg chez le nourrisson

**Weinmann**

- 0,1 bar chez le nourrisson
- 0,2 bar chez le petit enfant
- 0,5 bar chez l'enfant et l'adulte
- 0,8 bar pour la dépression du MID ou des atelles

**Aspirateurs manuels (Twin Pump ou Rescue Pump)**

1

Préparation  
du matériel**Twin Pump**

- Adapter une sonde d'aspiration avec raccord biconique à la tubulure du Twin Pump

OU

**Rescue Pump**

- Choisir une des 2 sondes, de taille adaptée à la morphologie de la victime
- Monter le Rescue Pump

## Référentiel technique SUAP

2

Utilisation  
du matériel

## Twin Pump



- Ouvrir la bouche de la victime
- Introduire la sonde doucement
- Créer le vide en actionnant l'aspirateur avec le pied d'un secouriste (va et viens)

## Rescue Pump



- Ouvrir la bouche de la victime
- Introduire la sonde doucement
- Créer le vide en activant à plusieurs reprises le levier à l'aide d'une main

OU

3

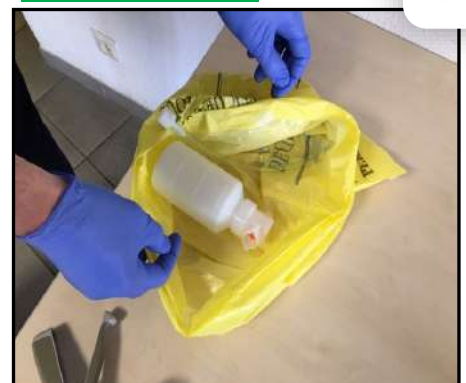
Reconditionnement  
du matériel

## Twin Pump



- Procéder à l'élimination des déchets dans la filière DASRI et au nettoyage et désinfection des parties réutilisables à l'aide d'un spray détergent/désinfectant pulvérisé sur une lingette blanche.

## Rescue Pump



- Procéder à l'élimination des déchets dans la filière DASRI et au nettoyage et désinfection des parties réutilisables à l'aide d'un spray détergent/désinfectant pulvérisé sur une lingette blanche.

OU

R

## Risques?

- Pour limiter le manque d'oxygène, l'aspiration ne doit excéder **10 secondes** chez l'adulte et **5 secondes** dans les autres cas.
- Sur une victime consciente, l'introduction d'une sonde provoque le plus souvent un **vomissement et est donc à proscrire**
- Ne pas créer de **lésion dans la cavité buccale et le pharynx**, en évitant le phénomène de ventouse en pinçant ponctuellement le tuyau si nécessaire.
- La présence d'une canule oro-pharyngée n'empêche pas l'aspiration. Cependant, on peut la retirer temporairement pour faciliter la manœuvre.

E

## Efficacité?

- Respiration ou insufflations manuelles silencieuses

## GESTES D'URGENCE VITALE

N° 4.14

## Les compressions thoraciques

Q

Quand?

- Arrêt cardiaque chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte
- Perte de connaissance suite à une OBVA (Obstruction Totale des voies aériennes)
- Détresse du nouveau-né à la naissance : Fréquence cardiaque < 60 battements par minute

P

Pourquoi?

- La compression régulière du thorax rétablit une circulation artificielle égale à 20 à 30% du débit cardiaque normal
- La pression vide les cavités cardiaque et les poumons du sang qui s'y trouve, et le propulse vers les organes périphériques
- Lors de la phase de relâchement, la poitrine revient à sa position initiale, le sang est aspiré et remplit le cœur et les poumons. Il sera ensuite propulsé lors de la compression suivante
- Faciliter l'expulsion d'un corps étranger par « effet piston » lors d'une OBVA

A

Avec quoi?

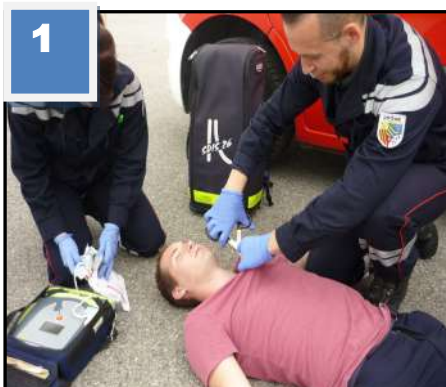
1 équipier secouriste équipé de gants à usage unique

C

Comment?

## Chez l'adulte

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



- Se placer à genoux au plus près de la victime et dénuder sa poitrine



- Appuyer le talon d'une main au centre de la poitrine. L'appui doit se faire sur la moitié inférieure du sternum, strictement sur la ligne médiane, sans appuyer sur la pointe du sternum ( appendice xiphoïde)



- Placer l'autre main au dessus de la première, en entrecroisant les doigts des 2 mains; on peut aussi placer la seconde main à plat sur la 1ère.
- Bien relever les doigts pour ne pas appuyer sur les côtes

## Référentiel technique SUAP



- Réaliser des compressions thoraciques successives de 5 à 6 cm.

### DISPOSITIONS COMMUNES

- Appuyer verticalement en verrouillant le coude
- Maintenir une fréquence comprise entre 100 et 120 min
- Assurer un temps de compression égal au temps de relâchement
- Laisser le thorax reprendre sa forme initiale entre chaque compression, sans pour cela décoller le talon de la mains
- L'appui sur le thorax doit se faire sans appuyer sur l'appendice xiphoïde

### Localisation de la zone de compression

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

#### Enfant



Placer le talon d'une main un travers de doigt au dessus de l'appendice xiphoïde

#### Nourrisson (sauveteur seul)



Placer la pulpe de 2 doigts un travers de doigt au dessus de l'appendice xiphoïde

#### Nourrisson (en équipe)



Placer la pulpe de 2 pouces un travers de doigt au dessus de l'appendice xiphoïde, en englobant le thorax avec les autres doigts

**Amplitude : 1/3 de l'épaisseur du thorax ou env 5cm**

**Amplitude : 1/3 de l'épaisseur du thorax ou env 4 cm**

**La fréquence des compressions pour un nouveau né est de 120 compressions par minute**

**R**

Risques?

- Mauvaise position des mains, compression thoracique trop forte ou non verticale peuvent entrainer des lésions graves du thorax ( fracture des côtes) et des poumons ( contusion)
- Présence de gaps ne doit pas interrompre les compressions thoraciques

**E**

Efficacité?

- Reprise normale de la respiration
- Recoloration de la victime constatée
- Éventuellement, un pouls fémoral ou huméral ( nourrisson) lors de chaque compression thoracique est perçu.

# GESTES D'URGENCE VITALE

## Utilisation d'un DAE (Défibrillateur Automatisé Externe)

N° 4.15

Q

Quand?

- **Victime en arrêt cardiaque**

P

Pourquoi?

- Permet une défibrillation précoce et **améliore de façon significative les chances de survie**
- En France, **30 000 à 60000 personnes** sont victimes de rythmes cardiaques anormaux, tel que la fibrillation ventriculaire dont **la seule solution est le choc électrique ou défibrillation**

A

Avec quoi?



DSA Zoll

C

Comment?

### Mise en Marche

### Connexion des électrodes

### Connexion des électrodes



- Ouvrir la housse
- Appuyer sur le bouton On/Off

Dès que l'appareil est mis en marche, un auto-test se réalise avec un son avertissant de la mise en fonction. Une voix guide le secouriste dans les différentes étapes.



- Enlever ou couper les vêtements
- Sécher la poitrine si humide
- Raser la poitrine, si velue sur zone de localisation des électrodes



- Prendre l'accéléromètre pour le placer entre les mamelons et au milieu du sternum( réticule comme guide)
- Appuyer sur l'accéléromètre avec la main droite puis tirer sur la languette 2
- Appuyer sur l'accéléromètre avec la main gauche puis tirer sur la languette 3

Les électrodes doivent adhérer correctement à la peau

## Référentiel technique SUAP

Analyse du rythme cardiaque

- Arrêtez les manœuvres de réanimation
- Cesser de toucher la victime

L'analyse permet de reconnaître les rythmes qui nécessitent un choc. Si tel est le cas, le DSA se charge automatiquement.

Délivrance du choc

- Le DSA annonce clairement le choc
- Se tenir à distance
- Ecouter et respecter les recommandations
- « **ECARTEZ-VOUS!!!** » veillez à ce que personne touche la victime
- Appuyer sur le bouton pour choquer

Arrêt de l'appareil

- Sur demande du médecin, éteindre le DSA en appuyant sur le bouton On/Off
- Retirer les électrodes



**Lors du choc il est recommandé de maintenir à environ 1 m de la victime, tout dispositif d'administration**

**R****Risques?**

- Correctement utilisé le DSA ne représente **pas de risque** pour le secouriste et augmente les chances de survie

**E****Efficacité?**

- Correctement utilisé, le DAE permet de délivrer un choc électrique à la victime en AC par fonctionnement anarchique du cœur

**PRECAUTIONS PARTICULIERES**

- 1 : Le SDIS ne disposants pas d'électrodes « enfant », on utilisera des électrodes « adultes ». Cependant, l'une sera placée dans le dos, entre les 2 omoplates et l'autre devant au milieu du thorax.
- 2 : Victime porteuse d'un **stimulateur cardiaque** (cicatrice et « bosse » sous la peau) coller l'électrode à 8cm (un travers de main) de ce dispositif.
- 3 : Si la victime est allongée sur une **surface mouillée** l'efficacité du choc sera diminuée. Il faut ainsi dégager la victime et l'installer sur une surface sèche
- 4 : En **atmosphère explosive**, le secouriste doit dégager la victime en urgence et poursuivre la procédure quand la victime se trouve en lieu sûr.
- 5 : La victime est **porteuse d'un timbre autocollant médicamenteux** : le secouriste doit retirer le timbre et essuyer la zone avant de coller l'électrode.
- 6 : La victime est allongée sur une **surface en métal**, l'efficacité du choc pourrait être diminuée. Le secouriste peut tirer la victime sur le sol vers une zone non conductrice ou glisser un isolant sous elle.

# GESTES D'URGENCE VITALE

## N° 4.17

### Pansement imbibé de substance hémostatique

#### Q

Quand?

- Lors **hémorragies externes** pour lesquelles la **compression manuelle continue est inefficace ou impossible** et plus particulièrement lorsque la localisation rend **impossible la mise en place d'un garrot** : racine de membre (creux axillaire, pli de l'aîne), au niveau des fesses, du tronc, du cou et de la tête

#### P

Pourquoi?

- La pose d'un pansement compressif permet de **déclencher un processus d'hémostase, une obstruction de la plaie** et un **arrêt du saignement** sur la plaie qui saigne pour arrêter l'hémorragie

#### A

Avec quoi?

- 1 pansement imbibé de substance hémostatique de marque **QuikClot**
- Gants à usage unique



#### C

### Comment?

1



- Ouvrir le sachet en le déchirant à partir de l'encoche prévue à cet effet
- Retirer le pansement de son emballage

2



- Faire pénétrer le pansement à l'intérieur de la plaie au contact direct de la source du saignement. Possibilité d'utiliser un second pansement imbibé.

3



- Exercer une pression pendant au moins **3 minutes** jusqu'à l'arrêt du saignement

## Référentiel technique SUAP

4



**NE JAMAIS RETIRER UN PANSEMENT HEMOSTATIQUE DE LA PLAIE!!!**

- Le saignement arrêté, poser un pansement compressif pour maintenir le pansement et la pression
- Noter nombre de pansements utilisés
- Heure de pose et leurs localisations sur la fiche bilan

**R**

Risques?

- Contre indiqué en **présence de corps étrangers**
- Si le saignement persiste, rajouter **par-dessus un autre pansement hémostatique**
- Un témoin peut réaliser la compression. (NOVI)

**E**

Efficacité?

- Le saignement s'arrête et ne reprend pas

## GESTE D'URGENCE VITALE

### Pansement 3 Côtés

N° 4.18

Chez une victime présentant une **plaie thoracique soufflante** :

**Q** Quand? ⇒ Lorsque l'air circule entre l'air ambiant et la cage thoracique par la **plaie thoracique** causée par blessure par arme blanche, empalement accidentel, blessure par arme à feu etc...

- Le risque d'évolution à court terme vers **une détresse respiratoire majeure** est possible. La compression engendrée par l'air dans la cage thoracique peut empêcher progressivement le cœur de se contracter correctement aboutissant à un **pneumothorax compressif**.

**P** Pourquoi? **C'est une urgence vitale jusqu'à preuve, médicale ou chirurgicale, du contraire.**

- **Créer une valve unidirectionnelle rudimentaire pour empêcher le flux d'air entrant**, lors de chaque mouvement inspiratoire de la victime, **de comprimer progressivement le poumon** (pour ne pas aggraver le pneumothorax constitué) tout en permettant à l'air et aux sécrétions de s'évacuer.

**A** Avec quoi? • Un **feuillelet transparent d'un paquet de compresses stériles**  
• De **l'adhésif** adapté à une utilisation sur une peau humide (Type STRAPPAL®)

**C** Comment?

#### Les signes possibles :

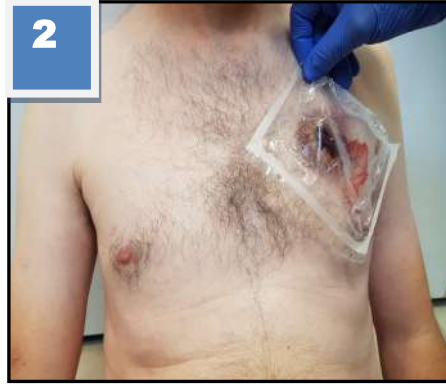
- ⇒ FR > 30 mvt/min dans la première phase compensatoire de la détresse puis FR s'effondrant en **dessous de 6** signifiant l'épuisement de l'organisme et **l'imminence de l'arrêt respiratoire puis cardiaque**.
- ⇒ Désaturation du taux d'oxygène dans le sang (**Prévoir matériel d'oxygénothérapie**)
- ⇒ Légère asymétrie de l'amplitude thoracique à l'expiration de quelques centimètres (0.5 à 2cm)
- ⇒ Crépitation gazeuse (**emphysème sous-cutané**) à rechercher au niveau supérieur du thorax
- ⇒ **Cyanose** (lèvres, extrémités voire présence de marbrures)
- ⇒ **Angoisse/ Agitation** etc...



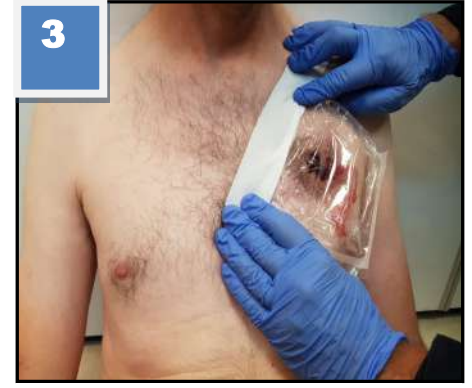
## Référentiel technique SUAP



- 1
- Nettoyage rapide autour de la plaie pour faciliter la pose de l'adhésif
  - Préparer 3 bandes d'adhésif de 20cm de longueur environ



- 2
- Avec le film transparent couvrir la plaie thoracique.
  - **Présenter en position du « losange » (pointe en haut)**



- 3
- Pose d'une première bande



- 4
- Pose de la deuxième bande



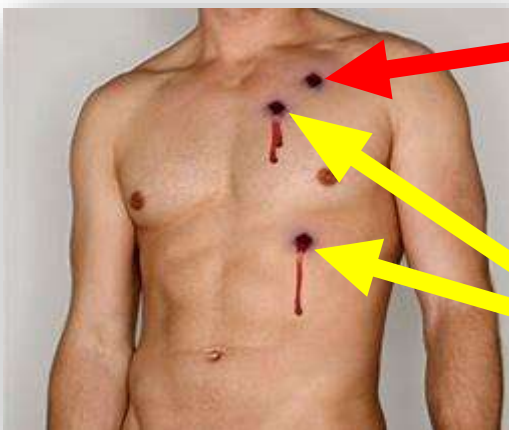
- 5
- Pose de la troisième bande
  - **Le quatrième côté extérieur est laissé libre permettant l'évacuation de l'air et des sécrétions**



- 6
- A l'expiration les sécrétions et l'air peuvent s'écouler sur le côté
  - A l'inspiration, le film est plaqué contre la plaie. L'air ne pénètre pas

**Le déshabillage complet, l'examen visuel et les palpations méticuleuses seront les seules garanties de ne pas passer à côté d'une plaie thoracique**

**Cas particulier : Multiples plaies thoraciques soufflantes**



Seule la plaie antérieure la plus haute de chaque hémithorax bénéficiera d'un **pansement 3 côtés**.

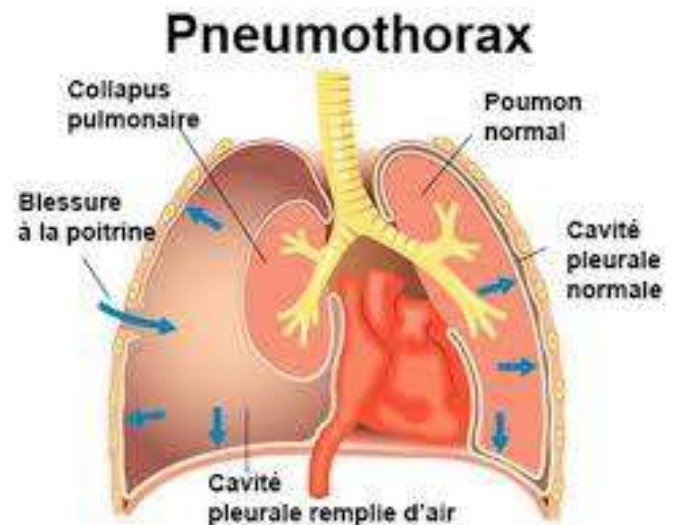
Toutes les autres plaies seront pourvues chacune d'un pansement occlusif de type pansement 4 côtés. matériel nécessaire:

- Le **feuille** non transparent du paquet de compresses stériles
- De **l'adhésif** adapté à une utilisation sur une peau humide

## Référentiel technique SUAP

### Lexique:

**Pneumothorax**: Se caractérise par la présence d'air dans la cavité pleurale causé par une déchirure de la plèvre. Cette déchirure provoque un affaissement partiel ou total du poumon. Il peut être ouvert ou fermé. Ouvert, il est souvent associé à un hémopneumothorax (pneumothorax avec présence de sang dans les cavités pleurales)



### R

#### Risques?

- Le **déshabillage complet**, l'**examen visuel** et les **palpations méticuleuses** seront les seules garanties de ne pas **passer à côté d'une plaie thoracique**.
- **Risque d'aggravation détresse vitale**: La pose d'un pansement 3 côtés requière une vigilance et une surveillance accrue de la victime car risque d'évolution vers un pneumothorax compressif
- **Risque d'Arrêt Cardiaque** : Mise en position d'attente demi- assise **SAUF** si **absence de pouls radiaux** (aux 2 bras) car risque d'arrêt cardiaque par pneumothorax compressif)
- **Risque d'obturation** du pansement 3 côtés (due aux sécrétions, position de brancardage...)

### E

#### Efficacité?

- **Stabilisation** ou **amélioration** de la saturation en oxygène
- **Persistance du pouls radial aux deux bras**
- **Absence de l'aggravation de l'asymétrie thoracique**

## GESTE D'URGENCE VITALE

## Protéger du froid une victime

N° 4.19

Q

Quand?

Toute intervention présentant :

- des **conditions météorologiques défavorables**: froid majoré par le vent, pluie, neige...
- Des **risques d'hypothermies liées aux circonstances** : intoxication, chute avec séjour prolongé au sol, noyade, découverte tardive d'AVP ...
- **Une hémorragie** ou suspicion d'hémorragie

P

Pourquoi?

- Pour conserver une **normo-thermie**: environ 37°C
- **Eviter une hypothermie** qui peut entraîner:
  - **Inhibition de l'efficacité des facteurs de coagulation** et des plaquettes : la chute de 1°C équivaut à moins 10% d'hémostase.
  - Un **ralentissement des fonctions vitales** pouvant aller jusqu'à leur interruption : perte de connaissance, arrêt cardiaque

A

Avec quoi?

- Une **couverture bactériostatique** et/ou **MID**
- 2 ou 3 **secouristes**

C

Comment?



La protection contre le froid doit intervenir sur les phases « H » et « E » du Bilan MARCHE Primaire.

1



Déplier la couverture le long du corps de la victime et la rabattre sur elle-même d'un côté.

2



Soulager légèrement la victime du sol pour glisser la couverture sous elle

3



Reposer la victime au sol

## Référentiel technique SUAP



4  
Soulager légèrement la victime du côté opposé et récupérer la couverture, puis la tendre.



5  
Reposer la victime au sol sur la couverture



6  
Emballer la victime en rabattant les 2 côtés de la couverture sur elle.

**Variante : utilisation du MID avec couverture bactériostatique**

LE MID peut également être utilisé pour isoler rapidement la victime du sol. Pour se faire, les secouristes peuvent utiliser un brancard cuillère ou une technique d'équipier porteur et parfaire la protection du froid à l'aide d'une couverture bactériostatique ou isotherme.



**Le conditionnement de la victime dans un local ou la cellule chauffée est à privilégier dès que possible**

**R**
**Risques?**

- **Risque d' Arrêt Cardiaque** : lors d'une hypothermie sévère (28 à 24°C) la victime est très sensible à toute mobilisation.
- **Risque d'aggravation d'une possible lésion**: lors de la mobilisation, le non respect de la technique peut s'avérer délétère pour la victime.

**E**
**Efficacité?**

- Victime isolée du froid et/ou du sol

# Partie 5

# Gestes de soins



# GESTES D'URGENCE VITALE

## N°5.1

### Administration d'oxygène par inhalation

#### Q

Quand?

- **Détresse vitale**
- **Intoxication aux fumées** d'incendie ou au **CO**
- **Accident de décompression** secondaire à une plongée ou un travail dans une ambiance en hyperpression
- **SpO2 inférieur à 94%**
- **SPO2 inférieur à 89%** chez l'insuffisant respiratoire chronique avec ou sans oxygène
- **Crise douloureuse** chez une victime qui présente des **antécédents de drépanocytose**

#### P

Pourquoi?

- **Enrichissement en O2 de l'air inspiré par une victime qui respire** (> 6 mvts respiratoire)
- **Augmente la quantité d'O2** transportée par le sang jusqu'au tissus de l'organisme, notamment du cerveau

#### A

Avec quoi?

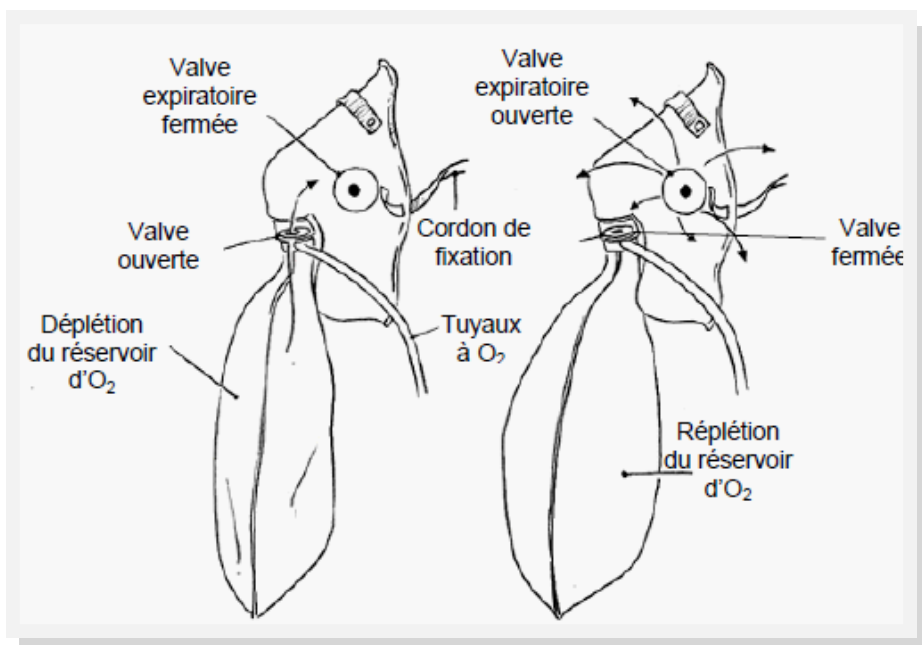
- 1 **masque d'inhalation haute concentration** adulte ou pédiatrique
- 1 **bouteille d' O2**
- 1 **oxymètre de pouls**



#### C

Comment?

### Matériel



- Délivre un air dont la concentration en O2 est comprise entre 60 et 90% lorsque le débit d'admission est de 8 à 15l/min
- Muni d'un réservoir d'oxygène situé au-dessous d'une valve antiretour qui empêche la victime de rejeter l'air expiré dans ce réservoir
- Modèle adulte et pédiatriques
- Doit être utilisé pour toute administration d'O2 qui nécessite de fortes concentrations, c'est-à-dire pour maintenir une SpO2 entre 94 et 98%.
- Ne doit pas être utilisé en dessous

## Référentiel technique SUAP

## Préparation du dispositif



- 1
- Mettre la bouteille en position debout
  - Ouvrir le robinet d'ouverture, en tournant lentement, afin d'éviter tout risque d'explosion



- 2
- Placer en position horizontale la bouteille si nécessaire, afin d'éviter tout risque de chute
  - Raccorder, sur l'olive de sortie, le tuyau d'oxygène du masque haute concentration



- 3
- Ouvrir progressivement le robinet, en passant par les débits intermédiaires, sans jamais forcer.
  - Régler le débit d'oxygène à administrer à la victime

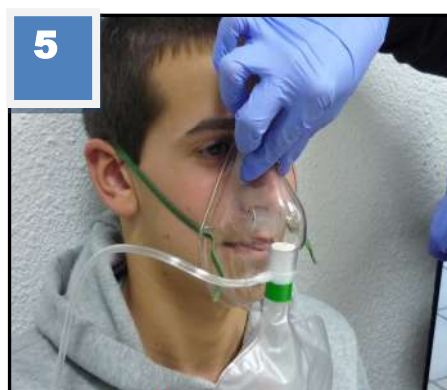
	<u>Masque Haute Concentration</u> <i>Adulte et pédiatrie</i>
Plage de débit d'utilisation	8 à 15 l/min
Débit initial	15 l/min

	<u>Objectifs de saturation</u>
Adulte et pédiatrie	94 à 98%
IRC	89 à 94 %

## Administration d'O2 par inhalation



- 4
- Remplir le ballon réserve en obtenant la valve du masque avec le doigt ( port de gant à usage unique)



- 5
- Placer le masque sur le visage de la victime et ajuster le cordon élastique derrière sa tête pour la maintenir en position
  - Modeler éventuellement l'agrafe du nez pour l'ajuster



- 6
- Augmenter progressivement le débit, si nécessaire, afin que le réservoir reste rempli au moins à moitié lorsque la victime inspire
  - Maintenir une SpO2 entre 94 et 98%

## Référentiel technique SUAP



**Les insufflateurs manuels équipés ou non de ballon réserve ne doivent pas être utilisé comme moyen d'inhalation, car ils augmentent la résistance à l'inspiration et peuvent aggraver une détresse respiratoire particulièrement chez l'enfant**

Après chaque utilisation;

- Débrancher le tuyau
- Ramener le débitmètre
- Fermer la bouteille

## CAS PARTICULIERS

- Intoxication aux fumées d'incendie, intoxication au monoxyde de carbone, accident de décompression  $\implies$  **Inhalation d'O<sub>2</sub> avec un MHC et à débit de 15 L: min, quelque soit le niveau de SpO<sub>2</sub>**
- Victime en détresse, lorsque la mesure de la SpO<sub>2</sub> est impossible (absence de pouls périphérique lors d'une détresse circulatoire ou en cas d'hypothermie)  $\implies$  **Inhalation d'O<sub>2</sub> avec un MHC et à débit de 15 L/min, quelque soient les antécédents de la victime dans l'attente d'un avis médical**

## R

## Risques?

- Peut être dangereuse chez la victime qui présente une insuffisance respiratoire chronique avancée
- **L'hyperoxie** (excès d'apport d'oxygène) peut être néfaste chez la victime qui présente un AVC ou une maladie cardiaque alors que le taux d'oxygène dans le sang est normal
- Risque lié à l'utilisation de la bouteille O<sub>2</sub> cf FM « utilisation bouteille

## E

## Efficacité?

- Accroissement de la saturation en O<sub>2</sub> et maintien dans les limites définies.

## IL FAUT LUTTER CONTRE L'HYPOXIE, SANS ENTRAINER UNE HYPEROXIE

$\implies$  Pour cela, chaque fois que possible, il faut **adapter l'administration d'O<sub>2</sub>** à la mesure de la SpO<sub>2</sub> tout en **respectant les indications et contre-indications** de cette administration.



## GESTES DE SOINS

## Aide à la prise de médicaments

N° 5.2

Q

Quand?

- **A la demande de la victime** car il lui a été prescrit ou à la **demande du médecin régulateur**
- Pour **soulager, diminuer ou faire disparaître** une douleur qui est apparue au moment du malaise ou qui vient de s'aggraver
- Pour **améliorer l'état respiratoire** ( crise d'asthme) ou **circulatoire** ( réaction allergique grave)

P

Pourquoi?

- Certains médicaments ont un **effet rapide et très efficace** sur certains malaises ou l'aggravation brutale d'une maladie. Leur administration peut **limiter ou retarder cette aggravation** et **prévenir** la survenue d'une détresse.

A

Avec quoi?

Les médicaments administrés le sont **pas inhalation, ingestion, par injection ou déposé sous la langue.**

Ils sont sous forme:

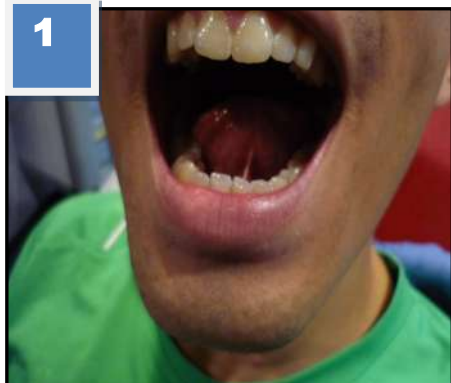
- De gaz : c'est l'oxygène
- D'aérosols (spray buccal ou nasal) parfois administrés par l'intermédiaire d'une chambre de mélange (ou d'inhalation)
- De comprimés
- De dispositif auto injectable ( DAI)

C

Comment?

## Administration d'un médicament sous la langue

1



- S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience
- Demander à la victime d'ouvrir la bouche et de soulever la langue

2



- Déposer le comprimé auto-sécable ou réaliser une pulvérisation de produit sous la langue
- Demander à la victime de fermer la bouche et de ne pas avaler



Référentiel technique SUAP

## Administration d'un médicament par ingestion



1

- S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience
- Demander à la victime d'ouvrir la bouche et de tirer la langue



2

- Déposer le comprimé sur la langue de la victime si elle ne peut pas le faire elle-même
- Demander à la victime d'avaler le comprimé avec un peu d'eau



## Administration d'un médicament par inhalation



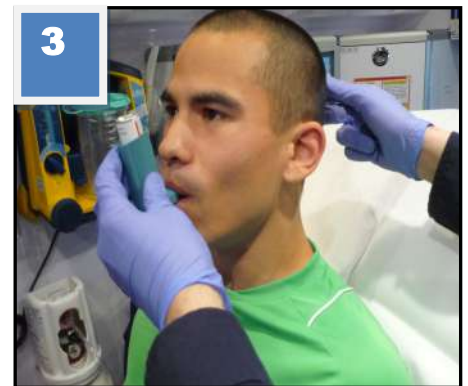
1

- Secouer vigoureusement le pulvérisateur plusieurs fois
- Enlever l'administration d'O<sub>2</sub> si nécessaire



2

- Demander à la victime de vider autant que possible l'air contenu dans ses poumons



3

- Mettre les lèvres de la victime tout autour de l'embout buccal du pulvérisateur



5

- Faire comprimer le pulvérisateur tout en inspirant lentement, profondément et le plus longtemps possible



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.

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

Replacer le masque d'inhalation si nécessaire

Référentiel technique SUAP

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



1

- Se munir du ou des pulvérisateurs (voir explication ci-dessous)



2

- Tenir le pulvérisateur délicatement entre les doigts et le pouce sans appuyer sur le piston



3

- Placez l'embout du pulvérisateur complètement dans la narine de la victime en direction de la paroi nasale (*aile du nez*) à l'opposé de la cloison.
- Ensuite appuyer fermement sur le piston pour délivrer le médicament
- Renouveler cette opération dans l'autre narine si indiqué



Suivant la notice du fabricant, le médicament peut-être composé de 2 pulvérisateurs, (1 par narine) équivalent à une dose.

1 pulvérisateur  
= 1/2 dose = 1 narine



=



1 dose  
= 2 pulvérisateurs  
= 2 narines



=



1 dose supplémentaire  
= 2 pulvérisateurs supplémentaires



=



## Utilisation d'une seringue auto-injectable



1

- Retirer les dispositifs de protection de l'auto-injecteur



2

- Placer l'extrémité de l'auto-injecteur contre la face externe de la cuisse, à égale distance de la hanche et du genou
- Le maintenir fermement perpendiculairement à la cuisse



3

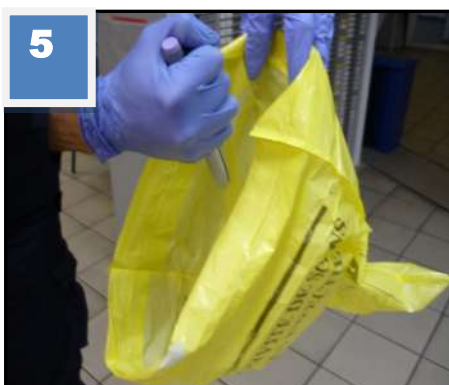
Laisser en position 10 secondes

- Presser le bouton déclencheur
- Injecter complètement la dose, en laissant le dispositif en position pendant 10 secondes, avant de le retirer



4

- Masser légèrement le site d'injection



5

- Placer l'auto-injecteur dans un conteneur de recueil de DASRI



**Une seule injection est nécessaire, il convient de ne jamais la renouveler, sauf à la demande express d'un médecin**  
**Si nécessaire, l'injection peut être faite au travers du tissu d'un vêtement si celui-ci n'est pas très épais**

**R**

Risques?

- Peut entraîner des **effets secondaires** dont l'apparition impose la transmission d'un nouveau bilan pour avis médical
- S'assurer de la date de péremption inscrite** clairement sur la boîte ou le flacon (en son absence ou si périmé ne pas administrer)
- Utilisation DAI:** contrôler la limpidité et en cas de troubles, particules et/ou coloration, ne pas utiliser.
- Risque AEV** avec aiguille DAI

**E**

Efficacité?

- L'administration est conforme à la prescription médicale et améliore l'état de la victime
- Toute administration et réaction au médicament sont relevées et notifiées par écrit sur la fiche d'intervention

## GESTES DE SOINS

## Application de froid

N° 5.3

Chez une victime consciente qui présente:

Q

Quand?

- Un **traumatisme de membre** y compris des articulations, en l'absence de plaie
- **Piqûre d'insecte**
- Une **hyperthermie**

P

Pourquoi?

- **Permet d'atténuer la douleur et de limiter le gonflement ou de diminuer la température**

A

Avec quoi?

- De **l'eau mélangée à de la glace** ( en cube ou pilée)
- Des **compresses chimiques froides**

C

Comment?

## En utilisant de l'eau et de la glace

1



- Remplir d'eau un sachet plastique ou une vessie de glace et y ajouter des glaçons, de la glace pilée ou de la neige
- Chasser l'air en excédent et fermer hermétiquement la poche

2



- Envelopper la poche dans un linge (serviette, torchon) et l'appliquer sur la zone concernée



**L'air est un excellent isolant. C'est pourquoi, il convient de le chasser du sac contenant la source de froid afin d'en améliorer l'efficacité**

## Référentiel technique SUAP

## En utilisant une compresse chimique



- 1
- Casser la bulle à l'intérieur du sachet en pressant avec force des 2 mains
  - Agiter le sachet pour mélanger le contenu



- 2
- Envelopper la poche dans un linge (serviette, torchon) et l'appliquer sur la zone concernée



La poche de froid provoque un froid inférieur à  $-4^{\circ}$  pendant environ 30 minutes

R

Risques?

- Proscrit chez une victime ayant perdu connaissance ou sur une plaie, brûlure
- Peut provoquer des réactions cutanées comme des rougeurs ou pâleur intense, l'apparition de petites cloques ou des gelures caractérisées par une peau « cartonnée » quand on la touche. **Si tel est le cas, interrompre**
- Ne pas casser la poche de froid ni déverser son contenu. Il tache et est nuisible si ingéré

E

Efficacité?

- Entraîne une diminution de la douleur et du gonflement sans provoquer de désagrément pour la victime

## GESTES DE SOINS

### Maintien d'un pansement avec bandage

N° 5.4

**Q**

Quand?

- Face à une **victime présentant une plaie** afin d'assurer le maintien d'un pansement non compressif

**P**

Pourquoi?

- Limiter le risque infectieux
- Protéger des souillures extérieures

**A**

Avec quoi?

- Un **équipier secouriste** équipé de gants à usage unique
- Des **compresses stériles**
- 1 **bandes cohésives**

**C**

Comment?



L'équipier secouriste se lave les mains avec de l'eau et du savon ou du gel hydro-alcoolique, puis enfile des gants à usage unique. Une fois la plaie nettoyée, (voir fiche technique n°5.5), la protéger par une ou des compresses stériles sèches, en veillant à recouvrir entièrement la plaie.

### Bandage suite atteinte d'un membre

1



- Au premier tour, placer le bandage en diagonale.
- Effectuer au moins un tour pour stabiliser le tout

2



- Rabattre la pointe du pansement vers l'intérieur pour empêcher le déroulement du bandage simplement en le tirant

3



- Couvrir largement les compresses et la plaie, puis fixer la bande soit par un morceau de ruban adhésif, soit en coinçant l'extrémité de la bande sous les tours précédents au contact de la peau



**Le bandage doit largement dépasser les dimensions du pansement**

## Référentiel technique SUAP

**Bandage d'une main**

1



- Au premier tour, placer le bandage en diagonale.
- Effectuer au moins un tour pour stabiliser le tout

2



- Rabattre la pointe de la bande vers l'intérieur pour empêcher le déroulement du bandage simplement en le tirant

3



- Continuer à enrouler le bandage en contournant le pouce pour maximiser la solidité.
- Rabattre la pointe vers l'intérieur pour empêcher le déroulement

**Bandage d'un pied**

1



- Au premier tour, placer le bandage en diagonale.
- Effectuer au moins un tour pour stabiliser le tout

2



- Rabattre la pointe de la bande vers l'intérieur pour empêcher le déroulement du bandage simplement en le tirant

3



- Continuer à enrouler le bandage en contournant le talon pour maximiser la solidité.

4



- Revenir vers le bas pour croiser le bandage

5



- Terminer le bandage au point de départ près des extrémités

6



- Après avoir rabattu la pointe, fixer le tout avec du ruban adhésif si nécessaire

## Référentiel technique SUAP

## Bandage de tête



1

- Dérouler la bande autour de la tête de la victime et faire 2 ou 3 tours



2

- Pour limiter le déplacement et en cas de plaie du cuir chevelu, passer la bande sous le menton



3

- Terminer le bandage en rabattant la pointe et fixer le tout avec du ruban adhésif si nécessaire



Un bandage trop serré est susceptible d'interrompre la vascularisation d'un membre par effet « garrot ». Le sauveteur doit contrôler la circulation du membre en dessous du bandage (pouls, aspect de la peau).

R

## Risques?

- Ne doit **jamais** être **directement posé** sur la plaie
- Ne doit **pas déplacer** le pansement lors de sa mise en place
- Doit largement dépasser les dimensions du pansement
- **Ne pas réaliser le bandage d'une plaie à la tête** sur une victime suspecte d'un traumatisme du rachis allongée
- **Effet garrot possible** : surveiller attentivement l'apparition progressive d'une douleur diffuse ou d'un saignement et de contrôler la circulation du membre en dessous du pansement ( pouls, TRC, aspect de la peau)

E

## Efficacité?

- Maintien du pansement sans entraver la circulation en aval
- Aucune douleur n'apparaît
- Recouvre entièrement la plaie

NB: Les photos ont été réalisées avec des bandes nylex. Cependant la technique de bandages reste identique avec les bandes cohésives.



## GESTES DE SOINS

## Réalisation d'un pansement

N° 5.5

Q

Quand?

Chez une victime présentant une plaie, pour protéger cette plaie, après son nettoyage et éventuellement sa désinfection.

P

Pourquoi?

- En protégeant la plaie des souillures, le pansement limite le **risque d'infection secondaire**

A

Avec quoi?

- 1 **équipier secouriste**
- **compresses ou des pansements de types « américains »** suivant l'étendu de la plaie.
- **Antiseptique (Dakin)**, eau et savon
- **Gants à usage unique**

C

Comment?

## Désinfection de plaie



L'équipier secouriste se lave les mains avec de l'eau et du savon ou une solution hydro-alcoolique et se protège par le port de gants

1



- Ouvrir le paquet de compresses en veillant à ne pas toucher le centre des compresses

2



- Imbiber les compresses avec la solution antiseptique sans que le flacon ne les touches

3



- Saisir les 4 angles de la compresses, les regrouper, afin d'obtenir une zone imbibée et non contaminée
- Nettoyer avec douceur, du centre vers la périphérie pour ne pas faire saigner ou faire pénétrer des corps étrangers
- Si nécessaire utiliser plusieurs compresses

## Référentiel technique SUAP

## Nettoyage de plaie



**Si un corps étranger (couteau, outil, morceau de verre...) est inclus dans la plaie, il ne faut jamais le retirer car son retrait ou sa mobilisation peuvent aggraver la lésion et le saignement. Éviter de mettre un pansement qui pourrait mobiliser ce corps étranger.**

- Nettoyer à l'eau courante ou à défaut avec du sérum physiologique ou de l'eau en bouteille

## Pose du pansement



- Ouvrir l'emballage de la compresse sans la déchirer



- Appliquer les compresses sur la plaie et la fixer cf QPACRE 5.4 et 5.6



**Ne jamais toucher avec les doigts, mêmes recouverts de gants, la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie**

R

Risques?

- Une plaie mal nettoyée peut s'infecter et entraîner des complications
- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut conduire à un effet garrot. Aussi, il convient de surveiller attentivement l'apparition progressive d'une douleur diffuse ou d'un saignement et de contrôler la circulation du membre en dessous du pansement (pouls, temps de recoloration cutanée, aspect de la peau).

E

Efficacité?

- La plaie ne présente le minimum de souillures possibles
- La lésion cutanée est entièrement recouverte par le pansement et aucune douleur n'apparaît au niveau de la zone protégée après une dizaine de minutes
- Conseiller de voir un médecin si la plaie devient chaude, rouge, gonflée ou douloureuse dans les 24Heures

## Référentiel technique SUAP

### Les antiseptiques



- L'antiseptique est une **préparation médicamenteuse** qui a la propriété d'**éliminer ou de tuer les micro-organismes**, ou d'**inactiver les virus** présents dans les tissus vivants (peau, muqueuses, plaies).
- Un antiseptique doit **être utilisé seul**, en liquide ou en spray, peu allergisant et peu irritant.
- Le secouriste doit se conformer aux règles d'utilisation préconisées par le fabricant, **contrôler la date de péremption** et **contrôler la date d'ouverture** du flacon normalement inscrite dessus par le premier utilisateur. Il faut préférer lorsque cela est possible, les doses à usage unique.

### Le tétanos

#### Qu'est-ce que c'est ?

Le tétanos est une maladie infectieuse causée par une bactérie, le bacille de Nicolaïer, présente particulièrement dans la terre, les objets rouillés et dans les selles animales. Le germe produit une toxine qui agit sur les nerfs contrôlant l'activité musculaire. Environ 500 000 personnes par an, sont atteintes de tétanos dans le monde, dont moins de 10 cas en France et ce, grâce à une campagne de vaccination efficace.

#### Quelles sont les causes ?

La bactérie peut infecter le corps lorsqu'elle est en contact avec une plaie, profonde ou superficielle. Dans les pays en développement, le tétanos atteint fréquemment les nouveaux-nés par contamination du moignon ombilical. En effet, il est de coutume dans certains pays de mettre de la terre sur le moignon du cordon, ainsi, si la mère n'a pas été vaccinée et qu'elle n'a donc pas pu transmettre ses propres anticorps, le nouveau-né est exposé à l'infection.

#### Quels sont les signes?

La toxine fabriquée par le bacille du tétanos agit sur les muscles et provoque des contractions durables et douloureuses appelées contractures. Après une incubation de 3 à 30 jours, le premier signe, très évocateur, est une contraction involontaire et très douloureuse des muscles de la mâchoire : c'est le trismus. Lorsque le tétanos se généralise, le trismus s'accompagne de la contracture, également permanente, des muscles du cou, puis du tronc. Cette contracture peut être très intense et très douloureuse. Elle entraîne une posture assez caractéristique comme celle du tronc en arc de cercle. L'asphyxie peut parfois survenir soit par spasmes du larynx, soit par blocage de la cage thoracique.

#### Comment prévenir ?

La vaccination est obligatoire en France chez l'enfant et assure une prévention complète et efficace si elle est bien réalisée : 3 injections à 1 mois d'intervalle avec rappel 1 an après, puis tous les 10 ans, sauf contre-indication.





## GESTES DE SOINS

N° 5.6

### Utilisation d'un lot membre sectionné ou arraché

Q

Quand?

- Pour **envelopper un membre amputé ou déchiré** et permettre son acheminement avec la victime vers l'hôpital, généralement un doigt

P

Pourquoi?

- 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

A

Avec quoi?

Le lot membre arraché ou sectionné est composé de:

- 1 **sac isotherme** doublé de l'intérieur d'une poche de plastique étanche destinée à recevoir le membre amputé
- 1 **poche de froid** à mettre à l'intérieur du sac isotherme, côté poche plastique étanche
- 1 **champ stérile** 38cm \* 45cm
- 1 **pansement hydromousse silicone** 12,5 \* 12,5 cm
- 1 **pansement hydromousse silicone** 6 \* 8,5 cm



C

Comment?

### Prise en compte du membre sectionné

1



- Enfiler des gants à usage unique
- Demander à une aide d'ouvrir le paquet du champ stérile, sans le toucher ;
- Saisir le champ stérile

2



- envelopper le membre amputé dans le champ stérile ( Ni antiseptique, ni sérum physiologique)
- Penser à récupérer **tous les morceaux** si possible

3



- placer le tout à l'intérieur du sac plastique du sac isotherme et re-fermer cette poche à l'aide du zip

## Référentiel technique SUAP



4

- activer le sac réfrigérant
- placer le sac réfrigérant à l'intérieur du sac isotherme entre sa face interne et le sac plastique comprenant le membre amputé (pas de contact direct avec le froid)



5

- maintenir le sac isotherme fermé à l'aide du morceau de ruban adhésif
- écrire sur le sac le nom de la victime et l'heure de survenue de l'amputation.

## Mise en place du pansement hydromousse silicone « mepilex »

### Quand?

- Section de doigt
- Plaie à la main avec déchirures

### Pourquoi?

- Limiter le risque infectieux
- Garantir un retrait atraumatique pour la plaie et indolore pour le tissu sain environnant
- Maintenir un milieu humide optimal pour la cicatrisation en drainant verticalement les liquides dans la mousse



**PAS DE  
DAKIN!!!!!!**



1

- Retirer les films protecteurs



2

- Appliquer la face adhésive sur la plaie
- Si possible, faire déborder le pansement



3

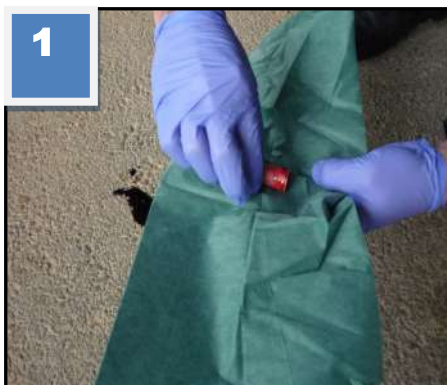
- Fixer avec une bande Nylex, ou une bande cohésive

## Référentiel technique SUAP



Si saignement important, utiliser le pansement hydromousse sur la plaie recouvert d'un CHU ou du pansement compressif

## En l'absence de lot membre arraché ou sectionné



- 1
- Reprendre à l'étape 1 précédente
  - envelopper le membre amputé dans le champ stérile



- 2
- Placer l'ensemble dans un sac plastique



- 3
- Déposer ce sac et un autre sac plastique contenant de l'eau et de la glace dans un container ou un 3eme sac permettant le transport

## R

## Risques?

- Il ne faut pas mettre le membre amputé **directement en contact avec la glace** ; **risque de gelures** qui pourraient compromettre la réussite de l'implantation.
- Pas d'antiseptique
- Reconditionnement par les utilisateurs proscrit

## E

## Efficacité?

- Le membre sectionné est correctement conditionné pour le transport
- Utilisation dans les bonnes préconisations: pas de pansement hydromousse sur des plaies autres que membres sectionnés ou déchirures de la mains
- Retourner le kit utilisé avec sa feuille d'inventaire numérotée, via navette départementale, à la pharmacie départementale
- Vérifier les dates de péremption



## GESTES DE SOINS

N° 5.7

### Utilisation d'un kit accouchement

Q

Quand?

- **En phase d'expulsion** lors d'un accouchement
- Si nécessité de **couper le cordon** :
  - ⇒ En cas de **gestes de secours à réaliser** sur la mère ou le nouveau-né
  - ⇒ Si **cordon circulaire** (autour du cou du nouveau-né) gênant l'expulsion
  - ⇒ Si le **cordon est trop court** et empêche le positionnement de l'enfant sur le ventre de la mère

P

Pourquoi?

- **Protéger l'intervenant** (utilisation des lunettes de protection)
- **Sécher** le nouveau-né et le protéger du froid
- **Faciliter l'expulsion**
- **Clamper et couper** le cordon si nécessaire
- **Aspirer** les voies aériennes nouveau-né si nécessaire

A

Avec quoi?

#### Le kit accouchement est composé de :

- Lunettes de protection
- Aspirateur de mucosités pédiatrique
- Champs absorbants pour sécher le nouveau-né + bonnet en jersey (pour éviter la déperdition de chaleur)
- 2 pinces de Kocher **clamper le cordon avant expulsion** si circulaire du cordon
- 2 clamps de Barr pour **clamper le cordon après expulsion**
- Ciseaux coupe-cordon



C

Comment?

### Section du cordon ombilical après expulsion

#### Dans quel cas ?

- Si nécessité de réaliser un **geste de secours** sur la mère ou l'enfant



Poser un clamp de Barr à 10 cm de l'ombilic du nouveau-né et le second à 5 cm



A l'aide des ciseaux, couper le cordon entre les 2 clamps  
Si hygiène déficiente, désinfecter le cordon avant de le couper

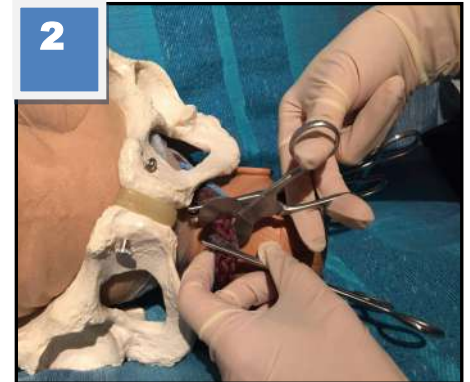
## Section du cordon ombilical avant expulsion

### Dans quel cas ?

- **Circulaire serré du cordon** : le ou les tours de cordon autour du cou du nouveau-né ne sont pas réductibles en le faisant glisser au doigt = l'expulsion ne peut pas se terminer



- Poser les 2 pinces Kocher à 3-4 cm l'une de l'autre pour clamer le cordon



- A l'aide des ciseaux, couper le cordon entre les 2 pinces Kocher afin de libérer le cou du nouveau-né et permettre la fin de l'expulsion

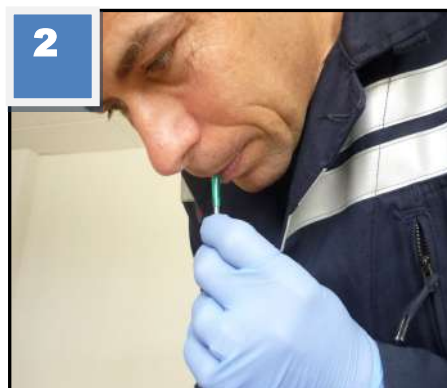
## Aspiration des voies aériennes du nouveau-né



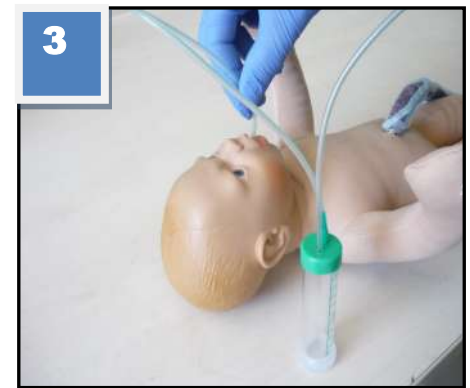
L'aspiration des voies aériennes du nouveau-né ne doit pas être systématique. Sa respiration peut être bruyante les 1eres minutes voire gênée.  
La présence de sécrétions est normale à ce moment.



- Essuyer délicatement l'intérieur de la bouche du nouveau-né à l'aide d'une compresse placée autour de l'index du secouriste



- En cas de persistance ou de gêne importante, procéder à l'aspiration à l'aide de l'aspirateur de mucosités pédiatrique  
⇒ Positionner l'embout vert de la sonde fixe dans la bouche du secouriste



- Positionner la seconde sonde **uniquement** dans la bouche du nouveau né
  - Aspirer délicatement
- Une 3ème sonde plus petite est disponible dans le kit

## Référentiel technique SUAP

**R****Risques?**

- Risque de contamination par des liquides biologiques dû à une utilisation non conforme du kit
- Risque de blessures si utilisation de matériel autre que celui présent dans le kit
- Risque d'hypothermie du nouveau-né si absence de séchage et de réchauffement
- Ne pas toucher le nouveau-né se présentant en siège : risque de réflexe provoquant l'inhalation de liquide dans ses poumons

**E****Efficacité?**

- Libération des voies aériennes du nouveau-né
- Section du cordon permettant la fin de l'expulsion et la prise en charge du nouveau-né et de sa mère
- Bonne coloration du nouveau-né
- Port des EPI (gants, masques, lunettes) pour protection contre la projection de liquides.



## GESTES DE SOINS

## Protéger du froid une victime indemne

N° 5.8

Q

Quand?

Chez une victime Indemne lors d'une intervention présentant:

- des **conditions météorologiques défavorables**: froid majoré par le vent, pluie, neige...
- Des **situations à multiples victimes**

P

Pourquoi?

- Pour conserver une **normo-thermie**: environ **37°C**
- Pour **assurer un confort** à la victime
- Pour **identifier et dénombrer** rapidement les victimes pris en compte par secouristes lors de plan NOVI.

A

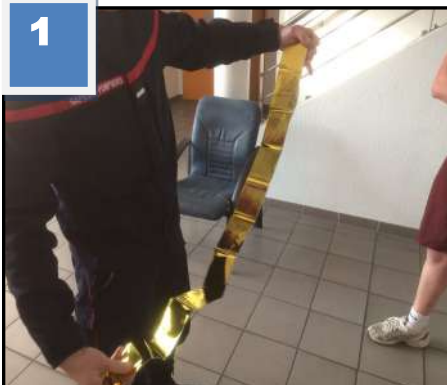
Avec quoi?

- **1 couverture isotherme**

C

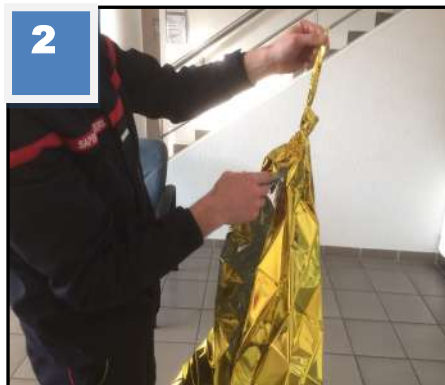
## Comment?

1



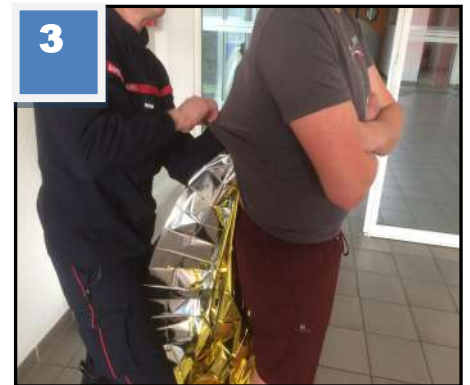
Déplier la couverture de survie.

2



Faire un nœud à l'une des extrémités

3



Passer la couverture dans le dos de la victime, au plus près de la peau

4



Envelopper le crâne de la victime en formant une « capuche » (rabattre le nœud dans la capuche), limitant ainsi la perte de chaleur de la tête.

5



Rabattre les 2 côtés de la couverture sur le tronc de la victime au plus près de la peau, limitant ainsi la perte de chaleur des organes vitaux.

6



Ramener l'arrière entre les jambes formant une « culotte », limitant ainsi la perte de chaleur des axes vasculaires fémoraux.

## Référentiel technique SUAP

7



La victime est protégée.

**R****Risques?**

- **Perte de vigilance de la victime:** diminution de l'audition par le bruit de froissement de la couverture
- Ne pas utiliser **sous un orage**

**E****Efficacité?**

- Sensation de réchauffement de la victime
- Disparition des signes de lutte contre l'hypothermie ( frisson, sensation de froid...)

# Partie 6

# Gestes d'examen



## GESTES D'EXAMEN

### Gestes complémentaires d'examen

N° 6.1

**Q**

Quand?

- Après avoir réalisé le **bilan d'urgence vital**
- Au cours du **bilan complémentaire**, après l'interrogatoire de la victime, le secouriste **recherche des signes secondaires**.

**P**

Pourquoi?

L'examen complémentaire repose sur la **recherche des signes secondaires** 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

**A**

Avec quoi?

1 **thermomètre tympanique**

**C**

Comment?

### Victime de malaise ou de maladie

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'acronyme anglais **FAST** pour **Face** (visage), **Arm** ( bras), **Speech** ( parole) et **Time** (temps) nous permet une prise en charge efficiente

### FACE : Anomalie de l'expression faciale

Demander à la victime de sourire ou de montrer les dents

Normal

Anormal

**F**

Comme....



Les 2 côtés du visage bougent symétriquement



Un des 2 côtés du visage ne suit pas l'autre dans ses mouvements

Référentiel technique SUAP

**Arm (bras) : 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

**A**

Comme....

Normal



Les 2 bras bougent et s'élèvent symétriquement et aucun des 2 bras ne s'abaisse

Anormal



Un des 2 bras bouge ou ne s'élève pas suffisamment ou chute progressivement

**Speech (parole) : Anomalie de la parole**

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

**S**

Comme....

Normal



La victime répète les mêmes mots à un rythme normal

Anormal



La victime ne répète pas les mêmes mots ou est incapable de parler

**Time (temps) : durée des troubles ressenties**

Comme.... Elle est recherchée en interrogeant la victime et l'entourage du commencement et de la durée des troubles

**T**



**Température : mesure de la température**

Comme....



Elle est recherchée lorsque, lors du bilan d'urgence vitale, une anomalie de la température de la victime ( anormalement chaude ou froide ) est suspectée. Cf fiche technique « thermomètre tympanique »

## Référentiel technique SUAP

**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** (ecchymoses)
- ⇒ **des gonflements** (hématomes, œdèmes)
- ⇒ **des déformations**
- ⇒ **des plaies et leurs aspects**: écorchure, 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 manifestation localisée (faux mouvement, chute de faible hauteur).

Cette recherche est étendue sur la totalité du corps de la victime 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 :

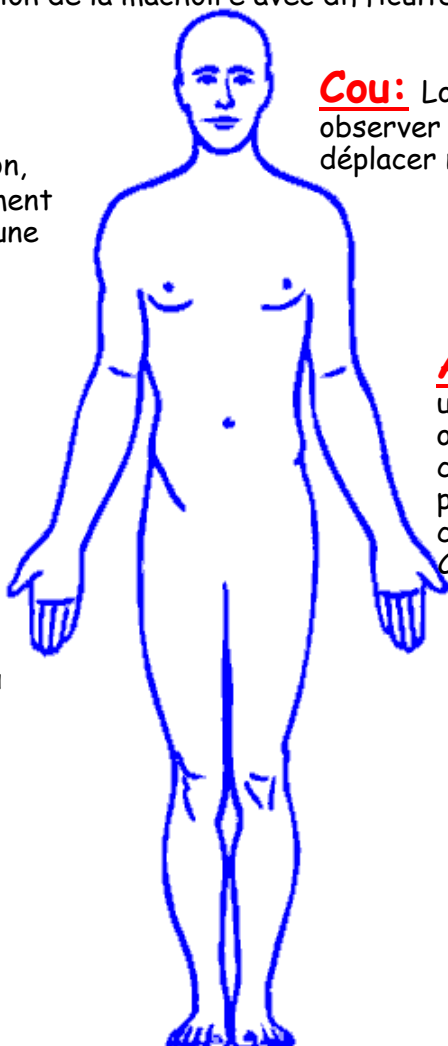
**Tête**: passer les mains dans les cheveux à la recherche d'un saignement, repérer un écoulement par le nez ou les oreilles, examiner les pupilles, l'aspect de la face (hématome autour des yeux). Rechercher aussi une déformation de la mâchoire avec difficulté à parler

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

**Cou**: Lors de la mise en place du collier cervical, observer et passer les mains sous la nuque sans déplacer ni surélever la tête.

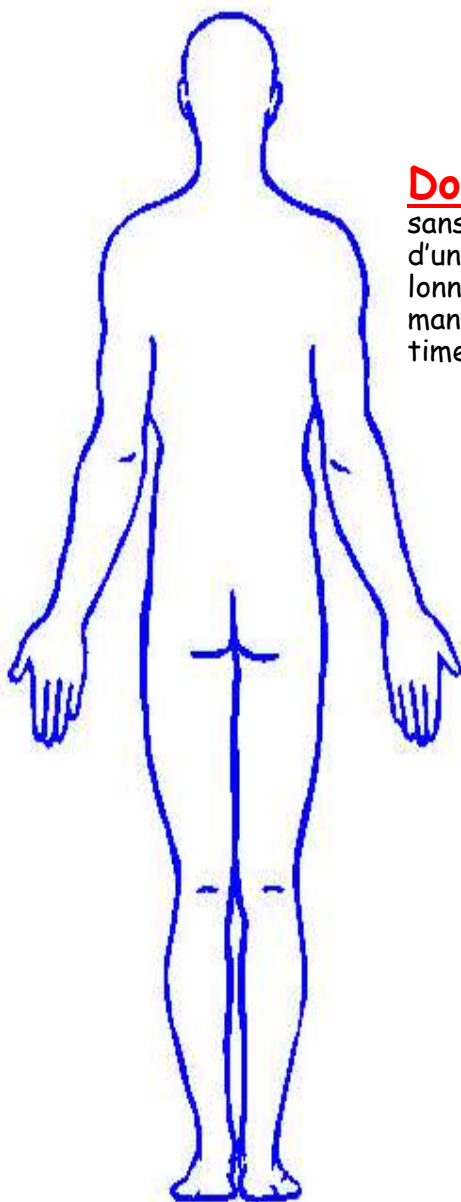
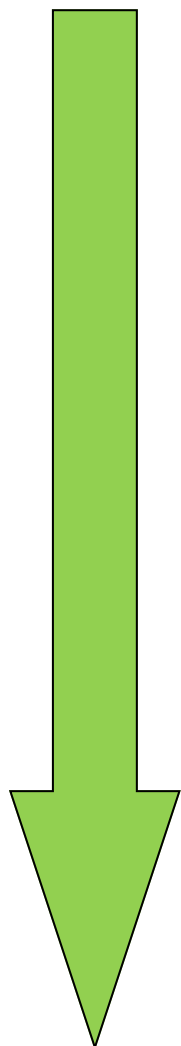
**Bassin**: L'examen du bassin est réalisé comme pour le dos de la victime par le secouriste en évitant toute mobilisation et en appuyant délicatement sur la partie antérieure du bassin à la recherche d'une douleur provoquée.  
Noter la présence de tâches de sang sur les sous-vêtements qui peut faire suspecter un traumatisme des organes génitaux ou urinaire

**Abdomen**: Il faut alors rechercher une contusion, une plaie, un durcissement ou un douleur de l'abdomen (parfois accompagnée d'une sortie de l'intestin). Apprécier le soulèvement de l'abdomen à chaque inspiration  
Cf FT « Palpation abdomen »



Référentiel technique SUAP

De la tête



**Dos:** Pour cela glisser les mains sous la victime sans la mobiliser et sans la déplacer à la recherche d'un saignement. Ne pas chercher à palper la colonne vertébrale. Le secouriste peut profiter d'une manœuvre de relevage ou du déplacement de la victime pour faire cette recherche.

**Membres inférieurs et supérieurs**

Il faut réaliser un examen systématique de chaque membre pour identifier les lésions. Retirer les chaussures et les chaussettes si possibles.

Si un membre est traumatisé (douleur, gonflement, déformation):

- ⇒ 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.

Au pieds



**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.

**R**

Risques?

- Les gestes d'examen du bilan complémentaire doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement et ne jamais aggraver l'état de la victime.
- En présence d'une victime suspecte d'un traumatisme du rachis, un secouriste doit maintenir la tête de la victime, pendant qu'un autre poursuit l'examen, jusqu'à ce qu'un collier cervical soit placé

**E**

Efficacité?

- Identifier les signes secondaires
- Evaluation de la gravité d'une maladie ou d'un malaise
- Evaluation de risques de complication

## GESTES D' EXAMEN

## Interrogatoire de la victime

N° 6.2

Q

Quand?

- Après avoir réalisé le **bilan d'urgence vitale**
- Au cours du bilan complémentaire, le secouriste interroge **la victime et son entourage**

P

Pourquoi?

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

A

Avec quoi?

1 équipier secouriste

C

Comment?

## 1. ANALYSE DES PLAINTES

P

Comme....



## PROVOQUE PAR?

Circonstances de survenue ou facteur déclenchant

- Il s'agit de déterminer les circonstances dans lesquelles apparaît ou est apparu le trouble ressenti. La connaissance du facteur déclenchant peut aider à déterminer la cause et la gravité du malaise

Q

Comme....

## QUALITE ?

Les caractéristiques du trouble ressenti

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



R

Comme....

## REGION ?

La localisation

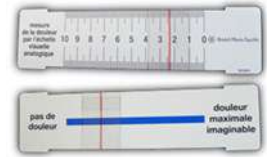
- Il s'agit de la région du corps atteinte, siège de la douleur, mais aussi des endroits où celle-ci diffuse ou irradie



## Référentiel technique SUAP

**S**Comme.... **L'intensité du trouble et son évolution**

Pour faire quantifier la douleur, on utilise une échelle d'évaluation comme l'échelle numérique (EN) ou l'échelle visuelle analogique (EVA)  
Voir fiche technique « Évaluation de la douleur »

**SEVERITE?****T**

Comme....

**La durée**

C'est-à-dire le moment où a commencé la douleur et le temps pendant lequel elle a été ressentie

**TEMPS ?****RECHERCHE DES ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS MEDICAUX****M**

Comme....

**MALADIE?**

Faire préciser à la victime si elle présente une maladie connue ou si elle a déjà présenté des malaises

**H**

Comme....

**HOSPITALISATION?**

- Faire préciser à la victime si elle a été hospitalisée soit dans le cadre d'une maladie connue ou de ses malaises, soit récemment.
- Il importe de connaître la durée ainsi que ce qui a été diagnostiqué à la victime

**T**

Comme....

**TRAITEMENT ?**

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

**A**

Comme....

**ALLERGIE?**

Faire préciser à la victime si elle présente une allergie et à quel produit

**R**

Risques?

- Aucun risque particulier

**E**

Efficacité?

- Les moyens mnémotechniques **PQRST** et **MHTA** sont utilisés afin de réaliser l'interrogatoire de la victime

## GESTES D'EXAMEN

## La mesure de la pression artérielle

N° 6.3

Q

Quand?

- Chaque fois que possible, lors de **la recherche d'une détresse vitale suite à traumatisme ou maladie**.
- **Valeurs relevées ne sont qu'indicatives**. Seul un médecin peut les interpréter pour lui apporter des indications supplémentaires sur l'état de la victime fonction de paramètres multiples

P

Pourquoi?

- Permet de **relever une élévation de la pression artérielle** (hypertension) ou **sa diminution** (hypotension)
- Consiste à relever **2 valeurs** en millimètres de mercure
  - ⇒ **Pression systolique** : valeur la plus élevée qui mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contraction du cœur
  - ⇒ **Pression diastolique** : valeur la plus basse qui mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors du relâchement du cœur

## Un tensiomètre avec ou sans stéthoscope

A

Avec quoi?

- 1 Un manchon gonflable qui sera placé autour du bras en enlevant tous vêtements épais( taille adulte et enfant)
- 2 Un manomètre qui mesure la contre-pression exercée sur le bras
- 3 Un tuyau relié à une poire qui elle-même est dotée d'une valve dont l'ouverture permet au manchon de se dégonfler progressivement



C

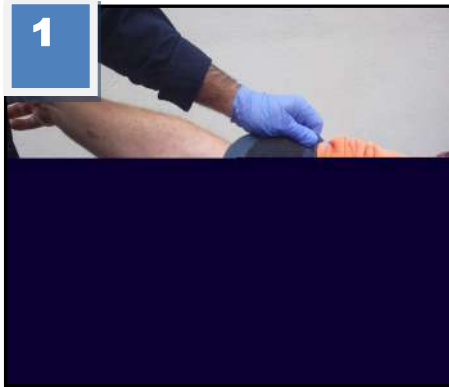
Comment?

## CONDITION DE RÉALISATION

- Dans tous les cas, le brassard doit être **au niveau du cœur**
  - ⇒ **Mesure par auscultation**: préférable chez les victimes de malaises ou à la demande de la régulation médicale. Permet de relever pression systolique et diastolique
  - ⇒ **Mesure par palpation**: à utiliser en cas de traumatismes ou dans une ambiance bruyante. Permet de relever uniquement pression systolique

Référentiel technique SUAP

**Mesure par auscultation**



1 Placer le manchon autour du bras ( accessible et non traumatisé)

Le bord inférieur du brassard doit être placé à 2 cm au moins au dessus du pli du coude



2 Localiser le pouls de l'artère qui passe au niveau de la partie interne du pli du coude avec les doigts



3 Placer le pavillon du stéthoscope sur le trajet de l'artère et le maintenir avec l'index et le majeur.

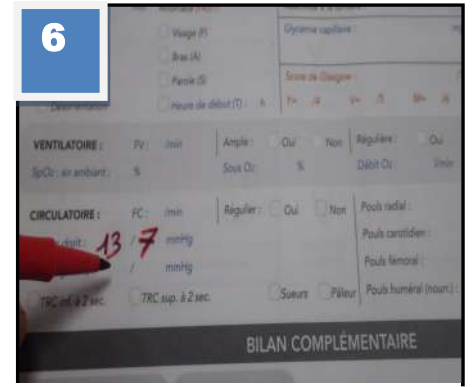
Il se trouve 1 cm au-dessous du bord inférieur du brassard



4 Gonfler doucement en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus entendre le bruit du pouls  
Continuer à gonfler de 30 mm de Hg en plus

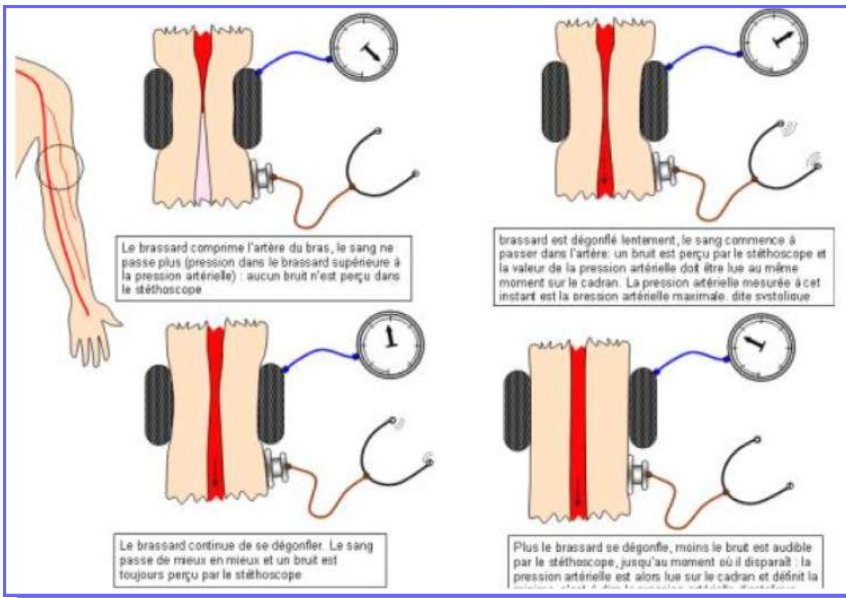


5 Dégonfler doucement en tournant sur la valve de dégonflage  
L'aiguille doit descendre doucement ( de 2 à 3 mm de Hg/s)



6 Noter la valeur indiquée sur la cadran dès que le bruit du pouls est à nouveau audible ( pression systolique)

Continuer à dégonfler et noter à nouveau la valeur lorsque le bruit du pouls disparaît ( pression diastolique)



**Placer les embouts du stéthoscope dans les oreilles en veillant à ce qu'ils pointent vers l'avant. La pression artérielle est indiquée en donnant la pression systolique puis diastolique par ex 120/80**

Référentiel technique SUAP

Mesure par palpation



1 Placer le manchon autour du bras ( accessible et non traumatisé)

Le bord inférieur du brassard doit être placé à 2 cm au moins au dessus du pli du coude



2 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



3 Gonfler doucement en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus percevoir le pouls radial

Continuer à gonfler de 30 mm de Hg en plus après disparition du pouls radial



4 Dégonfler doucement en tournant sur la valve de dégonflage L'aiguille doit descendre doucement ( de 2 à 3 mm de Hg/s)



5 Noter la valeur indiquée sur le cadran dès que le pouls radial est à nouveau perceptible Cela correspond à la pression systolique. Dégonfler totalement le brassard

R

Risques?

- Ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence.
- Difficulté à mesurer la pression artérielle sur une détresse circulatoire
- Risque de **sous ou surestimation** si placé sous ou en dessus du cœur : Brassard qui n'est pas situé au niveau du cœur
- **Dégonfler brassard** si on le laisse en place sur la victime ( pas trop serré et sans gêne)
- Ne pas prendre de pression artérielle sur un **membre traumatisé**

E

Efficacité?

- La mise en place correcte du tensiomètre et la mesure régulière par un secouriste sont les garants de l'efficacité de la technique



## GESTES D'EXAMEN

### La mesure de la saturation pulsatile en O<sub>2</sub>

N° 6.4

Q

Quand?

- **Détresse vitale** (sauf arrêt cardiaque)
- **Gêne respiratoire ou plainte respiratoire**
- **Malaise** ou aggravation d'une maladie
- **Traumatisme** grave ou violent, ou traumatisme thoracique

P

Pourquoi?

Le résultat de la mesure SpO<sub>2</sub> reflète **l'efficacité du transport de l'oxygène** de l'air respiré jusqu'aux capillaires, lieu d'échange avec les cellules

A

Avec quoi?

Un **oxymètre de pouls ou saturomètre** qui comprend:



1

Une unité de mesure dotée, en règle générale, d'un écran de lecture et alimentée par les batteries à usage unique ;

2

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

Il existe aussi des capteurs pédiatriques dans les sacs PSE

C

Comment?

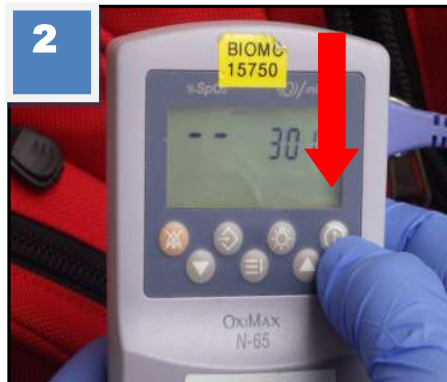
#### Capteur adulte

1



Placer le capteur sur une peau ou un ongle non verni, propre

2



Mettre l'appareil en marche

3



Relever le résultat

2 valeurs s'affichent:

- La saturation pulsatile
- La fréquence du pouls



La SpO<sub>2</sub> est le reflet, exprimé en pourcentage, de la quantité d'o<sub>2</sub> transporté dans le sang. Elle se situe normalement entre 94 et 100%

## Référentiel technique SUAP

**Capteur pédiatrique ( spécificités)**

Face collante pourvue de 2 diodes lumineuses



Coller sur un doigt de manière à ce que les 2 diodes se trouvent au-dessus de l'ongle du doigt choisi.

**R****Risques?****Manque de fiabilité ou inefficace en cas de:**

- Victime agitée
- Tremblements
- Refroidissement des extrémités
- Détresse circulatoire
- Certaines maladies vasculaires

L' **intoxications au CO** peut donner à tort des valeurs rassurantes

La présence de **verniss à ongles** ne permet pas la mesure

**E****Efficacité?**

- Positionner correctement le capteur de lecture de la saturation
- Respecter les recommandations du fabricant ;
- Relever le résultat, le noter sur la fiche bilan et transmettre le résultat à la régulation médicale ;

## GESTES D'EXAMEN

### Mesure de la température corporelle

N° 6.5

Q

Quand?

- Lors du bilan **MARCHE secondaire**
- **Hypo ou hyperthermie** suspectée (bilan circonstanciel), fièvre
- Victime **ayant perdu connaissance**
- Victime **anormalement chaude ou froide**
- **Malaise** après l'effort
- Après des **convulsions**
- **Maux de tête** ou de nuque non traumatiques
- **Troubles du comportement**
- **Aspect de la peau et/ou muqueuses**

P

Pourquoi?

- Permet de **confirmer l'augmentation de la température** (hyperthermie ou fièvre) ou **sa diminution** (hypothermie)
- La **température centrale** est aux alentours de **37°C**
- Une **hypothermie accidentelle** se définit comme une chute involontaire de la température corporelle au dessous de **35°C**.

A

Avec quoi?

Un thermomètre tympanique (avec couvre sonde) ou  
Un thermomètre sans contact infra-rouge ou  
Un thermomètre digital

C

Comment?

#### Thermomètre tympanique

1



Vérifier le conduit de l'oreille de la victime. Il doit être propre et sec et sans traumatisme visible ou douleur de l'oreille.

2



Pousser fermement pour placer un couvre sonde à usage unique sur l'extrémité de la sonde. Cette action démarre le thermomètre

3



Saisir le pavillon de l'oreille et exercer une légère traction vers le haut et vers l'arrière pour redresser le conduit auditif

## Référentiel technique SUAP

4



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 et viser l'œil opposé.

5



Appuyer sur le grand bouton de mesure triangulaire, puis le relâcher

6



Retirer le thermomètre après l'émission des 3 bips annonçant la fin de la prise de température

7



Noter la température affichée à l'écran et la transmettre au médecin régulateur en précisant qu'il s'agit de la température auriculaire

8



Appuyer sur le bouton d'éjection afin de jeter le couvre sonde à la poubelle

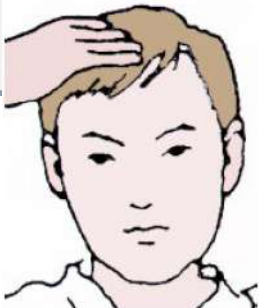
9



Ranger le thermomètre sur sa base

### Thermomètre sans contact infrarouge

1



Préparer la victime en repoussant ses cheveux et en essuyant sa sueur, s'il y a lieu.

2



Positionner le thermomètre à une distance de 3 à 5 cm du milieu du front de la victime.

3



Appuyer sur le bouton de mesure et attendre le bip sonore. Lire le résultat. La température normale en frontal est de **35,8 à 37,8°C** (pas de correction à appliquer)

4

L'arrêt du thermomètre est automatique.

## Référentiel technique SUAP

**Thermomètre digital (utilisé en axillaire)**

1 Mettre un couvre-sonde à usage unique si à disposition puis appuyer sur le bouton marche/arrêt (un bip retentit)



2 Lorsque le thermomètre affiche « °C », le placer **sous l'aisselle** de la victime, directement au contact de la peau.



3 Demander à la victime de plaquer son bras sur le thorax. Après environ 25sec, le thermomètre sonne et affiche la température corporelle (normale sous l'aisselle = **35,2 à 36,7°C**).



4 Eteindre le thermomètre par un appui sur le bouton marche/arrêt, jeter le couvre-sonde si présent et nettoyer avec spray détergent/désinfectant pulvérisé sur une lingette blanche.

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 :

- Une victime d'un **traumatisme auriculaire, crânien**
- Victime dont le **canal auditif est obstrué** par du liquide, des bouchons de cérumen ou tout autre corps étranger.
- Un **nourrisson de moins de 3 mois**, car le diamètre de son conduit auditif est inférieur à celui de la sonde du thermomètre

*Pas de risque particulier pour les autres types de thermomètres*

R

Risques?

- Lors de variations brusques de température ambiante (passage du VSAV à l'environnement extérieur froid), les thermomètres peuvent donner des chiffres erronés.
- Utiliser un couvre sonde (auriculaire) pour chaque victime
- Positionner la sonde (auriculaire) dans le conduit auditif, vers l'avant et en haut
- Positionner le thermomètre (infra-rouge) de 3 à 5 cm du front
- Noter le résultat sur le CR SUAP et le transmettre **EN PRECISANT A CHAQUE FOIS LE TYPE DE PRISE DE TEMPERATURE (axillaire , ...)**

E

Efficacité?

# GESTES D' EXAMEN

N° 6.6

## Kit de l'avant en situation nombreuses victimes « NOVI » ( Prise en charge et dénombrement)

**Q**

Quand?

- Systématiquement lors de **l'activation des dispositions ORSEC NOVI**
- Afin de s'aguerrir à la manipulation de l'outil de dénombrement SINUS
  - ⇒ Nombre de  **blessé ≥ à 5**
  - ⇒ Nombre de **victimes ≥ à 10**, dont 1 blessé ou DCD
  - ⇒ À la demande **du COS**

Permet dans l'attente de moyens en renfort de :

**P**

Pourquoi?

- **Localiser** les victimes et les trier afin de :
  - ⇒ Déterminer les victimes dont **l'état nécessite une action de secours immédiate et rapide** ( garrot, LVA, position d'attente...)
  - ⇒ Déterminer les victimes qui devront être examinées, **prioritairement**, par un **médecin**

### Composition des Kits de l'avant NOVI

**A**

Avec quoi?

#### Kit collectif:

- **10 kits individuels**, destinés aux victimes
- 1 anneau avec **10 bracelets** de dénombrement SINUS
- **2 fiches intermédiaires SINUS** d'aide à la collecte des informations, destiné à l'officier PRV

#### Kit individuel:

- **1 sachet** en plastique transparent, étanche, muni d'une cordelette tour de cou
- **1 fiche cartonnée** en couleur de tri secouriste
- **1 couverture de survie**
- **1 fiche médicale de l'avant**



## Comment?

### Répartition des kits



**1 Kit par VSAV**  
soit 10 victimes



**2 Kit par VL-SSSM**  
soit 20 victimes



**3 Kit par UPMA**  
soit 30 victimes

**30 bracelets SINUS**  
Chef de groupe

## Référentiel technique SUAP

## Notion de victime (selon la doctrine nationale)

# Victime =

**Personne présente** sur le lieu de l'évènement, ayant subi un **dommage physique** ou **psychologique** apparent ou potentiel. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « **décédée** » ou « **blessée** » ou « **impliquée** »



### Blessée

Victime **non décédée**, dont l'état apparent **immédiat** nécessite la prise en charge par les secours. Catégorisée en urgences absolue « UA » ou en urgence relative « UR »



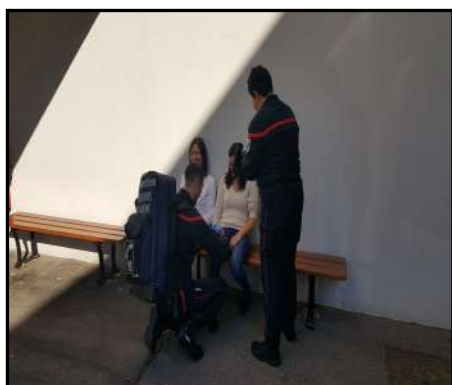
### Impliquée

Victime **non blessée** ayant éventuellement besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique



### Décédée

## Critères de réalisation du tri secouriste



En binôme de 2 secouristes



En réalisant le bilan en  
**moins de 1 minute**



En limitant les gestes de secours aux gestes de survie ( LVA, PLS, arrêt des hémorragie), à une éventuelle installation en position d'attente et à la protection par une couverture de survie

## Référentiel technique SUAP

### Code couleur du repérage secouriste

	Victime qui a perdu connaissance et ne respire pas spontanément après la réalisation d'une LVA ( recouvert par une couverture de survie, tête comprise, et , sauf nécessité, on évite de le déplacer	<b>DCD</b>
	Victime qui présente <b>au moins 1 critère de gravité</b> : ⇒ <b>Troubles de la conscience</b> —nécessité de sécuriser les VA—fréquence respiratoire > 30/min— <b>hémorragie apparente</b> — <b>pouls radial non perçu</b> — <b>TRC &gt; 2 secondes</b> —fréquence cardiaque > 120/min) ⇒ Prioritaire lors de la prise en charge par les équipes médicales	<b>UA</b> <b>Urgence Absolue</b>
	Victime vivante, qui présente une lésion, un traumatisme sans critère de gravité Soins « non-prioritaires » éventuellement temporisés selon le contexte	<b>UR</b> <b>Urgence relative</b>
	Personne présente sur le sinistre, valide qui ne présente pas de lésion, ni de traumatisme, mais qui pour autant peut être impactée psychologiquement	<b>Impliqué</b>

### Mise en œuvre de la fiche couleur de repérage secouriste



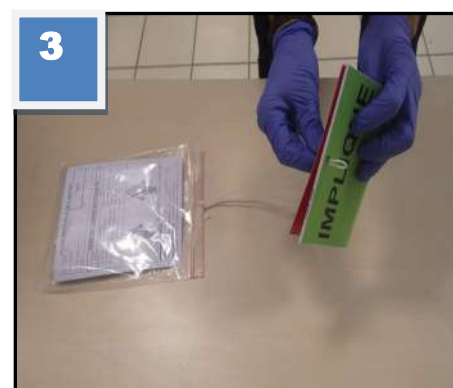
1

Commencer par plier la fiche cartonnée par son milieu ( repère « premier pliage »)



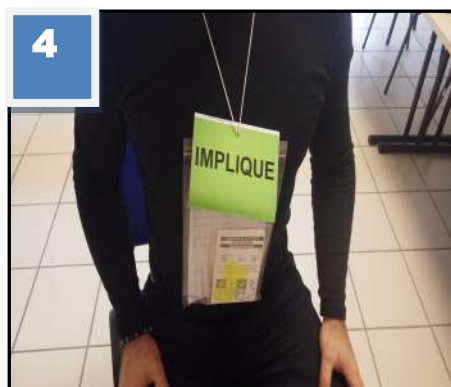
2

Replier la fiche au milieu de la plage de la couleur choisie ( repère « deuxième pliage »)



3

Passer l'extrémité libre de la cordelette (sans la détacher du sachet en plastique) dans les trous de la fiche cartonnée



4

Passer la boucle de la cordelette autour du cou de la victime( de préférence) ou, si impossible, l'attacher solidement à un de ses effets vestimentaires.

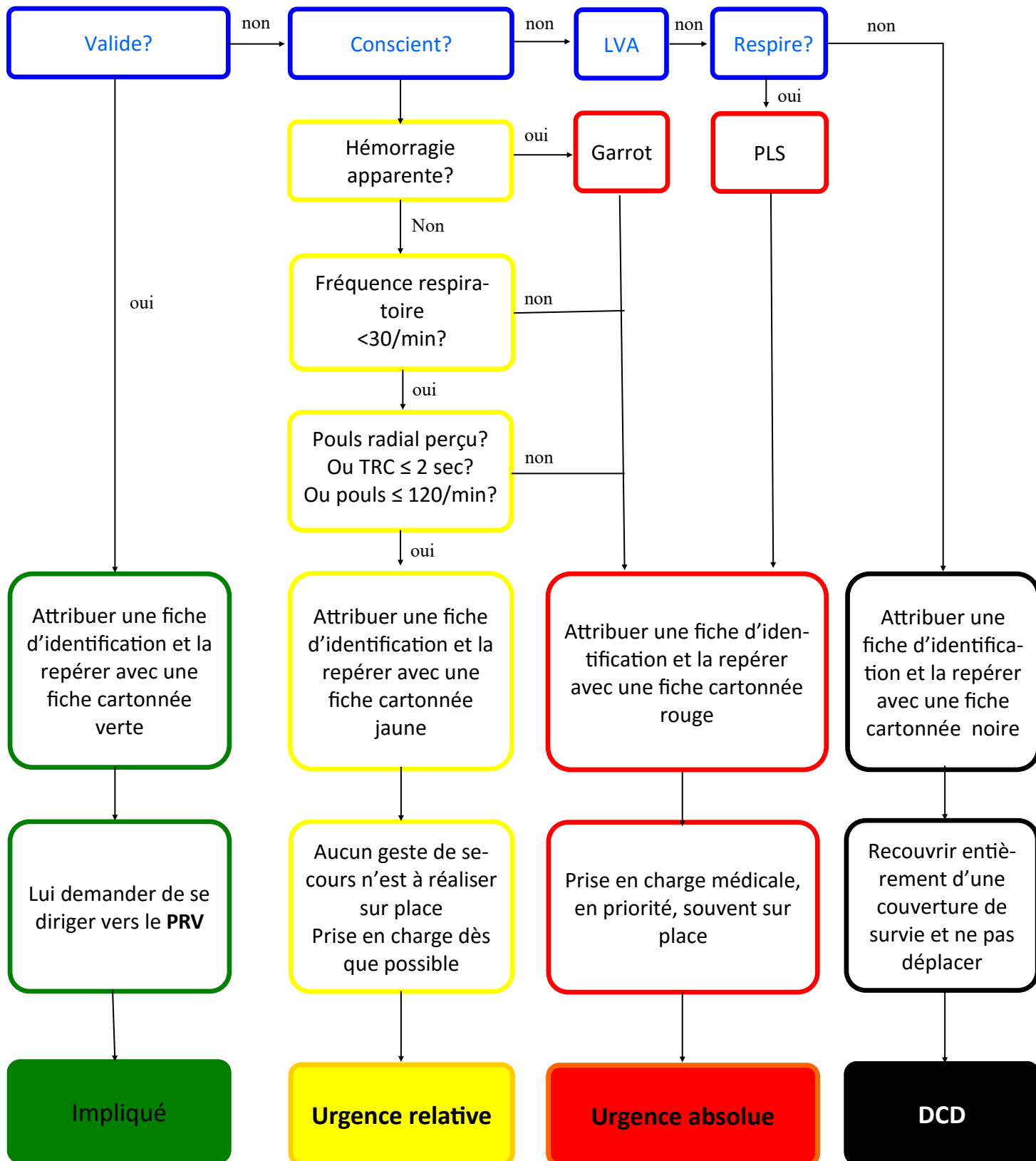


**La fiche couleur de repérage secouriste doit toujours rester bien visible, car elle va guider les équipes secouristes et médicales suivantes dans les priorités de soins et d'évacuation**

**L'état de la victime pouvant rapidement évoluer, la couleur apparente de la fiche devra être rediscutée, et éventuellement modifiée, après chaque nouveau bilan secouriste ou examen médical**

Référentiel technique SUAP

**Arbre décisionnel**



## Référentiel technique SUAP

### Utilisation de la fiche médicale de l'avant

**Le remplissage de la fiche médicale d'identification ne doit en aucun cas retarder les soins apportés à la victime, ni son évacuation!!!!!!**

Elle ne sera donc jamais renseignée par les 1ers binômes de repérages et de mise en conditions de survie, mais par les équipes suivantes, le plus souvent au PRV, et au plus tard au PMA (parfois pendant le transport, en cas d'évacuation directe)

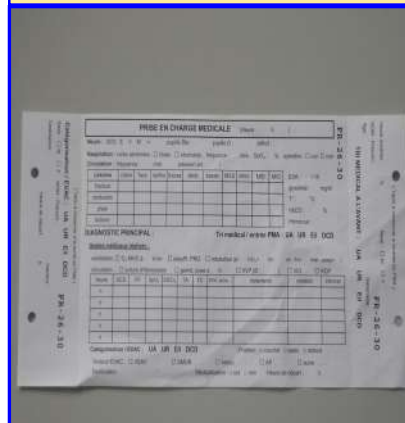
#### RECTO



**Cadre état civil:**  
éléments d'identification et coller une étiquette SINUS

**Cadre prise en charge secouriste:**  
éléments du bilan secouriste initial, gestes réalisés et code couleur

#### VERSO



**Cadre « prise en charge médicale »:** noter les éléments du bilan infirmer ou médical initial, les actes de soins réalisés, la catégorisation de la victime après tri médical (UA-UR-E/I-DCD) et soins et modalités d'évacuation

### Mise en place du bracelet SINUS

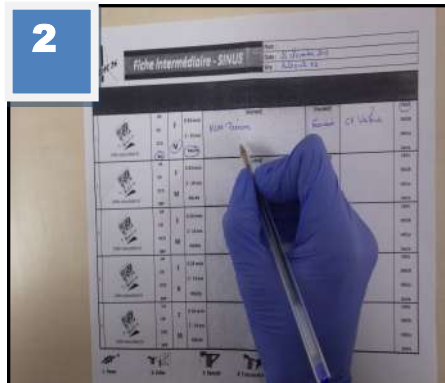
1



**Pose de bracelet**

- Attribution à chaque victime( DCD, blessé, impliqué)
- Bracelet individuel à détacher de l'anneau( terminer l'anneau de 10 avant d'utiliser le suivant)
- Coller le bracelet autour du poignet ou à défaut à la cheville
- la plus rapide possible afin d'anticiper une éventuelle évacuation.
- Dans le cas d'un DCD, poser sur la partie du corps portant la tête

2

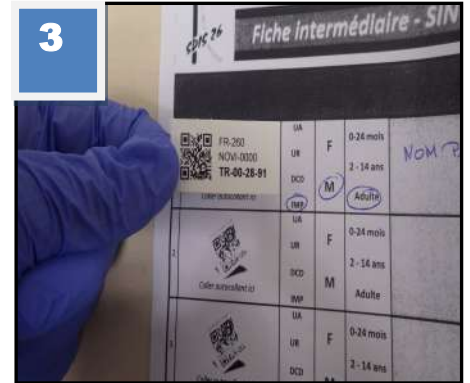


**Fiche intermédiaire**

Préenregistrement a la main possible avant saisie SINUS dans un lieu plus adapté par le chef de groupe du PRV

- ⇒ Panne ARCSINUS
- ⇒ Saisie primo-intervenant sur un PC pas approprié au terrain

3



**Evacuation avant l'arrivée du chef de groupe**

- ⇒ Coller une étiquette SINUS
- ⇒ Noter les renseignements relatifs à la victime sur fiche intermédiaire ( nom, prénom, vecteur d'évacuation et destination)



**Vérifier que la victime ne soit pas déjà équipée de bracelet avant de lui en poser un afin d'éviter les doublons.**

## Référentiel technique SUAP



Le dénombrement concerne les victimes d'attentats ou de crises de toutes natures et n'a pas pour mission d'identifier les victimes. SINUS n'est pas un outil d'identification. Il est réalisé le plus rapidement possible sans perturber l'action des forces de sécurité, du secours à personnes, de l'aide médicale urgente et des services judiciaires.

**R**

Risques?

Aucun

**E**

Efficacité?

Le repérage doit permettre une **tri précoce** de l'ensemble des victimes afin de **prioriser** leur prise en charge en fonction des moyens disponibles

## GESTES D' EXAMEN

## Examiner la fonction neurologique

N° 6.7

Q

Quand?

- Au cours du **bilan d'urgence vitale**
- **Tout au long de la prise en charge** de la victime et particulièrement lors de la surveillance

P

Pourquoi?

L'examen permet de rechercher **une altération de la fonction neurologique**, c'est-à-dire l'existence d'une détresse nerveuse

A

Avec quoi?

1 équipier secouriste

C

Comment?

## PERTE DE CONNAISSANCE



P

Comme....

Perte de connaissance

- Question simple « *comment ca va?* » « *vous m 'entendez?* »
- En l'absence de traumatisme, secoueur doucement les épaules ou prendre la main en demandant « *Ouvrez les yeux, serrez moi les mains* »

Perte de connaissance passagère

- Question simple « *vous souvenez-vous de ce qui s'est passé?* »
- Une amnésie de l'évènement laisse supposer une perte de connaissance qui pourrait être confirmé par l'entourage



**Si la victime ne répond pas, ne réagit pas, elle a perdu connaissance**

## ORIENTATION TEMPS/ESPACE

O

Comme....



Question simple

- « *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, dans le cas contraire, elle est désorientée.**

Référentiel technique SUAP

**MOTRICITE**

**M**

Comme....

Au cours du bilan d'urgence vitale ou après immobilisation d'une suspicion de traumatisme du rachis, demander à la victime

- Remuer les doigts puis les orteils ou les pieds
- Serrer les mains



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

**PUPILLES**

**P**

Comme....



Permet de détecter une détresse neurologique qui peut être liée à un traumatisme crânien, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxication.

Peut être réalisé sur une victime inconsciente

- Se référer à la fiche technique « examen des pupilles »



La constatation de pupille de diamètres différents amène à considérer la victime en détresse neurologique

**GLYCEMIE**

**G**

Comme....

Permet de détecter une détresse neurologique qui peut être liée à un taux de sucre dans le sang anormalement bas. En dessous de 50Mg/dl apparaissent: céphalée, nervosité, anxiété, faim, tremblements. Puis confusion, agitation ou somnolence et perte de connaissance.



**R**

Risques?

L'examen de la fonction neurologique doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement de la victime.

En présence d'une suspicion d'atteinte du rachis, un secouriste maintient la tête en attente d'un collier durant la réalisation de l'examen

**E**

Efficacité?

- Le moyen mnémotechnique **POMPG** est suivi afin d'examiner la fonction nerveuse

## Référentiel technique SUAP

### Lexique:

**Paralyisie**: La **paralyisie** ou **plégie** est l'absence de mouvement d'un ou plusieurs muscles du fait de la lésion des muscles eux-mêmes ou du système nerveux qui permet leur fonctionnement. Quand le phénomène est complet, on parle de paralyisie, quand le phénomène est incomplet, les mouvements ne sont pas absents mais très faibles, on parle de parésie.

**Hémiplégie**: Une **hémiplégie** est une paralyisie d'un hémicorps ( droit ou gauche)

**Tétraplégie**: La **tétraplégie** est une paralyisie des quatre membres causée généralement par une lésion de la moelle épinière

**Paraplégie**: Une **paraplégie** est une paralyisie de la moitié inférieure du corps



## GESTES D'EXAMEN

## Examiner la fonction ventilatoire

N° 6.8

Q

Quand?

- Au cours du **bilan d'urgence vitale** sur victime consciente ou inconsciente après LVA
- **Tout au long de la prise en charge** de la victime et particulièrement lors de la surveillance

P

Pourquoi?

L'examen permet de rechercher une **altération de la fonction respiratoire**, c'est-à-dire l'existence d'une détresse ventilatoire

A

Avec quoi?

1 **équipier secouriste et un saturomètre**

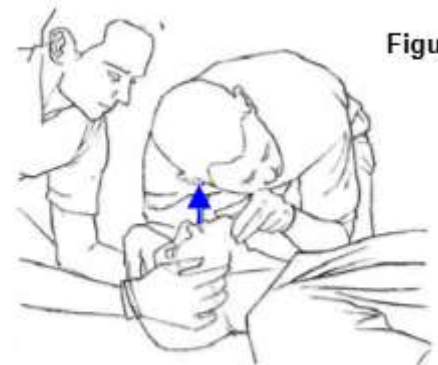
C

Comment?

## 1. RECHERCHER L'ABSENCE DE RESPIRATION

Etape 1:

- 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



Figure

Figures Etape 2:

- Rechercher durant **10 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

Si aucun souffle n'est perçu, aucun son entendu, aucun soulèvement, c'est que la victime ne respire pas. Elle est en Arrêt Cardiaque.



## Référentiel technique SUAP



Néanmoins, dans les 1eres minutes suivant un AC, la victime peut présenter des mouvements respiratoires inefficaces, lents, bruyants et anarchiques appelés « **gasps** ». Ces mouvements ne doivent pas retarder la RCP. En cas de doute, agir comme s'il s'agissait d'un AC.

## 2. EVALUER LA RESPIRATION

- Observer la partie supérieure de l'abdomen ainsi que le thorax. Une respiration normale se fait sans effort et sans difficulté
- Placer une main sur la partie inférieure de son sternum pour vérifier :

### FREQUENCE

C'est-à-dire le nombre de mouvements respiratoires sur 1 minute

# F

Comme....

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

### AMPLITUDE

C'est-à-dire comment l'abdomen et le thorax se soulèvent à chaque respiration

# A

Comme....

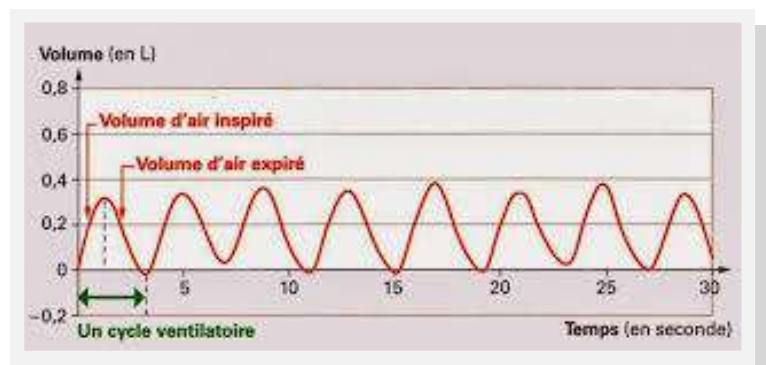
Qualité de la respiration	
Normale	Respiration silencieuse
Superficielle	Mouvement du thorax et de l'abdomen à peine perceptible (difficile à compter)
Difficile	Effort respiratoire, contraction des muscles du haut du thorax et du cou, pincement des ailes du nez chez l'enfant et le nourrisson.
Bruyante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

### REGULARITE

C'est-à-dire l'absence de pause de plus 6 secondes entre les mouvements respiratoires.

# R

Comme....



## Référentiel technique SUAP

## SATURATION PULSATILE EN O2

S

Comme....

L'évaluation de la respiration peut être complétée en mesurant la SpO2 à l'aide de l'oxymètre de pouls

Cf fiche technique « mesure de la saturation en oxygène »

**La SpO2 normale est supérieure à 94 %**

R

Risques?

- Ne pas confondre les gasps avec des mouvements ventilatoire
- Si la victime est inconsciente allongée à plat ventre, effectuer un retournement d'urgence pour apprécier la respiration
- Si la victime présente une détresse respiratoire, la placer en position demi assise avant d'évaluer sa respiration.

E

Efficacité?

- Ne doit pas engendrer de retard dans la réalisation de gestes d'urgence
- Transmission correcte des éléments chiffrés au médecin régulateur
- L'appréciation de la respiration s'effectue sur 10 secondes au plus et son évaluation sur 1 minute

Lexique:

**Dyspnée:** Il s'agit d'une difficulté respiratoire. On distingue 2 types de dyspnée

- ⇒ **Dyspnée inspiratoire:** difficulté à inspirer de l'air dont le tirage est un signe ( creusement des tissus entourant la cage thoracique ou du cou et battement des ailes du nez)
- ⇒ **Dyspnée expiratoire:** difficulté à expirer de l'air. L'asthme provoque typiquement une dyspnée expiratoire

**Bradypnée:** Désigne une ventilation ralentie et peut être due au froid ou une concentration en CO2

**Tachypnée:** Désigne une augmentation de la fréquence respiratoire à volume courant normal

**Polypnée:** contrairement à la tachypnée, la polypnée est une augmentation de la fréquence respiratoire avec diminution du volume courant ( ventilation rapide et superficielle)



## GESTES D'EXAMEN

## Examiner la fonction Circulatoire

N° 6.9

Q

Quand?

- Au cours du **bilan d'urgence vitale** sur victime consciente ou inconsciente
- **Tout au long de la prise en charge** de la victime et particulièrement lors de la surveillance
- **La recherche de pouls n'est pas systématique pour caractériser L'AC.**

P

Pourquoi?

L'examen permet de rechercher une **altération de la circulation** c'est-à-dire l'existence d'une détresse circulatoire

A

Avec quoi?

1 équipier secouriste doté d'une montre à trotteuse et un tensiomètre

C

## Comment?



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 pas plus de 10 secondes). En cas de doute, la victime est considérée en AC et la RCP est débutée immédiatement

## 1. RECHERCHER LE POULS CAROTIDIEN OU HUMERAL

Le pouls carotidien:

Utilisé chez l'enfant et l'adulte, pour identifier une détresse circulatoire et pour compter la fréquence cardiaque si le pouls radial n'est pas perceptible.



Se placer du côté de la carotide qui va être palpée et de maintenir la tête avec l'autre main sur le front



Le rechercher en le palpant entre la pulpe de 2 ou 3 doigts de la main tenant le menton de la victime et le plan osseux profond de la colonne  
Pousser doucement l'extrémité des doigts sur la ligne médiane du cou  
Ramener la main vers soi, la pulpe des doigts restant en contact avec la peau et pousser la pulpe vers la profondeur

## Référentiel technique SUAP

### Le pouls huméral:

- **Chez le nourrisson**, la recherche du pouls se fait au niveau du bras. Elle est pratiquée par le secouriste au cours du bilan ou de la surveillance
  1. Poser la pulpe des doigts sur la face interne du bras, sur la partie moyenne
  2. Rechercher les battements de l'artère



## 2. EVALUER LA CIRCULATION

Pendant 1 minute



Elle est recherchée au niveau du pouls :



**RADIAL:** placer l'index, le majeur et éventuellement l'annulaire sur le trajet de l'artère radiale située sur la face antérieure, dans le prolongement du pouce.



**CAROTIDIEN:** en palpant l'artère carotidienne proche du cœur si le pouls au niveau du poignet est imperceptible



**FEMORAL** palper l'artère fémorale avec 2 ou 3 doigts si l'on ne peut pas prendre le pouls carotidien



**HUMERAL:** face interne du bras chez le nourrisson

Elle permet de déterminer :

## FREQUENCE

C'est-à-dire le nombre de battements cardiaques par minute

**F**

Comme....

Fréquence cardiaque normale	
<b>Adulte</b>	60 à 100 battements par minutes
<b>Enfant</b>	70 à 140 mouvements par minutes
<b>Nourrisson</b>	100 à 160 mouvements par minutes
<b>Nouveau né</b>	120 à 160 mouvements par minutes

## Référentiel technique SUAP

## AMPLITUDE

A

Comme....

C'est-à-dire la facilité à percevoir le pouls. On parle d'amplitude ou de force du pouls

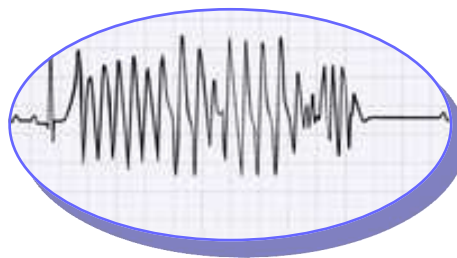


## REGULARITE

B

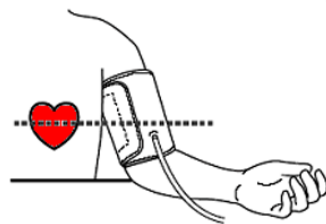
Comme....

La régularité du pouls ou l'absence de pouls



P

Comme



## PRESSION ARTERIELLE

La mesure de la pression artérielle renseigne le secouriste et le médecin sur l'état de circulation de la victime  
Voir fiche technique « la prise de tension »

T

Comme...

## TEMPS DE RECOLORATION CUTANEE

La mesure de temps de recoloration cutanée 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  
Voir fiche technique « mesure du temps de recoloration cutanée »

R

Risques?

- La recherche de pouls ne doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours

E

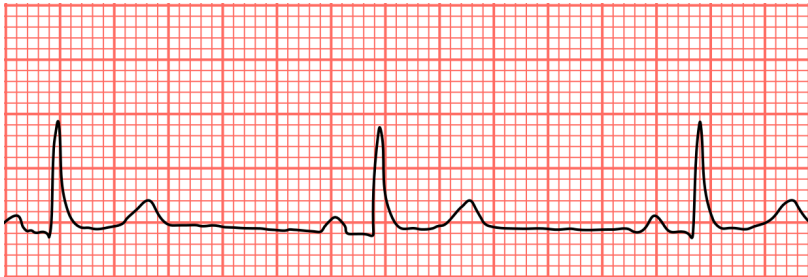
Efficacité?

- Transmission correcte des éléments chiffrés au médecin régulateur
- L'appréciation de la circulation s'effectue sur 10 secondes au plus et son évaluation sur 1 minute

### 3. LES TROUBLES DU RYTHMES OU ARYTHMIE

#### Lexique:

#### Bradycardie :

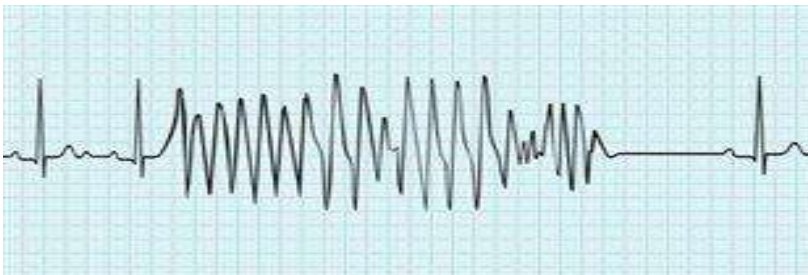


La **bradycardie** (du grec ancien βραδύς / *bradýs* = lent, et καρδία / *kardía* = cœur) se caractérise par un rythme cardiaque trop bas par rapport à la normale. Elle s'oppose à la **tachycardie** (rythme cardiaque trop rapide).

Le sujet peut être totalement asymptomatique (bradycardie découverte lors de la prise du pouls ou de la réalisation d'une électrocardiogramme).

La bradycardie peut également être découverte devant un des signes suivants : asthénie (fatigue de l'organisme) limitation des activités habituelles, malaise, vertige, douleurs thoraciques.

#### Tachycardie :



La **tachycardie** (du grec ancien ταχύς / *takhýs* = rapide, et καρδία / *kardía* = cœur) correspond à un rythme cardiaque plus rapide que la normale.

# GESTES D'EXAMEN

N° 6.10

## La mesure de la glycémie capillaire

**Q**

Quand?

Lors du **bilan d'urgence vitale**, dans les procédures suivantes:

- Des signes qui évoquent un **AVC**
- Un malaise susceptible d'être lié à **une hypoglycémie** (chez un diabétique ou lié à l'effort à jeun)
- Chez une victime présentant **des troubles du comportement** (agitation, prostration, agressivité)
- **Une perte de connaissance**

**P**

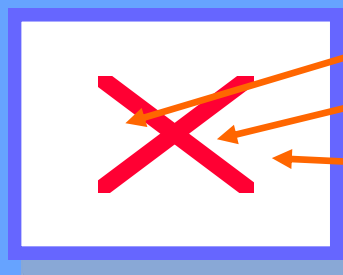
Pourquoi?

Afin de **mesurer le taux de glucose** (sucre) **dans le sang** grâce à un prélèvement sanguin réalisé au bout du doigt = **Glycémie**

**A**

Avec quoi?

### Un lecteur de glycémie



- 1 Un lecteur de glycémie
- 2 Des bandelettes pour recueil de la goutte de sang
- 3 Un autopiqueur à usage unique

**Et également:** Une paire de gants  
Sac DASRI, compresse

Cet appareil mesure les données en **mg/dl** (milligrammes par décilitres) Il est utilisable de **+5°C à +45°C**.

**C**

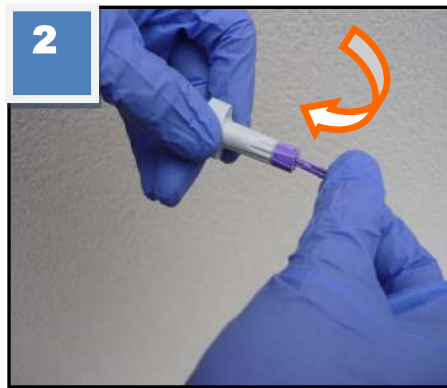
### Comment?



1

Se frictionner les mains (cf 3.2) et mettre ses gants à usage unique

Essuyer la zone de prélèvement (**ne pas utiliser d'antiseptique**). Si besoin, rincer à l'eau pour ôter une éventuelle présence de sucre.



2

Préparer l'autopiqueur

- Enlever la protection
- Et selon le modèle, choisir la profondeur en réglant sur la position souhaitée (selon l'épaisseur estimée de la peau)



3

Introduire la bandelette en veillant au bon sens d'insertion

Vérifier la date de péremption des bandelettes; (Pour le modèle Glucofix, la durée d'utilisation est limitée à **9 mois** après ouverture de la boîte)

## Référentiel technique SUAP



Lors de la première utilisation d'une boîte de bandelettes, noter la date limite d'utilisation

On utilisera de préférence l'appareil de mesure de la victime, sinon l'équipe de secours utilisera le sien



4  
Piquer le bout du doigt sur un côté d'une dernière phalange (Si besoin comprimer en dessus de la zone à ponctionner pour faire affluer le sang )



5  
Mettre la goutte de sang en contact avec le bord de la bandelette et laisser le sang se faire aspirer par capillarité en 1 seule fois



- 6
- Essuyer le doigt au niveau de la zone de prélèvement avec une compresse imprégnée d'antiseptique
  - Lire le chiffre en **mg/dl**, l'écrire



- 7
- L'autopiqueur et la bandelette s'éliminent dans le sac DASRI



8  
En fin d'utilisation, décontaminer l'appareil avec un chiffon imprégné de spray désinfectant

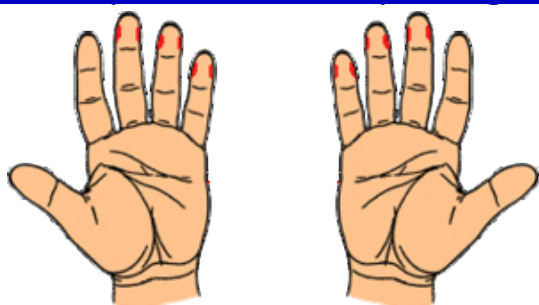
Ranger l'appareil dans sa housse de protection



Si le résultat est  $\leq 60$ mg/dl chez une victime consciente ou si elle demande spontanément du sucre, le secouriste doit lui en faire prendre, puis contrôler la glycémie toutes les 5 min, jusqu'à amélioration de son état.

Si affichage « Hi » : mesure élevée (>600 mg/dl)  
Si affichage « Lo » : mesure basse (<20mg/dl)

### Zone de prélèvement à privilégier



- Dernière phalange des doigts
- De préférence, ne pas piquer le pouce et l'index pour préserver la « pince »
- Piquer sur le côté du doigt et non sur la pulpe, pour préserver la sensibilité.



## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

**AES** Accident d'exposition au sang avec le sang de la victime  
**Résultat erroné** par mauvaise manipulation des bandelettes ( extrémités tordues, sales ou touchées ou périmée)

**E**

Efficacité?

- Variabilité des résultats annoncée par le fabricant entre 2 appareils ou 2 prises successives
- Relever le résultat, le noter sur la fiche bilan et le transmettre à la régulation ou au personnel de santé présent sur les lieux.



## GESTES D'EXAMEN

### La mesure du temps de recoloration cutanée

N° 6.11

**Q**

Quand?

- Lors du **bilan d'urgence vital**,
- Victime **consciente et inconsciente**

**P**

Pourquoi?

Cette mesure renseigne sur **la fonction circulatoire**. Il traduit la capacité du système circulatoire à remplir les petits vaisseaux de sang.

**A**

Avec quoi?

**Un équipier secouriste**

**C**

**Comment?**

**LE TRC est évalué au niveau d'un doigt**



Comprimer fortement l'extrémité d'un doigt entre le pouce et l'index pendant 2 à 3 secondes. Le lit de l'ongle devient pâle.



Relâcher la pression et mesurer le temps de recoloration



**Normalement le lit de l'ongle se recoloré en moins de 3 secondes.**

**R**

Risques?

Cette évaluation est impossible si la victime porte du **vernis à ongle** et peut être faussée si les doigts de la victime sont **froids** (contexte d'hypothermie)

**E**

Efficacité?

Transmission du TRC au médecin régulateur



## GESTES D' EXAMEN

## Autoévaluation de la douleur

N° 6.12

Q

Quand?

- Lors du **bilan complémentaire**, lorsqu'une victime consciente présente une plainte
- Elle sera effectuée **avant et après la mobilisation** ou **l'immobilisation** d'un membre de la victime

P

Pourquoi?

- Evaluer la douleur permet de **contrôler l'efficacité** des gestes entrepris,
- Envisager **l'engagement d'une équipe médicale ou paramédicale** pour soulager la victime,
- **Cadre légal** : article L11-5 du code de santé publique
- [...] Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit-être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée [...]

A

Avec quoi?

- Un Equipier secouriste
- **Une réglette** : Echelle visuelle analogique



C

Comment?

L'Echelle Visuelle Analogique ( EVA)

**L'équipier secouriste présente à la victime l'Echelle Visuelle Analogique comportant deux faces distinctes**



La face présentée à la victime représente une ligne sur laquelle elle va déplacer un curseur. L'une des extrémité est notée « **absence de douleur** » tandis que l'autre est notée « **douleur maximale imaginable** »



La face tournée vers l'équipier secouriste affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10.

## Référentiel technique SUAP

L'Echelle Verbale Numérique (EVN)

« Vous allez donner une note de 0 à 10 à votre douleur.  
- 0 est l'absence de douleur et 10 est la douleur maximale imaginable. »

L'Echelle Verbale numérique permet à l'équipier secouriste de demander à la victime d'évaluer sa douleur en lui posant cette question.

**R****Risques?**

- Le secouriste **ne doit pas évaluer la douleur de la victime a sa place.**, chacun ressent sa douleur différemment

**E****Efficacité?**

L'EVA et l'EVN permettent d'effectuer le suivi de l'évolution de la douleur, en fonction des gestes réalisés ou des médicaments antalgiques utilisés par le personnel médical.  
Les valeurs après gestes secouristes seront retransmises précisément lors du bilan au médecin régulateur.

## GESTES D'EXAMEN

## La palpation de l'abdomen

N° 6.13



Quand?

- En cas de **traumatisme abdominal**, notamment en cas de forte cinétique
- En cas de **douleur spontanée**

Pour évaluer une atteinte des organes pleins ou creux et des gros vaisseaux

La palpation de l'abdomen permet d'évaluer la **douleur** et sa **souplesse** pour permettre au médecin régulateur de diagnostiquer un traumatisme abdominal.

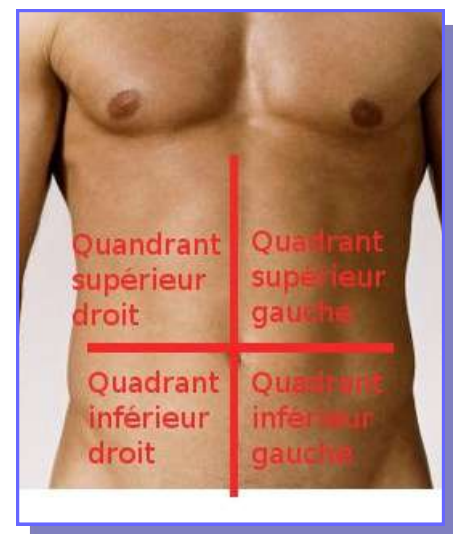


Pourquoi?

La présence de liquide ou de sang dans l'abdomen provoque un **durcissement de l'abdomen**

La palpation permet:

- ⇒ **Localiser** précisément la douleur
- ⇒ D'évaluer son **intensité**
- ⇒ D'apprécier sa **souplesse** et son **évolution** dans le temps



Avec quoi?

Un **équipement secouriste** doté de gant à usage unique



Comment?

En cas de lésion, on constate une **défense musculaire**. Celle-ci correspond à une contraction douloureuse, passagère des muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, provoqué par la palpation. Ce signe est le résultat d'une atteinte localisée du péritoine, qui est la double membrane de protection et de recouvrement des organes de l'abdomen.

Le plus souvent, la défense musculaire est accompagnée d'une sensibilité importante de la peau. La défense devient « ventre de bois » en présence de liquide ou d'une inflammation plus importante des tissus de l'abdomen



## Référentiel technique SUAP



- Placer la victime sur le dos, avec de préférence avec flexion des membres inférieurs pour détendre les muscles abdominaux
- Si possible, réchauffez vous les mains



- La palpation s'effectue avec les 2 mains superposées, posées à plat et se fait de manière douce.



- On palpe successivement les 4 zones de l'abdomen en commençant par la partie opposée à la douleur

**Suite à cet examen, le secouriste peut déterminer si l'abdomen est :**

- ⇒ **Indolore** ou non
- ⇒ souple
- ⇒ **Se défend** : contraction des muscle abdominaux lors de la palpation de la zone sensible



## R

## Risques?

- En cas de traumatismes, la flexion des membres inférieurs doit être proscrite afin de ne pas mobiliser la victime
- Ne pas réaliser de palpation en présence de corps étranger et en présence de plaie, seule la zone atteinte ne sera pas palpée
- La palpation appuyée ou profonde doit être évitée car cela risque de favoriser le déplacement d'un caillot de sang et de faire redémarrer une hémorragie

## E

## Efficacité?

- La palpation permet de **localiser précisément** la douleur et de **transmettre** les information au médecin régulateur
- **Prise en compte du type de victime**
  - ⇒ Absence de douleur ou palpation normale peuvent être notées alors qu'il existe un traumatisme abdominal. C'est le cas notamment des traumatisés crâniens et des intoxications alcooliques et médicamenteuses
  - ⇒ Les personnes âgées peuvent également une réponse inadaptées à la douleur
  - ⇒ Les traumatisés du bassin
  - ⇒ Les victimes avec des douleurs majeures en d'autres parties du corps ( fracture rachis ou autres membres)

## GESTES D' EXAMEN

N° 6.14

## La règle de Wallace

Q

Quand?

La règle des neuf de Wallace permet **d'évaluer rapidement l'étendue** de la surface corporelle atteinte chez un patient brûlé.

P

Pourquoi?

La règle des 9 donne une **évaluation en pourcentage de la surface corporelle totale**. Elle permet d'informer le médecin régulateur du C.R.R.A 15.

A

Avec quoi?

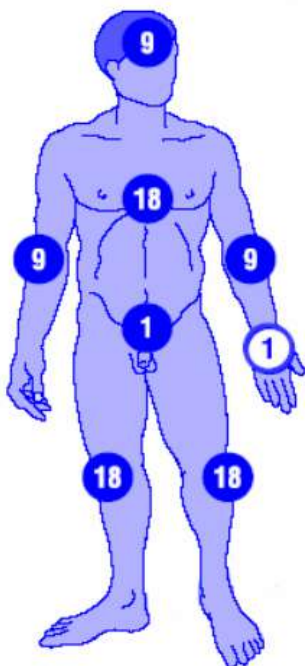
Un **équipier secouriste et la fiche bilan**

C

## Comment?

Pour les brûlures peu étendues, l'évaluation sera faite en considérant que **la paume de main de la victime représente environ 1% de sa surface corporelle totale**.

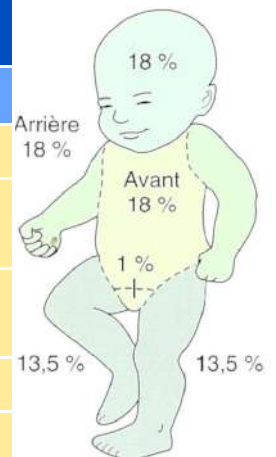
Elle attribue des **multiples de 9% de la surface corporelle** totale à différents territoires cutanés



+ Arrière 18%

## Règle de Wallace

	Adulte	Enfant
tête et cou	9 %	9 % x 2 = 18 %
membre supérieur	9 % (paume = 1%)	9 % (paume = 1%)
membre inférieur	9 % x 2 = 18 %	<b>13,5 % pour 1 membre</b> <b>27% (3 x 9%) pour 2 membres</b>
face antérieure du tronc	9 % x 2 = 18 %	9 % x 2 = 18 %
face postérieure du tronc	9 % x 2 = 18 %	9 % x 2 = 18 %
périnée	1 %	1 %



R

Risques?

La règle des neuf est **très approximative** et ne prend pas vraiment en compte les variations morphologiques en rapport avec l'âge. Une évaluation rigoureuse et précise ne sera possible qu'en service spécialisé

E

Efficacité?

L'évaluation de l'étendue des brûlures sera transmise au médecin régulateur



## GESTES D' EXAMEN

N° 6.15

### Le score de MALINAS

**Q**

Quand?

- En présence **d'une parturiente en cours de travail** ( présence de contraction utérine, perte des eaux...)

**P**

Pourquoi?

- Le score de MALINAS est une évaluation chiffrée qui permet de **déterminer si une femme enceinte va bientôt accouchée**
- **Aide de prise de décision** par le médecin régulateur pour savoir si on doit évacuer ou médicaliser la parturiente

**A**

Avec quoi?

- **Un équipier secouriste** questionnant la parturiente

**C**

**Comment?**

En posant 5 questions et observant la parturiente:

- ⇒ *Quel est le nombre de grossesses antérieures?* ( nombre de grossesse menée à terme dont césarienne)
- ⇒ *Depuis combien d'heure le travail a-t-il débuté?*
- ⇒ *Combien de temps dure chaque contraction?*
- ⇒ *Quel est l'intervalle temps entre 2 contractions?*
- ⇒ *Avez-vous perdu les eaux et si oui depuis combien de temps?*



Chaque critère est évalué par un nombre allant de 0 à 2. **L'addition des chiffres** de chaque critère donne le résultat du score de MALINAS. Celui-ci est donné au temps T et peut être **réévaluer régulièrement**

### SCORE DE MALINAS

COTATION	0	1	2
Parité	I	II	III et plus
Durée de travail	< 3 heures	3 à 5 heures	> 5 heures
Durée des contractions	< 1 minute	1 minute	> 1 minute
Intervalle entre les contractions	>5 minutes	3 à 5 minutes	< 3 minutes
Pertes des eaux	Non	Récente ( < 1 heure)	> 1 heure

## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

Aucun risque

**E**

Efficacité?

Le score de MALINAS est correctement évalué  
Le score est transmis au médecin régulateur

## GESTES D' EXAMEN

### Le score d'APGAR

N° 6.16

**Q**

Quand?

- En présence **d'un nouveau-né à la naissance**

**P**

Pourquoi?

- **En l'absence de médecin ou d'infirmier** pour **évaluer la santé du nouveau-né** en transmettant ce score au médecin régulateur

**A**

Avec quoi?

- **Un équipier secouriste** observant 5 critères simples auxquels on attribue de 0 à 2 points par critère afin d'obtenir une note sur 10

**C**

### Comment?

**En 5 observations:**

- ⇒ *Observer la coloration (apparence)*
- ⇒ *Mesure la fréquence cardiaque du nouveau-né ( Pouls huméral)*
- ⇒ *Observer le tonus ou la réactivité ( grimaces)*
- ⇒ *Observer la mobilité ( activité)*
- ⇒ *Observer la respiration ( Fréquence respiratoire)*



## SCORE D'APGAR

COTATION	0	1	2
Coloration	Pâleur ou cyanose généralisée	Cyanose des extrémités	Normale (entièrement rosé)
Fréquence cardiaque	< 60/min	60 à 100/min	> 100 /min
Réactivité (grimaces)	Nulle	Faible	Vive
Tonus ( activité spontanée)	Nul	faible	Vif
Respiration	Absente	Cri faible	Cri vigoureux (respiration normale)

## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

Aucun risque

**E**

Efficacité?

Le score de APGAR est correctement évalué  
Le score est transmis au médecin régulateur

## GESTES D' EXAMEN

N° 6.17

## Le score de GLASGOW

Q

Quand?

- Victime présentant une **perte de connaissance** ou un **trouble de la conscience**

P

Pourquoi?

- Cette échelle allant de **3 à 15** permet :
- **Evaluer** et de **grader** à un instant donné **l'état de conscience** Pour permettre au médecin régulateur de prendre une décision

A

Avec quoi?


- Un **équipier secouriste** questionnant et observant la victime
- Fiche bilan

C

## Comment?


## Ouverture des yeux

Si la victime n'a pas les yeux spontanément ouverts, un ordre verbal « **Ouvrez les yeux!** » doit être utilisé. Si pas de réponse, il convient d'utiliser une stimulation douloureuse

Y	4	Spontanée	Au contact de la victime ses yeux sont grands ouverts	
	3	A la demande	Si les yeux ne s'ouvrent pas spontanément, lui parler ou crier	
	2	A la douleur	Stimulation au niveau de la matrice de l'ongle	
	1	Aucune	Les yeux ne s'ouvrent pas même après une stimulation douloureuse	

## Réponse verbale

analyse des réponses verbales de la victime aux questions posées par le sauveteur ( clarté, cohérence, orientation temps/espace...)

V	5	Orientée et claire	Orientation temps, espace (évaluer les 2 critères)	
	4	confuse	La victime peut prononcer des mots ou des phrase avec du sens mais elle a des difficultés à donner des réponses correctes à des questions simples	
	3	Inappropriée	La victime ne répond pas à la question posée ou donne une réponse hors sujet	
	2	Incompréhensible	aucun mot intelligible (Gémissements, grognements...)	
	1	Aucune	aucune réponse verbale aux questions posées	

## Référentiel technique SUAP

### Réponse motrice

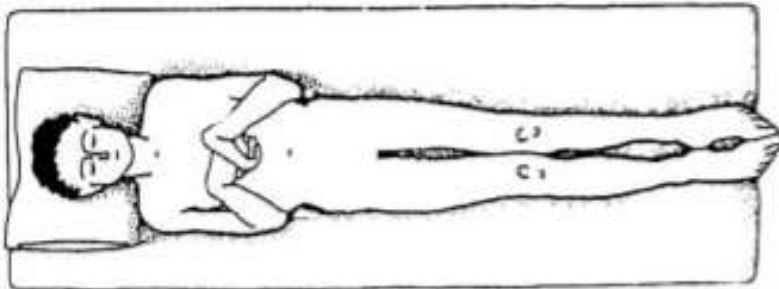
Un ordre simple et sans ambiguïté doit être donné tel que « **serrez-moi la main** » ou « **remuez les orteils...** ». Une victime qui ne fait que serrer la main du secouriste peut simplement démontrer un réflexe de préhension, sans qu'il s'agisse de la volonté de suivre un ordre. Une stimulation douloureuse doit être réalisée si la victime n'arrive pas à suivre l'ordre initiale.

M	6	<b>Obéit aux ordres</b>	Réponse adaptée aux instructions	
	5	<b>Réponse orientée à la douleur</b>	La victime retire le membre stimulé par la douleur	
	4	<b>Inadaptée à la douleur</b>	Réaction d'évitement et de retrait généralisé à la douleur ( se retire ou se replie)	
	3	<b>Décortication</b>	Réaction involontaire à la douleur avec flexion des MSup et extensions MInf ( cf ci-dessous)	
	2	<b>Décérébration</b>	Réaction involontaire à la douleur avec extension Membres supérieurs et inférieurs	
	1	<b>aucune</b>	La stimulation ne produit aucune réponse motrice	

**Total : /15**

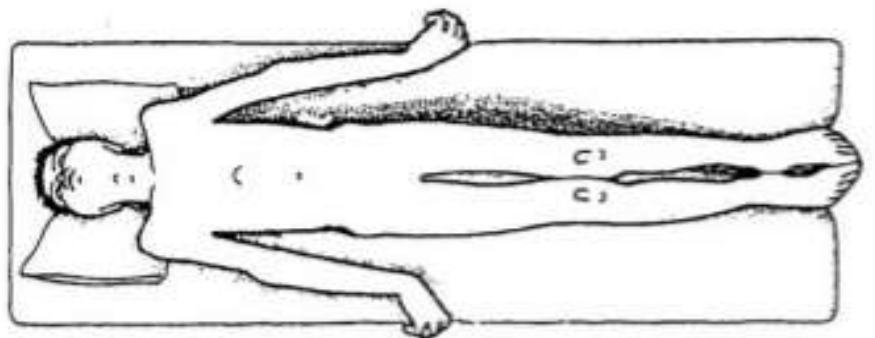


Par exemple, si on a obtenu 2 à l'ouverture des yeux, 2 à la réponse verbale et 5 à la réponse motrice, le score sera noté Y2,V2,M5 total 9



**Décortication** : flexion des membres supérieurs et extension des membres inférieurs

**Décérébration** : extension des membres supérieurs et extension des membres inférieurs.



La valeur maximale du score de Glasgow est 15 et correspond à une victime ne présentant aucun trouble de la conscience alors que le valeur la plus basse est de 3 et correspond à un état grave

## Référentiel technique SUAP

**Stimulus à la douleur**

Si la victime ne répond pas à la stimulation verbale, il convient d'appliquer une stimulation douloureuse telle que la pression d'un ongle à l'aide d'un stylo

**Le stimulus à la douleur doit se faire uniquement à la matrice de l'ongle !!!!!!!**

**R****Risques?**

- L'évaluation de la réponse motrice reste l'élément le moins reproductible d'un secouriste à l'autre
- Introduction d'**agent anesthésique** altérant l'évaluation
- Un **déficit neurosensoriel** ou altération de la commande (surdité, cécité, tétraplégie) peuvent également altérer l'évaluation

**E****Efficacité?**

Chaque composante de ce score doit être plutôt notée séparément que sous forme d'un chiffre reprenant le total du score, afin de pouvoir remarquer plus spécifiquement les modifications qui surviendraient au cours du temps.

La connaissance des critères d'évaluation et de la réalisation du stimulus douloureux par un équipier sont les garants de l'efficacité de la technique



## GESTES D' EXAMEN

## Examiner la peau et les muqueuses

N° 6.18

Q

Quand?

- Lors du **bilan d'urgence vitale**
- En cas d'**aggravation de l'état** de la victime

P

Pourquoi?

L'examen permet d'évaluer la couleur, la température et l'humidité de la peau de la victime et renseigne le secouriste sur l'état de circulation et d'oxygénation des tissus.

La peau riche en capillaires, est un réservoir sanguin. Le sang qui y circule est responsable de la coloration et de la température de celle-ci

Une décoloration traduit une altération importante de la circulation sanguine. Elle peut être la conséquence d'une détresse circulatoire proprement dite, mais aussi de tout autre détresse ( hypoglycémie... ) . Le sang est alors redistribué vers les organes prioritaires : cœur, poumons, cerveau.

A

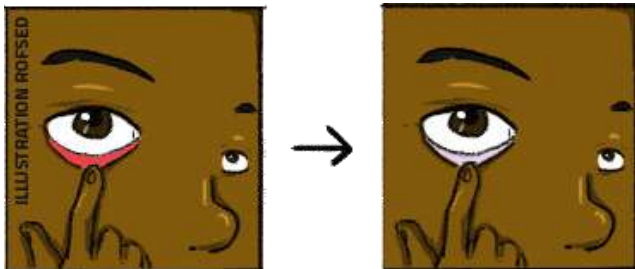
Avec quoi?

1 équipier secouriste sans gants à usage unique

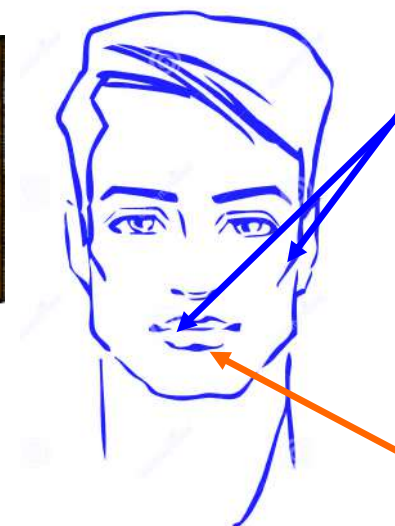
C

Comment?

## La coloration de la peau ( au niveau de la face ou des extrémités)



Elle est appréciée sur la face interne des paupières ( conjonctive) ou des lèvres. Normalement, les muqueuses sont roses. A privilégier sur les personnes de couleur



La coloration bleutée de la peau et des muqueuses ( **cyanose**) traduit, lorsqu'elle existe, une détresse respiratoire

L'apparition d'un cercle blanchâtre autour des lèvres signe un état de choc

## Référentiel technique SUAP

## La température et l'humidité



Placer respectivement le dos et la paume de la main sur le front de a victime. Cette peau peut être chaude ou froide; sèche ou moite, voire couverte de sueurs.



**Peau froide** : La peau est normalement tiède, ni chaude, ni froide. A l'état normal, les vaisseaux sanguins ne sont pas dilatés et n'apportent donc pas de chaleur à la surface du corps

**Peau sèche** : signe de bonne distribution du sang

**Peau moite** : signale un état de choc et une mauvaise distribution sanguine. Ce déficit est dû à la vasoconstriction périphérique pour détourner le flux sanguin vers les organes vitaux

**Certaines maladies peuvent modifier la couleur, la température et l'humidité de la peau.**

**Habituellement dans une détresse respiratoire, la victime est cyanosée, chaude et humide, alors que dans la détresse circulatoire, elle est pâle, froide et sèche.**

**R****Risques?**

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

En présence d'une suspicion d'atteinte du rachis, un secouriste maintient la tête en attente d'un collier durant la réalisation de l'examen

**E****Efficacité?**

- Transmission des éléments de l'examen de la peau et des muqueuses réalisée auprès du médecin régulateur

## GESTES D' EXAMEN

## Examen

N° 6.19

Q

Quand?

Lors de l'**examen de la fonction neurologique** du bilan d'urgence vitale

P

Pourquoi?

L'examen des pupilles permet de **détecter des signes de détresse neurologique** qui peut être liée à un traumatisme crânien, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxication

A

Avec quoi?

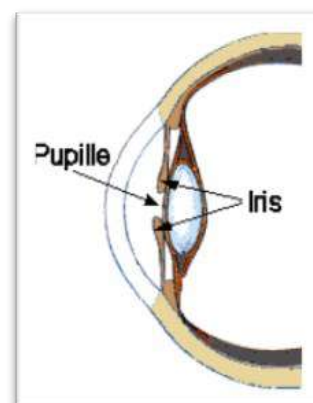
Un test à la **lumière ambiante** peut être effectuée

C

## Comment?

Qu'est ce qu'une pupille?

La pupille est l'ouverture centrale de l'iris qui laisse pénétrer la lumière dans l'œil. Lorsque l'œil est exposé à la lumière, la pupille change de diamètre et se contracte. C'est le **réflexe photomoteur**. La fonction de diaphragme de la pupille est de laisser entrer plus ou moins de lumière. **Dans l'obscurité, la pupille se dilate afin d'augmenter la quantité de lumière qui pourra pénétrer dans l'œil.** C'est l'inverse lorsque la luminosité est importante

Que vérifie t' on lors de l'examen des pupilles?

- **La taille.** En ambiance lumineuse modérée, les pupilles occupent généralement la moitié de l'iris. On dit alors que les pupilles sont intermédiaires. Une pupille dilatée occupera la presque totalité de l'iris, alors qu'une pupille contractée peut se réduire à un simple point. On dit alors que la pupille est respectivement en mydriase ou en myosis.



- **La symétrie.** A l'état normal, la taille des pupilles est symétrique. Asymétrie des pupilles (anisocorie)



- **La réactivité à la lumière.** A l'ouverture des yeux, on vérifie que la pupille est réactive. Le réflexe photomoteur direct concerne l'œil éclairé, le réflexe photomoteur consensuel l'œil opposé. En effet, la projection de lumière provoquera également un myosis sur l'œil qui n'est pas directement éclairé. Lorsque la lumière ne provoque aucun changement, on dit que la pupille est **aréactive**.

## Référentiel technique SUAP



1 Placer la victime dans une ambiance lumineuse modérée

Observer dans un 1er temps, les pupilles sans stimulation afin de contrôler la taille et la symétrie.



2 Exposer chaque œil à une stimulation

A la lumière ambiante, réaliser une ombre se portant sur les yeux de la victime avec la main. Puis retirer votre main afin d'observer les réactions



*Mydriase aréactive droite*



*symétriques et réactives*

**R**

**Risques?**

Une trop forte lumière dans les yeux pourrait endommager la rétine  
Une anisocorie ( inégalité du diamètre des pupilles) peut être congénitale ou consécutive à un traumatisme ophtalmologique

**E**

**Efficacité?**

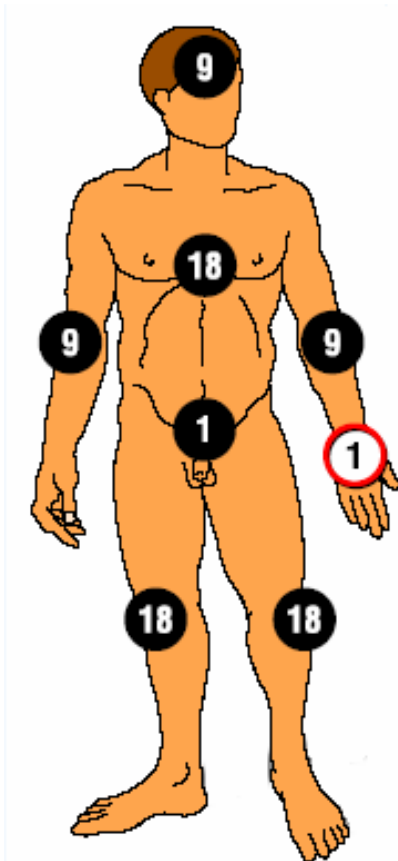
Le test des réflexes pupillaires est réalisé sans aveugler la victime. Le secouriste observe les réactions des pupilles.

# RAPPEL DES SCORES

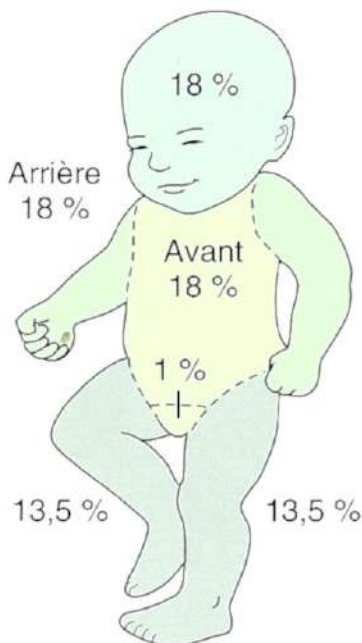
## FAST : Recherche de signes évocateurs d'un AVC ou AIT

<b>FACE</b> : Anomalie des mouvements et/ou asymétrie du visage	<b>ARM (bras)</b> : faiblesse ou impossibilité d'extension de membres supérieurs	<b>SPEECH</b> : trouble de l'élocution, perte ou anomalie de la communication verbale	<b>TIME</b> : délai depuis l'apparition des premiers signes

### Règle de Wallace ADULTE



### Règle de Wallace ENFANT



			Observations
<b>A</b>	Alert	Consciente/ Eveillée	Ouverture des yeux spontanée Conscient de ce qui se passe dans son environnement
<b>V</b>	Verbal	Paroles/ Ordres	Ouverture des yeux au stimuli verbal
<b>P</b>	Pain	Douleur	Réaction au stimuli douloureux
<b>U</b>	Unresponsive	Sans réponse	Aucune réaction

### SCORE DE MALINAS :

COTATION	0	1	2
Parité	I	II	III et +
Durée du travail	inf à 3h	de 3 à 5 h	sup à 5h
Durée des contractions	inf à 1min	1min	sup à 1min
Intervalle entre les contractions	sup à 5min	de 3 à 5min	inf à 3min
Pertes des eaux	NON	récente ( inf à 1h)	sup à 1h
<b>TOTAL</b>	0	+	+ =

### SCORE D'APGAR :

COTATION	0	1	2
Coloration	Pâleur ou cyanose généralisée	Cyanose des extrémités	Normale
Fréquence cardiaque	inf à 60/min	De 60 à 100/min	sup à 100/min
Réactivité (grimace)	nulle	faible	vive
Tonus (activité spontanée)	nul	faible	vif
Respiration	absente	faible	normale
<b>TOTAL</b>	0	+	+ =

# GESTES D' EXAMEN

N° 6.20

## L' échelle AVPU

**Q** Quand? • Victime présentant une **perte de connaissance** ou un **trouble de la conscience**  
 • Lors du **bilan MARCHE Primaire**

**P** Pourquoi? Cette échelle permet de :  
 • **Evaluer** et de **grader** à un instant donné **l'état de conscience**  
 • **Rendre compte** au **médecin régulateur**  
 Il s'agit d'une simplification du score de Glasgow, sous la forme d'un acronyme anglais.

**A** Avec quoi? • **Un équipier secouriste** questionnant et observant la victime

**C** Comment?



### Observations

### Stimulus à la douleur

	United Kingdom	France	Observations
<b>A</b>	Alert	Consciente/ Eveillée	Ouverture des yeux spontanée Conscient de ce qui se passe dans son environnement
<b>V</b>	Verbal	Paroles/ Ordres	Ouverture des yeux au stimuli verbal
<b>P</b>	Pain	Douleur	Réaction au stimuli douloureux
<b>U</b>	Unresponsive	Sans réponse	Aucune réaction



Si la victime ne répond pas à la stimulation verbale, il convient d'appliquer une stimulation douloureuse telle que **la pression d'un ongle à l'aide d'un stylo.**

## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

- Aucun risque

**E**

Efficacité?

- La connaissance des critères d'évaluation et de la réalisation du stimulus douloureux par un équipier sont les garants de l'efficacité de la technique
- Transmission de l'évaluation de l'état de conscience au médecin régulateur

# Partie 7

# Positions d'attente



## POSITION D'ATTENTE

### Position Latérale de Sécurité à 1 secouriste

N° 7.1

Q

Quand?

Chez une **victime non suspecte de traumatisme**

- Présentant une **Perte de connaissance et qui respire**
- **Somnolente** ou présentant des troubles de la conscience

Elle peut être réalisée chez une victime suspecte de traumatisme lorsque le secouriste est seul

P

Pourquoi?

La PLS maintient **libres les voies aériennes supérieures** de la victime en permettant **l'écoulement des liquides** vers l'extérieur et en évitant que la **langue ne chute dans le fond de la gorge**

A

Avec quoi?

Aucun matériel

C

Comment?

La technique se réalise en 3 temps

#### 1- Préparation au retournement

1



- Retirer les lunettes de la victime
- Rapprocher délicatement les membres inférieurs Placer le bras de la victime, situé du côté sauveteur, à angle droit de son corps
- Plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la victime tournée vers le haut

2



- Se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime, au niveau de son thorax
- Saisir le bras opposé de la victime, et amener le dos de la main sur son oreille. Cela permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale

3



- Maintenir la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume. (*limiter les mouvements de la colonne cervicale*)
- Attraper la jambe opposée de la victime avec l'autre main, juste derrière le genou, la relever tout en gardant le pied au sol

## Référentiel technique SUAP

### 2- Retournement de la victime



1

S'éloigner du thorax de la victime afin de pouvoir la retourner sans avoir à reculer, si nécessaire



2

- Tirer sur la jambe relevée de la victime afin de la faire pivoter vers le sauveteur, jusqu'à ce que le genou touche le sol, sans brusquerie et en un seul temps (*utilisation comme « bras de levier »*)



3

- Dégager doucement la main du sauveteur située sous la tête de la victime, tout en préservant la bascule de la tête en arrière, en maintenant le coude de la victime à l'aide de la main du sauveteur précédemment située au genou

### 3- Stabiliser la victime



1

- Ajuster la jambe du dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit (*stabilisation de la victime*).



2

- Ouvrir la bouche de la victime avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur et vérifier que la position de la tête préserve d'une ventilation efficace



**PLS du nourrisson:** dans les bras du sauveteur sur le côté  
Si le secouriste est **seul** et intervient sur un **traumatisme**, le retournement soit se faire sur le côté du membre atteint

**R**

Risques?

- Risque d'aggravation chez le traumatisé de la colonne vertébrale en particulier cervicale. Comme la détresse respiratoire prime sur la lésion nerveuse, la victime sera mise en PLS.
- Retournement sur le coté gauche de la femme enceinte ou obèse, pour éviter compressions de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen

**E**

Efficacité?

- limite au maximum les mouvements de la colonne vertébrale.
- position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue en arrière et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.
- La position est stable.
- Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée.
- La surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles.

## POSITION D'ATTENTE

### Position Latérale de Sécurité à 2 sauveteurs

N° 7.2

Q

Quand?

Chez une **victime suspecte de traumatisme**, après avoir mis en place un **collier cervical**

- Présentant une Perte de connaissance et qui respire
- Somnolente ou présentant des troubles de la conscience

P

Pourquoi?

- **Maintient libres les voies aériennes supérieures** de la victime en permettant l'**écoulement des liquides** vers l'extérieur et en évitant que la langue ne chute dans le fond de la gorge
- **Limite les mouvements du rachis cervical** et diminue les risques de complications secondaires ou séquelles

A

Avec quoi?

Collier cervical et coussin de tête  
2 secouristes

C

Comment?

La technique se réalise en 3 temps après la mise en place d'un collier cervical

#### 1- Préparation au retournement

1



Le 1er secouriste doit:

- Se placer dans l'axe de la victime, derrière sa tête
- Maintenir à 2 mains la tête ( latéro-latérale) jusqu'à la réalisation du retournement

**Celui-ci placé à la tête commande la manœuvre**

2



Le 2eme secouriste doit:

- Préparer le coussin qui servira au calage de la tête
- Retirer les lunettes
- Rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe
- Placer le bras, du côté du retournement, à angle droit de son corps et plier le coude en gardant la paume de la main de la victime tourné vers le haut

3



- Se placer à genoux ou en trépied, au niveau du thorax de la victime
- Saisir l'avant-bras opposé de la victime, et amener le dos de la main sur son oreille, côté retournement, sous la main du 1er secouriste. Celui-ci maintient la main pressée contre l'oreille, paume contre paume

## Référentiel technique SUAP



1

- Se placer à genou ou en trépied, assez loin de la victime, pour pouvoir la tourner sans avoir à se reculer
- Saisir la hanche d'une main et l'épaule de l'autre, du côté opposé au retournement



### Points importants du retournement

- ⇒ Doit être réalisé **sans brusquerie**, en **1 seul temps**
- ⇒ Le maintien de la tête vise à **conserver l'axe de la colonne cervicale** et évite toute aggravation
- ⇒ En cas de difficultés (victime obèse ou force insuffisante) **possibilité de faciliter le retournement** en tirant sur le genou fléchi de la victime du côté opposé au retournement, l'autre main tirant l'épaule ( cf PLS seul)

## 2- Retournement de la victime



1

Le 2eme secouriste tire en même temps sur la hanche et l'épaule, bras tendu, afin de la faire rouler d'un bloc et de l'amener sur le côté



2

Le 1 er secouriste, en même temps, maintient la tête et la main de la victime entre ses mains et accompagne le mouvement en évitant toute torsion du cou

### ORDRES

**1er secouriste:** « êtes-vous prêts ? »

**2eme secouriste:** « Prêt!! »

**1er secouriste:** « attention pour tourner... tournez!!! »

## 3- Stabiliser la victime



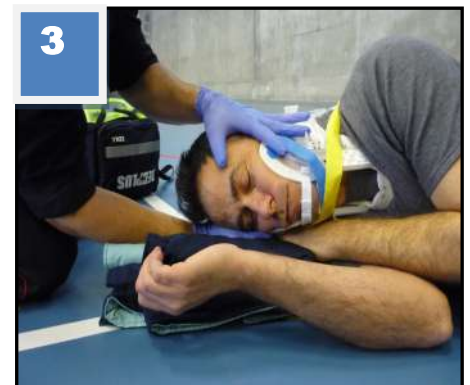
1

Le 1 er secouriste maintient la tête et le second saisit la hanche de la victime avec la main qui tient l'épaule



2

Le 2ème secouriste, fléchit, avec la main qui tenait la hanche, la hanche et le genou de la victime situés vers le haut pour les amener à angle droit ( stabilisation)



3

Placer un coussin pour compenser l'espace qui existe entre la tête de la victime et le sol et ainsi la soutenir dans l'axe du tronc ( peut être placé avant le retournement)

## Référentiel technique SUAP

## 3- Stabiliser la victime (suite)



- Ouvrir la bouche de la victime avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur et vérifier que la position de la tête préserve d'une ventilation efficace



⇒ **Après la mise en PLS, le 1er secouriste poursuit le maintien de la tête, dans la mesure du possible, s'il s'agit d'une victime traumatisée. Dans le cas contraire, il peut la relâcher.**

## R

## Risques?

- Risque d'aggravation chez le traumatisé de la colonne vertébrale en particulier cervicale. Comme la détresse respiratoire prime sur la lésion nerveuse, la victime sera mise en PLS.
- Retournement sur le côté gauche de la femme enceinte ou obèse, pour éviter compressions de certains sanguins de l'abdomen

## E

## Efficacité?

- Réaliser en équipe, systématiquement à 2 secouristes, permet de limiter les risques d'aggravation d'une éventuelle lésion du rachis
- position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue en arrière et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.
- La position est stable.
- Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée.
- La surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles.
- L'écoulement des sécrétions vers l'extérieur est favorisé.



# POSITION D'ATTENTE

## Position d'attente et de transport

N° 7.3

**Q**

Quand?

**Adapté à l'état et à la détresse de la victime** ( attente de moyens de transports ou de renforts médicaux et pendant le transport)

**P**

Pourquoi?

- **Stabiliser et/ou améliorer** son état
- Rendre plus **confortable** son attente ou son transport

**A**

Avec quoi?

Facilité par l'utilisation :

- ⇒ **Brancard**
- ⇒ **Matelas immobilisateur** à dépression
- ⇒ **Coussins ou couvertures** roulées ou repliées

**C**

Comment?

### Position à plat dos, horizontale



- Position d'attente de de transport courante

#### INDICATIONS

- ◇ Détresse circulatoire
- ◇ RCP
- ◇ AVC

### Position sur le côté



- Position confortable pour les victime
- Facilite la respiration
- Obtenue rapidement en asseyant la victime dans un fauteuil ou chaise, en l'appuyant contre une paroi verticale, en glissant des oreillers ou coussin ou en plaçant un secouriste à genou derrière elle

#### INDICATIONS

- ◇ vomissements
- ◇ Femme enceinte dans les derniers mois de la grossesse ( gauche)

## Référentiel technique SUAP

## Position assise ou demi-assise



## INDICATIONS

- ◇ Détresse ou gêne respiratoire
- ◇ Plaie thoracique

- Position confortable pour les victime
- Facilite la respiration
- Obtenue rapidement en asseyant la victime dans un fauteuil ou chaise, en l'appuyant contre une paroi verticale, en glissant des oreillers ou coussin ou en plaçant un secouriste à genou derrière elle

## Position cuisses fléchies, jambes repliées



## INDICATIONS

- ◇ Contusion ou plaies graves de l'abdomen
- ◇ Violentes douleurs abdominale

- En demandant à la victime consciente de maintenir ses membres inférieurs fléchis et en glissant des coussins ou couvertures sous ses genoux
- Peut être réalisé avec le brancard du VSAV

R

## Risques?

- Risque dû à la nécessité de parfois mobiliser une victime traumatisée

E

## Efficacité?

- Position d'attente adaptée à la détresse de la victime
- Position stable et confortable

# Partie 8

# Immobilisations



## IMMOBILISATION

## Maintien de la tête en position neutre

N° 8.1

Q

Quand?

- **Systematique** dès qu'un **traumatisme** de la tête, du dos ou de la nuque de la victime est suspecté
- Dans **l'attente d'une immobilisation complète** de l'axe tête cou tronc

P

Pourquoi?

- **Diminue tout pincement ou compression de la moelle épinière** suite à un traumatisme du rachis cervical
- **Limite les mouvements** intempestifs de la nuque et du cou du blessé.
- **Permet la mise en place d'un collier cervical** et l'immobilisation de la victime

A

Avec quoi?

Aucun matériel

C

Comment?

## Victime allongée sur le dos

1



- Se placer à genoux dans l'axe de la victime côté 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

Si la tête n'est pas dans l'axe, la replacer délicatement dans l'axe du tronc sans exercer de traction jusqu'à ce que la victime regarde droit

2



- Maintenir la position

⇒ Au moins jusqu'à l'immobilisation du rachis cervical au moyen d'un collier

⇒ En général, jusqu'à l'immobilisation complète du rachis



**Le maintien de la tête peut être éventuellement interrompu si la victime est allongée à plat dos, calme et porteuse d'un collier cervical**

## Référentiel technique SUAP

## Victime debout ou assise

1



- Se positionner de préférence derrière la victime
- Placer les mains de chaque côté de la tête de la victime

2



- 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 et immobilisateur de tête)

Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue si:

R

Risques?

- Une **résistance** 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

E

Efficacité?

La remise en position neutre de la tête ainsi que son maintien ne doivent pas aggraver l'état de la victime

## IMMOBILISATION

N° 8.2

## Pose d'un collier cervical Sober

Q

Quand?

- Pour **immobiliser le cou** d'une victime lorsqu'une **lésion du rachis cervical** est suspectée (circonstances de l'accident...) ou évidente (douleurs ressenties par la victime) quelles que soient les circonstances.
- Chez une **personne inconsciente et victime d'un traumatisme**.
- Après **retournement** sur le dos de la victime **avant tout autre déplacement** (relevage, désincarcération...) et après installation de sa **tête en position neutre**

P

Pourquoi?

- En limitant les mouvements du rachis cervical, le collier **diminue le risque d'apparition ou d'aggravation d'une lésion de la moelle épinière**. Toutefois, il n'est pas suffisant à lui seul pour assurer une immobilisation totale

A

Avec quoi?



## Un collier Sober

- réalisés en mousse haute densité plastifiée radio transparent
- orifice trachéal et 2 orifices carotidien
- équipés d'attaches auto-agrippantes très faciles à mettre en œuvre
- facile à nettoyer

C

## Comment

## Victime allongée sur le dos

1



Le 1er secouriste doit

- Maintenir la tête en position neutre pendant toute la manœuvre ( latéro-latéral)

2



Le 2eme secouriste doit

- Se positionner sur le côté et dégager tout ce qui peut gêner la mise en place

3



- Choisit un collier adapté à la victime

La hauteur du collier doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la victime

## Référentiel technique SUAP



4

- Glisser la partie arrière du collier sous la nuque de la victime en dégageant les bandes auto-agrippantes



5

- Positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum



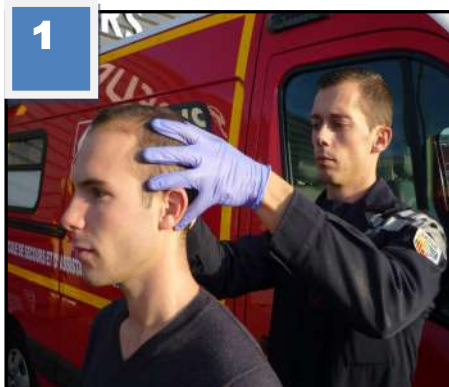
6

- Fixer les sangles



**Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue à 2 mains, en règle générale par le 1er secouriste jusqu'à l'immobilisation complète du rachis**

### Victime assise ou debout



1

Le 1er secouriste doit

- Se placer de préférence derrière la victime et maintenir la tête en position neutre pendant toute la manœuvre ( latéro-latéral)



2

Le 2eme secouriste doit

- dégager tout ce qui peut gêner la mise en place



3

- Choisit un collier adapté à la victime



4

- Positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum



5

- Glisser la partie arrière du collier sous la nuque en dégageant les bandes auto-agrippantes



6

- Entourer le cou de la victime et fixer les bandes auto-agrippantes

## Référentiel technique SUAP



Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue à 2 mains, en règle générale par le 1er secouriste jusqu'à l'immobilisation complète du rachis

**R****Risques?**

- Une aggravation ou l'apparition d'un traumatisme de la moelle épinière peut survenir si le maintien de la tête n'est pas correctement assuré et que la pose entraîne des mouvements de la tête
- Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime, les mouvements de tête sont possibles
- Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque. C'est pourquoi, il doit toujours être associé à un système d'immobilisation complémentaire.

**E****Efficacité?**

- Le collier est de taille adaptée
- Il limite les mouvements de la nuque de la victime particulièrement au cours de sa mobilisation
- Une fois mis en place, la mandibule et le sternum en avant, le haut du dos et la base de la tête en arrière, les clavicules et les épaules (près du cou) doivent être en contact avec le collier



## IMMOBILISATION

## Pose d'une attelle cervicale

N° 8.3

Q

Quand?

- Pour **immobiliser le cou** d'une victime lorsqu'une **lésion du rachis cervical** est suspectée (circonstances de l'accident...) ou évidente (douleurs ressenties par la victime) quelles que soient les circonstances.
- Chez une **personne inconsciente et victime d'un traumatisme**.
- Après retournement sur le dos de la victime avant tout autre déplacement et après installation de sa tête en position neutre

P

Pourquoi?

- En immobilisant la colonne cervicale et en limitant les mouvements de flexion, d'extension, de torsion ou latéraux de la nuque, **l'attelle diminue le risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale en assurant une excellente immobilisation des vertèbres cervicales au-dessus de C1 jusqu'au dessous de C7**

A

Avec quoi?

Une attelle X  
Collar

C

Comment

## Préparation de l'attelle

1



Vérification de la mentonnière pour obtenir un réglage moyen

2



Allongement au maximum de l'attelle cervicale

3



Dépliage de la partie arrière

## Référentiel technique SUAP

## Victime debout ou assise



Immobiliser la victime par un maintien de tête manuel

Préparer l'attelle cervicale



Glisser l'attelle sous la nuque et entre les épaules, puis ramener la partie antérieure



Positionner la mentonnière sous le menton et fermer l'attelle à l'aide de l'attache rapide en tenant de la main gauche la partie antérieure



Maintenir l'attelle tout en ajustant les 2 sangles Velcro latérales blanches, soit en même temps, soit l'une après l'autre, selon la position de la victime. ( dans ce cas utiliser les forces opposées)



Régler de la parties antérieure en 2 étapes

1er temps: déverrouillage des ergots de blocage de la longueur localisé de chaque côté



2eme temps: descendre la partie antérieure jusqu'à atteindre un appui sur la victime. Ne pas forcer. Bloquer les ergots ( utiliser les forces opposées)



Mise en place de sangles croisées colorées. Pour cela, maintenir la partie antérieure de l'attelle et tirer sur la sangle de couleur en la faisant passer sous le menton dans la gouttière prévue et la fixer au velcro opposé de la même couleur



Régler éventuellement la sangle mentonnière

Fin du maintien de tête

## Référentiel technique SUAP

## Victime allongée sur le dos



1

Immobiliser la victime par un maintien de tête manuel

Préparer l'attelle cervicale



2

Replier la boucle à décrochage rapide sous l'attelle et la maintenir d'une main



3

Placer l'attelle à 45° par rapport à l'épaule

La main droite tire les vêtements pendant que de la gauche on pousse l'attelle sous l'omoplate



4

Continuer jusqu'à ce que la partie supérieure atteigne le haut de l'épaule et redresser l'attelle pour qu'elle soit parallèle à l'épaule de la victime



5

Glisser l'attelle sous la nuque au besoin par de légers mouvements de cisaille



6

Rabattre la partie antérieure en veillant bien à l'emplacement du menton et continuer la pose comme vu précédemment

## Retrait de l'attelle



1

Défaire les sangles croisées de couleur



2

Desserrer au maximum les sangles latérales



3

Défaire l'attache rapide en la pinçant et en la tournant

## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

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

**E**

Efficacité?

La tête de la victime est parfaitement maintenue et l'immobilisation du rachis assurée

## IMMOBILISATION

## Pose d'une attelle cervico-thoracique

N° 8.4

Q

Quand?

- Pour **immobiliser la tête, la nuque et le dos d'une victime** suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale qui est **assise ou dans toute autre position rendant son accès difficile**
- Après la **pose d'un collier cervical**

P

Pourquoi?

- **Limite considérablement les risques d'aggravation** au cours des manipulations nécessaires à l'immobilisation de la victime sur un plan dur ou un matelas à dépression

A

Avec quoi?

L'ACT est constituée de :



- 1 Sangle mentonnière et frontale
- 2 Un corset semi-rigide( dans le sens de la hauteur), constitué d'une bande thoracique ( corset) relié à un rabat qui immobilise la tête
- 3 3 sangles
- 4 De poignées de portage
- 5 2 sangles de cuisses
- 6 1 coussin de tête
- 7 Un sac de rangement

C

## Comment?

La pose d'une ACT nécessite 3 intervenants et la pose préalable d'un collier cervicale

1



1 secouriste maintient la tête pendant toute la manœuvre

2 secouristes se placent de part et d'autres de la victime pour installer l'ACT

2



Contrôler sensibilité et motricité de l'extrémité des membres

3



Décoller légèrement la victime du dossier du siège tout en maintenant l'axe tête-cou-tronc

Examiner son dos

## Référentiel technique SUAP

4



Insérer l'ACT, extrémité de la tête en 1er entre le dos de la victime et le dossier du siège, sans toucher les avants bras du secouriste qui maintient la tête

5



Centrer l'ACT sur l'axe de la colonne vertébrale et ramener la victime à son contact

Glisser les parties mobiles du corset sous les bras (partie supérieure des bandes thoraciques au contact des aisselles)

6



Maintenir le corset thoracique en attachant la sangle thoracique du milieu, puis inférieure et supérieure

7



Attachez les sangles de cuisses en passant sous les cuisses  
Les sangles peuvent être croisées devant le pubis, s'il n'y a pas de traumatisme au niveau du bassin

## CAS PARTICULIERS

- **Chez l'enfant**, on peut 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 grossesse, la sangle thoracique inférieure ne doit pas être serrée sur l'abdomen
- **Chez un traumatisé du thorax**, la sangle supérieure ne doit pas être serrée pour gêner la respiration
- En cas de **suspicion de fracture du fémur**, la sangle de la cuisse correspondante ne doit pas être placée

8



Serrer l'ensemble des sangles et combler si nécessaire l'espace situé entre la bande de tête et la partie postérieure de la tête de la victime avec le coussin

9



Maintenir les bandes de chaque côté de la tête par 2 sangles ( la frontale et la mentonnière qui prend appui sur la partie rigide du collier)

10



Ajuster et resserrer si nécessaire pour que l'attelle ne bouge ou glisse pas au cours du relevage ou du déplacement  
Contrôler sensibilité/motricité

## Référentiel technique SUAP

**R****Risques?**

- Le non respect de la technique est susceptible d'aggraver une lésion de la colonne vertébrale
- Une sangle trop serrée est susceptible d'aggraver une détresse respiratoire

**E****Efficacité?**

La tête de la victime est parfaitement maintenue et l'immobilisation du rachis assurée



## IMMOBILISATION

## Réalignement de membre

N° 8.5

Q

Quand?

- Chaque fois que possible **par un médecin**
- **En l'absence de médecin et sur avis médical**, réalignement d'un avant-bras ou jambe qui présente une fracture fermée avec signes de complications vasculaires ou neurologique (membre froid, pâle, insensible)
- **Une déformation** empêche la mise en place d'un moyen d'immobilisation

P

Pourquoi?

- **Limiter les complications** de compression vasculaire ou nerveuse
- Mettre en place une attelle.

A

Avec quoi?

Aucun matériel

C

Comment?

## Fracture fermée de l'avant-bras



- Saisir et bloquer avec une main l'articulation du coude de la victime
- Saisir le poignet ou la main de la victime, avec son autre main
- Ramener progressivement l'avant-bras dans l'axe en exerçant une traction douce

## Fracture fermée de la jambe ( 2 secouristes)



- Faire réaliser le maintien du genou de la victime par la secouriste qui l'assiste
  - Saisir à 2 mains la cheville et ramener progressivement la jambe dans l'axe normal du membre inférieur en exerçant une traction douce
- Il veille à ce que celle-ci saisisse à 2 mains le genou et le bloque



La traction n'est relâchée qu'après immobilisation du membre

## Référentiel technique SUAP

Doit être interrompu si:**R****Risques?**

- Résistance au réalignement
- Douleur provoquée devient intolérable

Pendant ou après le réalignement, des complications vasculaires ( hématome, compression d'un vaisseau) ou neurologiques ( perte de sensibilité ou motricité) peuvent apparaître . Dans ces cas, un nouvel avis médical doit être demandé

**E****Efficacité?**

- Possibilité de poser sans difficulté un moyen d'immobilisation
- Atténuation de la douleur et des signes de complications

## IMMOBILISATION

## Immobilisation au moyen d'écharpes

N° 8.6

Q

Quand?

- Permet l'immobilisation d'un membre supérieur chaque fois **qu'une victime doit être mobilisée et que des moyens plus appropriés** ( attelle à dépression ou modulable) ne sont pas disponible

P

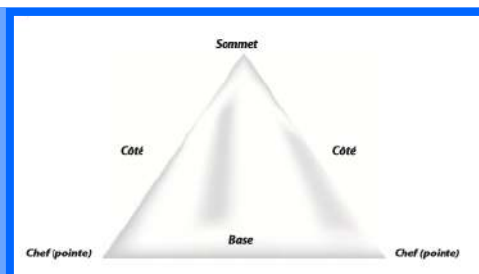
Pourquoi?

- L'immobilisation **bloque les articulations** au dessus et au dessous du traumatisme, **limite** les mouvements d'un membre traumatisée, **diminue** la douleur et **prévient** la survenue de complications.

A

Avec quoi?

**Une ou 2 écharpes triangulaire**  
( en tissu non extensible dont la base est de 1,2 mètre au minimum)  
**Si nécessaire, 1 ou 2 couvertures**



C

Comment?

Traumatisme de la main, du poignet et de l'avant-bras

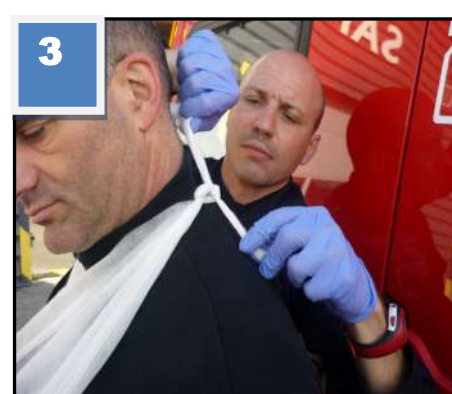
Echarpe Simple



- Engager une des pointes du triangle entre le coude et le thorax et la faire passer sur l'épaule du côté blessé. Il faut que le sommet du triangle se trouve du côté de coude et que la base soit perpendiculaire à l'avant-bras qui doit être immobilisé
- Ajuster et déplisser le triangle jusqu'à la base des doigts



- Rabattre la 2ème pointe sur l'avant-bras et la faire passer sur l'épaule opposée au membre blessé



- Fixer l'écharpe en nouant les 2 pointes sur le côté du cou

La main doit être placée légèrement au dessus du niveau du coude

- Fixer au niveau du coude en tortillant la partie libre de la pointe ou la fixer avec un ruban adhésif

## Référentiel technique SUAP

Traumatisme du bras**Echarpe Simple et contre écharpe**

- Soutenir l'avant bras avec une écharpe simple



- Placer la base du 2ème triangle au niveau de l'épaule du membre blessé, sommet vers le coude
- Amener les 2 pointes sous l'aisselle opposée en enveloppant le thorax de la victime



- Fixer la contre écharpe au moyen d'un nœud situé en avant de l'aisselle opposée
- Torsader le sommet pour maintenir le bras blessé plaqué contre le thorax

Traumatisme de l'épaule (clavicule, omoplate)**Echarpe oblique**

- Glisser la base du triangle sous l'avant bras, sommet vers le coude



- Nouer les chefs sur l'épaule opposée en englobant le thorax, **les doigts doivent rester visibles**



- Rabattre le sommet sur le coude en avant et le fixer avec un ruban adhésif

Si le traumatisme de l'épaule provoque une déformation importante (bras écarté du corps) placer un rembourrage (tissu roulé) entre le bras et le tronc pour respecter la déformation et éviter toute mobilisation de l'articulation.

**Ne jamais tenter de rapprocher le coude du corps.**

Si à disposition, privilégier l'immobilisation avec attelle à dépression dite en « N »

## Référentiel technique SUAP



Echarpe simple

Echarpe simple et  
contre écharpe

Echarpe oblique

**Quelque soit la technique utilisée, le sommet de l'écharpe se trouve toujours au niveau du coude de la victime**

**Avant toute manipulation, contrôler sensibilité et motricité du membre atteint. Renouveler l'opération, à la fin de la technique**

**R**

Risques?

- La réalisation d'une immobilisation même provisoire d'un membre traumatisé peut provoquer une mobilisation de celui-ci et entraîner douleur et complications

**E**

Efficacité?

En limitant le mouvement de la zone traumatisée, on évite l'aggravation et on diminue la douleur ressentie par la victime.



## IMMOBILISATION

N° 8.8

## Utilisation attelle à dépression

Q

Quand?

- Lors **d'atteinte ou suspicion d'atteinte traumatique** ( choc, coup, chute, faux mouvement...)
- **Assurer l'immobilisation du coude, de l'avant-bras et du poignet**
- **Assurer l'immobilisation du genou, de la jambe et de la cheville**
- **Immobiliser un traumatisme de l'épaule** avec éloignement du coude par rapport au corps

P

Pourquoi?

- L'immobilisation **limite les mouvements** d'un membre traumatisé, **diminue la douleur** et **prévient la survenue de complications**.

L'attelle à dépression est constituée de :

A

Avec quoi?



- 1 Une enveloppe étanche à l'air et souple contenant des billes de polystyrène expansé
- 2 Une vanne d'admission de l'air sur laquelle s'adapte la pompe d'aspiration manuelle
- 3 Des sangles de maintien

C

Comment?

## Immobilisation du membre inférieur ( 3 secouristes au minimum)

1



2 secouristes maintiennent le membre, après réalignement si nécessaire, au niveau de l'articulation sus et sous jacentes jusqu'à la pose de l'attelle.

2



Préparer l'attelle à dépression en répartissant également toutes les billes et en ouvrant la vanne d'admission de l'air

3



Soulever de quelques cm , tout en exerçant une traction douce

Glisser l'attelles en englobant l'articulation sus et sous jacentes.

## Référentiel technique SUAP

4



- Déposer le membre sur l'attelle et le maintenir
- Le 3eme secouriste rabat l'attelle de part et d'autre du membre pour lui donner la forme d'une gouttière

5



- Les 2 secouristes déplacent les mains qui soutiennent le membre pour maintenir l'attelle contre le membre

6



- Le 3eme secouriste fait le vide à l'intérieur de l'attelle jusqu'à sa rigidité, ferme la valve et déconnecte le dispositif.
- Vérifie la bonne immobilisation et l'état de l'extrémité.

## Immobilisation du membre supérieur ( 2 secouristes au minimum)

1



Les articulations sus et sous jacente au traumatisme sont maintenues par 1 seul secouriste

Le principe de mise en place de l'attelle à dépression pour un membre supérieur est identique à la technique décrite pour un membre inférieur mais peut être réalisé par 2 secouristes au minimum

## Immobilisation de l'épaule: Attelle en « N »( 2 secouristes au minimum)

1



Le secouriste 1 maintient le membre blessé

2



Le secouriste 2 plie l'attelle en « N » et fait partiellement le vide

La vanne placée sur la partie montante du « N » doit être à l'intérieur

3



Rouler l'écharpe dans le sens de la longueur et la glisser entre les branches montante et oblique du « N » du côté de la vanne  
Se place face à la victime

## Référentiel technique SUAP



Il introduit l'attelle sous le membre blessé, branche montante de la vanne contre le thorax et l'abdomen de la victime  
Le secouriste 1 maintient le membre blessé et l'attelle



Le secouriste 2 passe les 2 chefs de l'écharpe roulée sur l'épaule opposée et les nouent  
Il écarte l'attelle pour venir la plaquer contre le membre. Il repose alors entre les branches oblique et



Le secouriste 1 maintient l'ensemble en position  
Le 2eme secouriste fait le vide à l'intérieur de l'attelle jusqu'à sa rigidité, ferme la valve et déconnecte le dispositif.

Terminologie attelle en « N »

Position finale



Branche montante avec la valve

Branche Oblique

Branche Extérieure

**R**

## Risques?

- La réalisation d'une immobilisation à l'aide d'une attelle à dépression d'un membre peut provoquer une mobilisation de celui-ci si la procédure de mise en place n'est pas respectée et entraîner douleur et complication

**E**

## Efficacité?

L'immobilisation est correcte si:

- Le membre et les articulations sus et sous jacentes sont immobilisées
- L'attelle est correctement fixée
- La douleur diminue
- Aucun signe de compression n'apparaît après sa mise en place (circulation aval correcte)



# RELEVAGE ET BRANCARDAGE

## Retrait d'un casque de protection

N° 8.9

Q

Quand?

- 2 intervenants : dans **tous les cas** ou 2 secouristes sont présents
- 1 intervenant: victime ayant **perdu connaissance**

P

Pourquoi?

- La présence du casque occasionne **une gêne dans la réalisation de l'examen et des gestes de secours**
- Permet de **rechercher les signes de respiration**, après avoir libéré les VA

A

Avec quoi?

Gants à usage unique

C

Comment?

### A 2 secouristes

1



1 secouriste chargé du retrait du casque doit:

- Se place à genoux dans l'axe de la tête suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer( distance un peu supérieure à la hauteur du casque, de son sommet à la jugulaire)
- Maintient le casque en plaquant ses mains de chaque côté, la tête en position neutre et dans l'alignement de l'axe du tronc

2



Le 2eme secouriste doit:

- S'installer, à côté de la tête, en trépied genou relevé du côté des pieds de la victime
- Détacher la sangle de mentonnière ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque
- Relever la visière et retirer les lunettes
- Glisser la main du côté de la tête de la victime sous la nuque, avant-bras en appui sur sa cuisse
- Placer les doigts 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

3



Le 1er secouriste 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

## Référentiel technique SUAP



Le 2eme secouriste, 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 1er secouriste doit:

- Retirer complètement le casque
- Maintenir la tête en position neutre (prise latéro-latérale) dans l'attente de la mise en place d'un collier cervical ou attelle cervicale
- Accompagner délicatement la



**Le maintien de tête n'est jamais relâché durant ce retrait!!!!**

## En secouriste isolé



- Maintenir le casque de la victime d'une main et relever la visière
- Retirer les lunettes éventuellement
- détacher ou couper la sangle de la mentonnière ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton, avec l'autre main



- Se placer dans l'axe de la tête de la victime

Il convient d'être suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer

- Saisir le casque par les parties latérales du bords inférieur et le tirer doucement dans l'axe 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 crane pour la maintenir
- Tirer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez
- Déposer simultanément et délicatement la tête sur le sol en la gardant dans l'axe

**Le retrait de casque à un secouriste est un geste extrêmement délicat**

## Référentiel technique SUAP

**R**

Risques?

- Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manœuvre **peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves**
- Le retrait de casque par un seul secouriste doit rester un geste exceptionnel, qui doit être réalisé seulement s'il ne peut pas obtenir de renfort immédiat

**E**

Efficacité?

- La nuque est la tête de la victime reste **immobile**
- Le retrait se fait dans **l'axe du corps**
- Si la victime est sur le ventre, il convient de la remettre sur le dos avant de procéder au retrait
- La pose d'un collier cervical est effectué à 2 secouristes avec matériel



## IMMOBILISATION

## Contention pelvienne

N° 8.14

Q

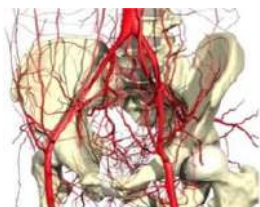
Quand?

Chez une victime présentant une suspicion de fracture du bassin

- Douleur spontanée siégeant au niveau du bassin ou de la partie basse de l'abdomen ou lors de la palpation douce et prudente.
- Présence d'urine sanglante ou de sang sur les sous-vêtements
- Toute victime traumatisée et qui présente des signes de détresse circulatoire et qu'un avis médical ne peut être obtenu.
- Après avis ou demande du médecin
- Pré installation possible dans l'attente de l'avis médical

P

Pourquoi?



Par son action de contention, la ceinture pelvienne permet:

- Réduire le trait de fracture jusqu'à 60% en rapprochant les ailes iliaques, ce qui rapproche les fragments osseux
- Limiter ainsi fortement les saignements associés par immobilisation de la région lésée et augmentation de la pression intraabdominale

A

Avec quoi?

- 2 équipiers secouriste
- 1 ceinture pelvienne T-POD
  - 1 sangle de soutien
  - 1 système de poulie



C

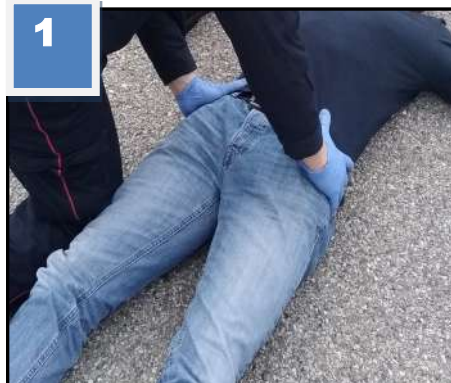
Comment?

## Mise en place



La ceinture pelvienne s'utilise uniquement sur une victime retrouvée ou placée à plat dos

1



- Réaliser un maintien de bassin par un secouriste
- S'assurer de l'absence d'objets contondants dans les poches de la victime

2



- Glisser la sangle de soutien (ceinture) sous la victime soit en la passant par la région lombaire ou les genoux et en la descendant/remontant jusqu'aux repères anatomiques (les grands trochanters au niveau du milieu de ceinture)

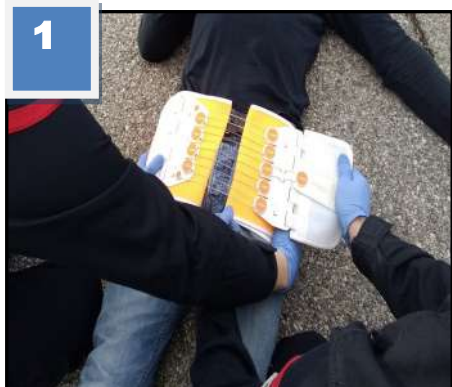
3



- Couper la ceinture en laissant un espace d'environ 15 à 20 cm au centre de l'abdomen
- En l'absence de moyens de découpe, rabattre le surplus de la sangle de soutien à l'intérieur d'elle même

# Référentiel technique SUAP

## Traction

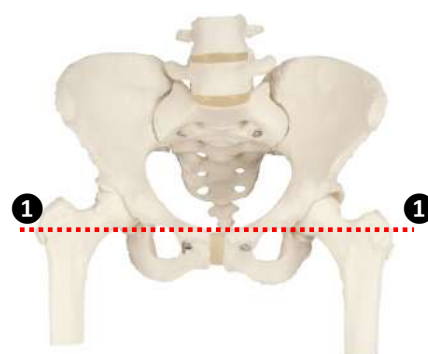


- Appliquer le système de poulie doublé d'une bande Velcro de chaque côté de la ceinture



- Tirer la languette afin de créer une compression circonférentielle simultanée

## Positionnement



les grands trochanters ① centrés au milieu de ceinture

## Sécurisation



- Maintenir la traction réalisée en passant le câble dans les encoches prévues à cet effet



- Fixer la languette doublée d'une bande velcro sur la ceinture



- La ceinture doit rester en place et laissée avec la victime à l'hôpital
- Noter l'heure



La bascule de la victime sur le côté doit être évitée, au même titre que son « testing », cette manœuvre pouvant contribuer à l'aggravation de l'hémorragie  
 Taux de mortalité des traumatismes du bassin est de l'ordre de **8 à 15%**

## R

### Risques?

- Le **testing** ou **examen manuel** n'est pas recommandé pour déterminer la pose ou non d'une ceinture pelvienne (risque d'aggravation d'hémorragie)
- **Efficace sur les fractures dites « en livre ouvert »**, elle ne présente pas d'effet secondaire dans les autres cas, si sa mise en œuvre et respectée

## E

### Efficacité?

La ceinture mise en place assure une compression circonférentielle en moins de 5 minutes:

- Prise d'appui sur les côtés au niveau des grands trochanters
- En avant elle passe sur la symphyse pubienne
- Le dispositif de sécurité empêche tout relâchement intempestif

# IMMOBILISATION

N° 8.15

## Extraction rapide d'un véhicule

**Q**

Quand?

- **Victime en urgence absolue** identifiée lors du bilan primaire
- **Pose de l'ACT impossible** (manque de temps, position de la victime, déformation du véhicule...)
- Si la situation sur le terrain présente **un risque important (sur-accident...)** pour la victime et les secouristes, une extraction peut être justifiée

**P**

Pourquoi?

- **Respecter à minima le rachis cervical** afin de prévenir une l'aggravation d'une éventuelle lésion
- **Participer aux bonnes pratiques de gestes et postures des intervenants** ( poignées, possibilités de l'utiliser à plusieurs secouristes...)

**A**

Avec quoi?

- **1 attelle cervicale**
- **1 boa d'extraction**



**C**

Comment?



La mise en place s'effectuera toujours après avoir décidé de la nécessité d'une sortie rapide de la victime et non sur la base de préférences personnelles

1



- Mettre obligatoirement en place une attelle cervicale ( sauf si déformation préexistante de la colonne cervicale)
- Poursuivre la stabilisation manuelle du rachis

2



- Positionner le milieu du Boa d'extraction sur la face avant de l'attelle cervicale ( cou de la victime)

3



- Croiser les 2 côtés du boa sur la face arrière du collier ( nuque) et les ramener vers l'avant

## Référentiel technique SUAP



4

- Passer les 2 côtés du Boa devant les épaules puis sous les aisselles de la victime



5

- Décoller légèrement la victime du siège et la tourner en utilisant les poignées jusqu'à ce que son dos soit centré face à la porte ouverte du véhicule
- Des équipiers judicieusement positionnés aident à la rotation et à l'extraction de la victime ( bassin, membres inférieurs)



6

- placer la victime à l'aide du boa sur un plan dur afin de parfaire son extraction



**Le bénéfice d'avoir accès rapidement à la victime est supérieur au risque de l'extraction rapide et de la mise en place de l'ACT**

**R**

**Risques?**

- Une précipitation excessive induit des délais supplémentaires et peut entraîner un mouvement du rachis

**E**

**Efficacité?**

- Maintien de la position en ligne du rachis sans mouvements indésirables
- La victime est extraite rapidement
- Une communication entre les différents intervenants est nécessaire

## GESTE D'URGENCE VITALE

## Immobilisateur de tête CORFIX 3

N° 8.16

- Q** Quand?
- Sur toutes victimes suspectes d'atteintes du rachis et/ou qui présentent :
    - ⇒ Une altération de la conscience
    - ⇒ Des sensations de **décharges électriques** au niveau des membres
    - ⇒ Une **douleur spontanée** siégeant au niveau du rachis
    - ⇒ Une **raideur de la nuque** l'empêchant de tourner la tête
    - ⇒ Un **trouble de la motricité évident**
    - ⇒ Une **perte ou une diminution de la sensibilité** des membres supérieurs ou inférieurs
  - Lorsque la victime subit un **mécanisme accidentel à haut risque de lésion du rachis** (CF le tableau)
  - **Le CORFIX 3 peut être utilisé chez l'adulte comme chez l'enfant.**

- P** Pourquoi?
- Avec la partie supérieure le CORFIX 3 permet d'effectuer une **stabilisation du rachis permanente et efficace** lors des différentes phases de prise en charge de la victime (lors du bilan, phase de relevage et phase d'immobilisation)
  - Permet de **libérer si besoin un secouriste** lors de la stabilisation du rachis.
  - Couplé à son socle, le CORFIX 3 permet de **compléter l'immobilisation du rachis avec collier cervical sur un plan dur.**
  - La partie supérieure **permet de limiter les mouvements de la tête** lorsqu'il est dans le MID (comble l'écart qu'il peut avoir entre le MID et la tête)

- A** Avec quoi?
- La partie supérieur du CORFIX 3
  - Le socle pour plan dur CORFIX 3



**C** Comment?



- Effectuer tout d'abord une stabilisation manuelle du rachis de la victime



- Le deuxième équipier glisse par le haut de la tête la partie supérieur du CORFIX 3 sans couvrir la totalité des oreilles (partie haute de la tête)



- Rabattre les 2 parties amovibles l'une après l'autre. Pour cela les doigts de l'équipier devront être dé-placés

## Référentiel technique SUAP



4

- Poser la bande frontale et mentonnière



5

- Créer la dépression valve fermé



**La partie supérieure du CORFIX 3 peut être laissée dans le MID afin de compléter l'immobilisation de la victime.**

**R****Risques?**

- La mise en place de l'immobilisateur de tête CORFIX 3 entraîne un minimum de mobilisation du rachis. Chaque mouvement doit être sur et réfléchi pour éviter toute mobilisation délétère pouvant entraîner des complications
- Le CORFIX 3 réduit les mouvements du rachis cervical mais ne les limite pas en totalité.

**E****Efficacité?**

- La tête de la victime est confortablement stabilisée, ne créant pas de gêne ou de douleur supplémentaire.
- Les mouvements du rachis cervical sont ainsi limités, réduisant le risque d'aggravation de l'atteinte du rachis.

# Partie 9

## Relevage et brancardage



# RELEVAGE ET BRANCARDAGE

## Retournement en urgence

N° 9.1

Q

Quand?

- **2 intervenants** : victime sur le **ventre ayant perdu connaissance avec suspicion de traumatisme du rachis**
- **1 intervenant**: victime sur le **ventre ayant perdu connaissance qui ne présente pas de traumatisme**. Elle peut être également face à une suspicion de traumatisme uniquement si le secouriste est seul.

P

Pourquoi?

- **Rechercher** les signes de respiration
- **Réaliser les gestes d'urgence** comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques,
- **Examiner la victime**, l'immobiliser puis assurer son relevage

A

Avec quoi?

Aucun matériel

C

Comment?

A 1 secouriste



Le retournement s'effectue du côté opposé au visage de la victime



- Placer le bras de la victime du coté du retournement au-dessus de sa tête. Cela facilite le retournement et maintient la tête dans l'axe lors du retournement



- 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
- Saisir la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement



- Faire rouler doucement 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 pour la maintenir; l'avant bras reposant contre le dos

## Référentiel technique SUAP

4



- Tirer sur la hanche de la victime afin de terminer le retournement

La main qui maintien la nuque accompagne le mouvement. Elle est ensuite retirer avec précaution

Une fois la victime sur le dos, les signes de respirations peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation débutées si besoin. Face à une victime ayant perdu connaissance qui respire, on agira en connaissance (attelle cervicale+ PLS+ O2)

**A 2 secouristes**



**Le retournement s'effectue du côté opposé au visage de la victime**

1



Le 1er secouriste 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 2 mains ( prise occipito-frontale ou latéro-latérale si la victime porte un casque) sans bouger la tête

2



Le 2eme secouriste doit:

- Allonger le membre supérieur de la victime, le long du corps, du côté retournement
- Glisser 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 complet
- Saisir la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement

### ORDRES

**1er secouriste:** « êtes-vous prêts ? »

**2eme secouriste:** « Prêt!! »

**1er secouriste :** « attention pour tourner... tourner!!! »

## Référentiel technique SUAP



- Le 2eme secouriste doit faire rouler doucement la victime au sol pour l'emmener sur le côté
- Le 1er secouriste 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

**ORDRES**

**1er secouriste:**  
« Halte!!! Repositionnez -vous!! »

Le 2eme secouriste doit:

- Repositionner ses mains
- S'écarter de la victime afin de pouvoir l'allonger sur le dos



**ORDRES**

**1er secouriste:**  
« Attention pour tourner.... Tournez!! »

- Le 2eme secouriste doit terminer le retournement pour amener la victime sur le dos
- Le 1er secouriste doit accompagner le mouvement en maintenant la tête dans l'axe

Une fois la victime sur le dos, les signes de respirations peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation débutées si besoin. Face à une victime ayant perdu connaissance qui respire, on agira en connaissance (attelle cervicale+ PLS+ O2)

En présence de 3 secouristes, celui-ci se place au niveau des membres inférieurs et les maintient tout en accompagnant le mouvement

### R

#### Risques?

- Afin de limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale, il est préférable que le retournement soit réalisé à 2 sauveteurs, au moins
- Lorsque l'on intervient en équipe, le maintien de tête doit être conservé, éventuellement après s'être replacé afin d'adopter une position efficace.

### E

#### Efficacité?

L'axe tête -cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement.



# RELEVAGE ET BRANCARDAGE

## Aide à la marche

N° 9.2

Q

Quand?

- Aide d'un blessé léger, qui peut maintenir la station debout, à marcher sur quelques mètres. (Personne handicapée, Personne impotente, etc...)
- Sortir d'un endroit exigü ou dans un espace naturelle difficile (forte pente, forêt, etc...)
- Déplacement sur de courtes distances vers une chaise ou autre (brancard, etc...)
- Personne en « surpoids » sans traumatisme à rentrer dans le VSAV

P

Pourquoi?

- Dégagement qui peut temporairement maintenir la position debout vers sur une zone calme, un abri, protection des intempéries, le VSAV

A

Avec quoi?

Aucun matériel

C

Comment?

A 1 secouriste

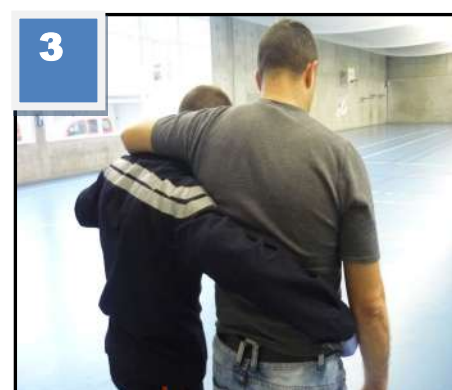
Si la victime est capable de porter son propre poids et de se tenir debout sur ses deux jambes



- Aider la victime à se mettre debout



- Passer le bras de la victime autour de son cou et le maintenir au niveau de poigné=et 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



Ne pas réaliser cette technique si la victime est suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou des membres

## Référentiel technique SUAP

**A 2 secouristes**

Si la victime a des difficultés pour se tenir debout seule



**Ne pas réaliser cette technique si la victime est suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou des membres**

- La technique est la même que celle à un secouriste, mais, dans ce cas, un secouriste se place de chaque cote de la victime.

**R****Risques?**

- 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
- Chute, Aggravation, Gestion de la douleur (eva)

**E****Efficacité?**

Le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci.

# RELEVAGE

N° 9.7

## Relevage à l'aide d'un brancard cuillère

Q

Quand?

- victime traumatisée **suspecte d'un traumatisme du rachis** pour l'installer sur un MID
- **Impossibilité de réaliser un pont simple ou amélioré** ( zone surbaissée: train, véhicule...)
- Relevage victime présentant **des souillures ou salissures** ( liquides biologiques, sang, huile, essence...) **Matériel inoxydable et facilement nettoyable**

P

Pourquoi?

- **Facilite** l'installation d'une victime sur un brancard ou son transfert sur un MID tout en respectant son axe tête cou-tronc

A

Avec quoi?

- Un **brancard cuillère** (cf fiche matériel les brancards)
- Un **collier cervical**
- **3 secouristes**

C

Comment?



La mise en œuvre de cette technique nécessite 3 secouristes

Un secouriste, placé à la tête de la victime à genou. Il en assure le maintien de tête par une prise latéro-latérale

**Il commande et guide l'ensemble de la manœuvre**



2 secouristes, placés de chaque côté de la victime



Si la victime est suspecte d'un traumatisme du rachis, placer un collier cervical

## Référentiel technique SUAP

## Préparation



- Assurer un maintien de tête latéro-latéral, durant toute la manœuvre
- Déplier le brancard



- Placer le brancard le long de la victime
- Régler sa longueur en fonction de la taille de la victime.



- Verrouiller le dispositif
- S'assurer de la rigidité du système en tirant sur la partie mobile côté jambes



- Désolidariser les 2 parties du brancard en actionnant les dispositifs d'ouverture/ fermeture



- Placer la face palmaire des mains de la victime sur ces cuisses pour éviter de les pincer pendant la manœuvre de fermeture du brancard

## Mise en place



- Se placer de chaque côté de la victime, chacun muni d'une cuillère du brancard



- 1 secouriste saisit la victime à l'épaule et à la hanche pour la tirer vers lui très légèrement et faciliter ainsi la mise en place sous la victime
- Le 2eme secouriste glisse le cuillère en même temps
- Répéter l'opération pour la seconde cuillère
- Lors de la mise en place, s'assurer, s'assurer que les 2 cuillères soient bien en face pour faciliter sa fermeture

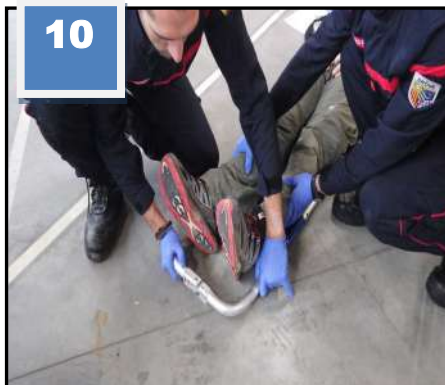
## Référentiel technique SUAP



9

- Réunir et solidariser les 2 parties, à l'aide des dispositifs d'encliquetage

Il convient de commencer par celui situé à la tête, puis celui des pieds



10

- S'assurer de la fermeture du dispositif à encliquetage en tirant latéralement sur les 2 parties du brancard



11

- Arrimer la victime au brancard cuillère si un brancardage doit être réalisé

## Relevage



12

- Se placer de chaque côté de la victime au niveau du bassin et procéder au relevage en suivant les consignes « gestes et postures »



13

- Déposer la victime sur un MID, un plan dur ou sur le brancard principal



14

- Retirer systématiquement le brancard cuillère, en réalisant la technique à l'inverse



**Le brancard cuillère est un moyen de relevage. Il peut être un dispositif de brancardage uniquement sur de courtes distances, cependant en aucun cas il ne peut être utilisé pour un transport**

R

## Risques?

- 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

E

## Efficacité?

- 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
- A l'issue de la manœuvre, la victime est **correctement installée** sur le brancard cuillère et les **fixations correctement fermées**



# REMERCIEMENT

Ce document a été réalisé grâce au travail qu'ont réalisé l'ensemble de l'équipe des Concepteur Encadrant d'Actions de Formation du SDIS 26 avec l'appui et la validation du service SSSM.

**Un grand remerciement à tous!**

Pour toutes questions veuillez contacter l'organisateur du GFS chargé des formations des formateurs du secours à personne.