



Documentation formateur

Q.P.A.C.R.E



Document réalisé par l'E.P.T secourisme du SDIS03



Mise à jour :
19-12-2011

PARTIE 3 : LA SECURITE

- I-3.1** : Le lavage des mains à l'eau et au savon
- I-3.2** : La friction des mains avec une solution hydro-alcoolique
- I-3.3** : Le retrait des gants à usage unique
- I-3.4.1** : Les dégagements d'urgence "traction par les chevilles"
- I-3.4.2** : Les dégagements d'urgence "traction par les poignets"
- I-3.4.3** : Les dégagements d'urgence "traction par les vêtements"
- I-3.4.4** : Les dégagements d'urgence "traction sous les aisselles"
- I-3.4.5** : Les dégagements d'urgence "sortie d'un véhicule"
- I-3.4.6** : Les dégagements d'urgence "dégagement d'un enfant"
- I-3.4.7.1** : Les dégagements d'urgence "traction sur le ol par équipier relais" (pieds)
- I-3.4.7.2** : Les dégagements d'urgence "traction sur le sol par équipier relais" (têtes)

PARTIE 5 : L'OBSTRUCTION BRUTALE DES VOIES AERIENNES

- I-5.1.1** : Les claques dans le dos "chez l'adulte"
- I-5.1.2** : Les claques dans le dos "chez l'enfant"
- I-5.1.3** : Les claques dans le dos "chez le nourrisson"
- I-5.2.1** : Les compressions abdominales et thoraciques "chez l'adulte et l'enfant"
- I-5.2.2** : Les compressions abdominales et thoraciques "chez la femme enceinte ou chez les personnes obèses"
- I-5.2.3** : Les compressions abdominales et thoraciques "chez le nourrisson"
- I-5.3** : Utilisation d'une bouteille doxygène
- I-5.4** : L'inhalation d'oxygène

PARTIE 6 : LES HEMORRAGIES EXTERNES

- I-6.1.1** : La compression directe "à l'aide de la main et des doigts"
- I-6.1.2** : La compression directe "pansement compressif"
- I-6.2.1** : La compression à distance : le garrot "avec un lien de toile sans boucle métallique"
- I-6.2.2** : La compression à distance : le garrot "avec un garrot avec boucle métallique"

PARTIE 7 : L'INCONSCIENCE

- I-7.1.1** : La libération des voies aériennes "bascule de la tête en arrière avec élévation de menton"
- I-7.1.2** : La libération des voies aériennes "bascule du menton sans bascule de la tête en arrière"
- I-7.1.3** : La libération des voies aériennes "chez le nourrisson"
- I-7.1.4** : La libération des voies aériennes "d'une victime en position assise dans un véhicule"
- I-7.2.1** : La position latérale de sécurité "à un secouriste"
- I-7.2.2** : La position latérale de sécurité "à 2 secouristes"
- I-7.3** : L'aspiration
- I-7.4** : Le maintien de la tête à deux mains
- I-7.5** : La pose d'un collier cervical
- I-7.6.1** : Retournement en urgence d'une victime "à un secouriste"
- I-7.6.2** : Retournement en urgence d'une victime "à 2 secouristes"
- I-7.7.1** : Retrait d'un casque de protection "à un secouriste"
- I-7.7.2** : Retrait d'un casque de protection "à 2 secouristes"

PARTIE 8 : L'ARRET CARDIAQUE

- I-8.1.1** : Compressions thoraciques "chez l'adulte"
- I-8.1.2** : Compressions thoraciques "chez l'enfant"
- I-8.1.3** : Compressions thoraciques "chez le nourrisson (moins de 1an)"
- I-8.2.1** : Ventilation artificielle par une méthode orale "chez l'adulte et l'enfant"
- I-8.2.2** : Ventilation artificielle par une méthode orale "chez le nourrisson et le nouveau né"
- I-8.2.1** : Ventilation artificielle par une méthode orale "chez le laryngectomisé"
- I-8.3** : Ventilation artificielle à l'aide d'un masque de poche "chez l'adulte et l'enfant"
- I-8.4.1** : Ventilation artificielle avec un insufflateur manuel "à 1 secouriste"
- I-8.4.2** : Ventilation artificielle avec un insufflateur manuel "à 2 secouristes"
- I-8.5.1** : La canule oro-pharyngée "chez l'adulte"
- I-8.5.2** : La canule oro-pharyngée "chez l'enfant"

PARTIE 9 : LA DEFIBRILLATION AUTOMATISEE EXTERNE

- I-9.1** : Mise en œuvre de la D.A.E
- I-9.2** : Administration d'oxygène par insufflation

PARTIE 12 : LES ACCIDENTS DE LA PEAU

- I-12.1** : Pansements

PARTIE 13 : LES TRAUMATISMES DES OS ET DES ARTICULATIONS

- I-13.1** : Immobilisation provisoire d'un membre
- I-13.2** : Application de froid

PARTIE 15 : LA SURVEILLANCE ET L'AIDE AU DEPLACEMENT

- I-15.1.1** : Aide à la marche "à un secouriste"
- I-15.1.2** : Aide à la marche "à 2 secouristes"
- I-15.2.1** : Déplacement de victimes non valides "saisie par les extrémités"
- I-15.2.2** : Déplacement de victimes non valides "technique de la "chaise" à mains"
- I-15.2.3** : Déplacement de victimes non valides "à l'aide d'une chaise d'ameublement"

PARTIE 2 : HYGIENE ET ASEPSIE

- II-2.1 :** Elimination des déchets à risque infectieux produits en intervention
- II-2.2.1 :** Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local "protocole simplifié"
- II-2.2.2 :** Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local "protocole quotidien"
- II-2.2.3 :** Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local "protocole de désinfection approfondie"
- II-2.3 :** Nettoyage et désinfection du matériel de secours

PARTIE 3 : LES BILANS

- II-3.1.1 :** Mesure de la pression artérielle "par palpation"
- II-3.1.2 :** Mesure de la pression artérielle "par auscultation"
- II-3.1.3 :** Mesure de la pression artérielle "automatique"
- II-3.2 :** Mesure de saturation capillaire
- II-3.3 :** Mesure de la température

PARTIE 5 : LES AFFECTIONS SPECIFIQUES

- II-5.2 :** Aider à la prise d'un médicament

PARTIE 7 : LES PANSEMENTS ET LES BANDAGES

- II-7.1.1 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement adhésif"
- II-7.1.2 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement individuel"
- II-7.1.3 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement type "C" "
- II-7.1.4 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement d'urgence"
- II-7.1.5 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le coussin hémostatique d'urgence"
- II-7.1.6 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement stérile pour brûlure "type SSA""
- II-7.1.7 :** Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "les draps et champs stériles"
- II-7.2.1 :** Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "d'un segment de membre"
- II-7.2.2 :** Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "du front ou du cuir chevelu"
- II-7.2.3 :** Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "d'une plaie du thorax"
- II-7.3 :** Maintenir un pansement à l'aide d'un filet tubulaire
- II-7.4 :** Utiliser un lot "membre arraché ou sectionné"

PARTIE 8 : LES IMMOBILISATIONS

- II-8.1.1 :** Maintenir la tête en position neutre
- II-8.1.2 :** Maintenir la tête en position latérale
- II-8.1.3 :** Maintenir la tête en position neutre "chez une victime debout ou assise"
- II-8.2.1 :** Poser un collier cervical "victime allongée sur le dos"
- II-8.2.2 :** Poser un collier cervical "victime assise ou debout"
- II-8.3 :** Mettre en place une attelle Cervico-Thoracique
- II-8.4.1 :** Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime allongée sur le dos"
- II-8.4.2 :** Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime allongée sur le ventre"
- II-8.4.3 :** Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime en position debout"
- II-8.5 :** Utiliser un Matelas immobilisateur à Depression
- II-8.6.1 :** Utiliser des attelles modelables "attelles de "KRAMER ""
- II-8.6.2 :** Utiliser des attelles lodelables "attelles modelables en alliage , doublées de mousse de type "Aluform""
- II-8.7 :** Utiliser une attelle à depression
- II-8.8 :** Utiliser une attelle en traction

PARTIE 9 : LES RELEVAGES

- II-9.1** : Préparer un dispositif de portage
- II-9.2.1** : Relevage d'une victime "pont néerlandais à 3 équipiers " porteurs ""
- II-9.2.2** : Relevage d'une victime "pont simple à 3 équipiers " porteurs " et un aide"
- II-9.2.3** : Relevage d'une victime "transfert d'une victime du lit au brancard à 3 porteurs avec la technique de la cuillères à 3 équipiers"
- II-9.3** : Relevage d'une victime à l'aide d'une alèse portoir
- II-9.4.1** : Relevage d'une victime "pont néerlandais à 4 équipiers " porteurs ""
- II-9.4.2** : Relevage d'une victime "pont amélioré à 4 équipiers "porteurs" et un aide""
- II-9.5** : Relevage d'une victime à l'aide d'un brancard cuillère
- II-9.6.1** : Relevage d'une victime en position particulière "victime en position latérale de sécurité"
- II-9.6.2** : Relevage d'une victime en position particulière "victime en position genoux fléchis"
- II-9.6.3** : Relevage d'une victime en position particulière "victime en position demi-assise"
- II-9.6.4** : Relevage d'une victime en position particulière "victime en position assise , transfert sur une chaise de transport"
- II-9.7** : Arrimage d'une victime sur le brancard

PARTIE 10 : LES BRANCARDAGES ET LE TRANSPORT

- II-10.1.1** : Départ , marche et arrêt du brancardage à 3 ou 4 "brancard normalisé"
- II-10.1.2** : Départ , marche et arrêt du brancardage à 3 ou 4 "le chariot brancard"
- II-10.2** : Franchir un obstacle à 3 équipiers
- II-10.3** : Franchir un obstacle à 4 équipiers
- II-10.4** : Brancarder à travers un passage étroit
- II-10.5** : Brancarder dans une pente ou un escalier
- II-10.6** : Transporter une victime sur une chaise de transport
- II-10.7.1** : Charger une victime dans une ambulance "en utilisant un brancard sans chariot"
- II-10.7.2** : Charger une victime dans une ambulance "en utilisant un brancard chariot"



Le lavage des mains à l'eau et au savon

Q Quand ?

- début et fin de journée , à la prise et la sortie du service
 - systématiquement entre deux victimes
- avant ou après un geste de la vie courante (moucher , manger , WC , etc.)
 - au retrait des gants
 - en présence de poudre sur les mains
- chaque fois que les mains sont visiblement souillées

P Pourquoi ?

- permet d'éliminer les souillures
- permet de réduire la flore transitoire (bactéries – virus – champignons...)
- permet de diminuer le risque de transmission de maladies

A Avec quoi ?

- savon neutre liquide doux présenté en flacon non rechargeable , avec pompe distributrice individuelle
 - point d'eau propre
- poubelle à pédale ou sans couvercle équipée d'un sac jetable
- distributeur d'essuie-mains à usage unique (en papier ou en non tissé)

e Comment ?

- se mouiller les mains
 - prendre une dose de savon liquide
- savonner entre 10 et 15 s en insistant sur la pulpe des doigts , les espaces interdigitaux , le pourtour des ongles , les bords externes des mains , mais aussi le dos des mains , les paumes et les poignets
 - rincer abondamment sous l'eau , ne pas toucher au robinet
 - sécher par tamponnement avec essuie-mains à usage unique
 - utiliser le dernier essuie-mains pour fermer le robinet
- jeter l'essuie-mains dans une poubelle sans la toucher avec les mains

R Risques ?

Aucun risque

e Efficacité ?

- les mains doivent être propres et sèches à l'issue de la procédure avant de mettre les gants à usage unique
 - recommencer la procédure tant qu'il reste des souillures visibles
 - utiliser un point d'eau courante et des essuie-mains à usage unique
 - les mains doivent être sèches avant de mettre les gants



La friction des mains avec une solution hydro-alcoolique

Q Quand ?

- en début et fin de journée en l'absence de point d'eau
 - systématiquement entre deux victimes
- avant ou après un geste de la vie courante (moucher , manger , WC , etc.)
- avant toute manipulation de dispositifs médicaux stériles ou non
 - après le port de gants non poudrés

P Pourquoi ?

- permet d'offrir une solution au moins aussi efficace que le lavage des mains, sur des mains visiblement propres lorsque le secouriste n'a pas accès à l'eau en intervention
- permet de prévenir la transmission des maladies infectieuses

A Avec quoi ?

- produit hydro-alcoolique pour traitement hygiénique des mains par friction présenté sous forme de gels ou sous forme de liquides :
 - en flacon non rechargeable avec pompe distributrice individuelle
 - en flacon de faible volume , d'un format de poche

e Comment ?

- enlever montre , bague et autres bijoux
- s'assurer que vos mains sont sèches ou se sécher les 2 mains si elles sont humides
- verser la quantité suffisante pour recouvrir le 2 mains dans le creux de la main et tenir au moins 30 secondes de temps de friction (il peut être augmenté à 1 minute en fonction des produits ou des recommandations des fabricants)
- frictionner sans arrêter toutes les surfaces des mains en insistant sur la pulpe des doigts , les paumes (ne pas oublier les espaces interdigitaux , le dos de la main , les poignets ...) jusqu'à évaporation complète
 - ne pas rincer et ne pas essuyer

R Risques ?

- Non efficace si les mains sont fortement contaminées par des saletés , du sang , du talc ou d'autres matières organiques
- Peut assécher la peau et dégager des odeurs susceptibles de déplaire à certains utilisateurs
- Provoque une sensation de piqûre si les mains du secouriste présente des plaies

e Efficacité ?

- les mains doivent être sèches à l'issue de la procédure avant de mettre les gants de soins à usage unique
- la quantité de solution utilisée doit être suffisante pour recouvrir la totalité de la surface des mains
 - le lavage simple des mains s'impose après 3 à 5 utilisations
 - les mains doivent être propres et sèches
- la solution doit être répartie sur toute la surface de la main par friction , jusqu'à l'assèchement
 - le temps de contact d'un minimum de 30 secondes doit être respecté
 - les gants de soins ne doivent pas être poudrés



Le retrait des gants à usage unique

Q Quand ?

- chaque fois que le secouriste doit enlever une paire de gant à usage unique

P Pourquoi ?

- permet de protéger le secouriste de germes dangereux
- permet d'éviter la contamination des mains du secouriste au moment du retrait des gants à usage unique
- permet d'éviter la contamination d'une autre personne (retrait précipité du gant) par le secouriste

A Avec quoi ?

- une paire de gant à usage unique, non talquée et si possible hypoallergénique

e Comment ?

- saisir un gant au niveau du poignet en évitant de toucher la peau
 - retirer le premier gant en le retournant
 - rouler le gant retiré dans la paume de l'autre main
- 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
 - retirer le second gant en le retournant
- les jeter ensuite dans un conteneur ou DASRI prévu à cet effet

R Risques ?

Même si elle est correctement réalisée, la méthode de retrait des gants à usage unique sera complétée par le lavage des mains du secouriste

e Efficacité ?

- en aucun cas la peau des mains du secouriste ne doit entrer en contact avec la face souillée des gants à usage unique afin d'éviter de se contaminer
 - ne jamais toucher la face externe des gants
 - jeter les gants dans un conteneur de récupération des D.A.S.R.I



Les dégagements d'urgence "traction par les chevilles"

Q Quand ?

- soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr
- permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

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

R Risques ?

Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre
 - les prises de la victime sont solides
 - le dégagement est le plus rapide possible
 - la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "traction par les poignets"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr □ permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime
A	Avec quoi ?	<p>aucun matériel nécessaire</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • saisir la victime par les poignets • tirer la victime sur le sol , jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr
R	Risques ?	<p>Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale</p>
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre <ul style="list-style-type: none"> □ les prises de la victime sont solides □ le dégagement est le plus rapide possible □ la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "traction par les vêtements"

Q Quand ?

- soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr
- permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

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

R Risques ?

Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre
 - les prises de la victime sont solides
 - le dégagement est le plus rapide possible
 - la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "traction sous les aisselles"

Q Quand ?

- soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr
- permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime
- permet de déplacer la victime dans des escaliers ou sur un sol accidenté , tout en protégeant la tête de la victime

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- 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 à reculons , jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr

R Risques ?

Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre
 - les prises de la victime sont solides
 - le dégagement est le plus rapide possible
 - la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "sortie d'un véhicule"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr □ permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime
A	Avec quoi ?	<p>aucun matériel nécessaire</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • détacher ou couper la ceinture de sécurité • dégager éventuellement les pieds de la victime des pédales du véhicule • passer la main sous son aisselle la plus proche et maintenir son menton • passer l'autre main sous l'autre aisselle et saisir sa ceinture ou son poignet opposé • tirer la victime hors du véhicule en se redressant , tout en poursuivant le maintien de sa tête • allonger la victime sur le sol , en zone sûre en accompagnant sa tête et sa nuque . Un second secouriste peut aider à allonger la victime sur le sol
R	Risques ?	<p>Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale</p>
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre <ul style="list-style-type: none"> □ les prises de la victime sont solides □ le dégagement est le plus rapide possible □ la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "dégagement d'un enfant"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr □ permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime
A	Avec quoi ?	<p>aucun matériel nécessaire</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • une main saisit l'épaule opposée , le poignet et l'avant bras soutenant le cou et la tête de l'enfant • l'autre main saisit la hanche opposée en passant sous le bas de cuisse
R	Risques ?	<p>Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale</p>
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre <ul style="list-style-type: none"> □ les prises de la victime sont solides □ le dégagement est le plus rapide possible □ la prise de risque de la part du secouriste est minime



Les dégagements d'urgence "traction sur le sol par équipier relais"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • soustraire une victime à un danger réel , vital , immédiat et non contrôlable "la hauteur doit être suffisante pour qu'un secouriste puisse se glisser sous l'obstacle" "le calage du véhicule ou de l'obstacle sera réalisé ou vérifié avant toute manoeuvre"
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de déplacer , de quelques mètres ou plus , en quelques secondes la victime jusqu'à un lieu sûr <input type="checkbox"/> permet de réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser ainsi que la surveillance de la victime <input type="checkbox"/> permet de tirer une victime gisant sous un obstacle , et accessible par la tête ou par les pieds si on peut se glisser jusqu'à elle
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • l'équipier relais doit se munir de vêtements épais et de gants
----------	-------------	--

e	Comment ?	<p style="text-align: center;">Soit par les pieds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ramper sous l'obstacle et aborder la victime • saisir la victime au niveau des chevilles <p style="text-align: center;">Soit par la tête :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ramper sous l'obstacle et aborder la victime <ul style="list-style-type: none"> • ramener les poignets de la victime sur la poitrine de celle-ci , puis engager ces propres avants-bras sous les aisselles du blessé , la tête de la victime est calée par la tête et l'une des épaules de l'équipier • saisir les poignets de la victime , ou un poignet et la ceinture , ou les aisselles • un ou 2 autres secouristes saisissent les chevilles du secouriste relais , lorsque ce dernier dit "tirez" , l'ensemble équipier relais + victime est tiré de dessous l'obstacle
----------	-----------	--

R	Risques ?	<p style="text-align: center;">Même s'ils permettent de soustraire la victime à une mort quasi certaine , ils sont susceptibles d'aggraver ses lésions notamment de la colonne vertébrale</p>
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger , en zone sûre <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les prises de la victime sont solides <input type="checkbox"/> le dégagement est le plus rapide possible <input type="checkbox"/> la prise de risque de la part du secouriste est minime
----------	--------------	---



Les claques dans le dos "chez l'adulte"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime adulte consciente qui présente une obstruction brutale grave des voies aériennes
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de provoquer des mouvements de toux <input type="checkbox"/> permet de débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • se positionner sur le côté et légèrement en arrière de la victime • soutenir son thorax avec une main et pencher suffisamment la victime en avant pour que le corps étranger dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes • donner 5 claques vigoureuses dans le dos de la victime , entre les deux omoplates , avec le plat de l'autre main ouverte <ul style="list-style-type: none"> • arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue • si la technique est inefficace , appliquer la technique des compressions abdominales
----------	-----------	--

R	Risques ?	<p>Même s'il existe un risque minime de blesser la victime , la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger ne doit pas être diminuer</p>
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de toux <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale en cas d'inefficacité , après avoir effectué 5 claques dans le dos , réaliser des compressions abdominales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données entre les deux omoplates <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données avec le plat de la main <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données de façon rigoureuse (ou sèche)
----------	--------------	--



Les claques dans le dos "chez l'enfant"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un enfant conscient qui présente une obstruction brutale grave des voies aériennes
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de provoquer des mouvements de toux <input type="checkbox"/> permet de débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • se positionner sur le côté et légèrement en arrière de l'enfant • placer la tête de l'enfant encore plus vers le bas que l'adulte, le secouriste peut s'asseoir et basculer l'enfant au dessus de son genou afin de lui donner les claques dans le dos, si ce n'est pas possible, soutenir son thorax avec une main et pencher suffisamment l'enfant en avant pour que le corps étranger dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes • donner 5 claques vigoureuses dans le dos de l'enfant, entre les deux omoplates, avec le plat de l'autre main ouverte <ul style="list-style-type: none"> • arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue • si la technique est inefficace, appliquer la technique des compressions abdominales
----------	-----------	---

R	Risques ?	<p>Même s'il existe un risque minime de blesser la victime, la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger ne doit pas être diminuer</p>
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de toux <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale en cas d'inefficacité, après avoir effectué 5 claques dans le dos, réaliser des compressions abdominales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données entre les deux omoplates <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données avec le plat de la main <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données de façon rigoureuse (ou sèche)
----------	--------------	--



Les claques dans le dos "chez le nourrisson"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un nourrisson conscient qui présente une obstruction brutale grave des voies aériennes
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de provoquer des mouvements de toux <input type="checkbox"/> permet de débloquer et expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes
A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • coucher le nourrisson , tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras , de façon à ce que la tête soit plus basse que son thorax ce qui facilite l'expulsion du corps étranger • maintenir la tête avec les doigts , de part et d'autre de l'angle de la mandibule tout en évitant d'appuyer sur sa gorge • donner 5 claques dans le dos du nourrisson , entre les deux omoplates , avec le plat de l'autre main ouverte
R	Risques ?	<p>Même s'il existe un risque minime de blesser la victime , la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger ne doit pas être diminuée</p>
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de toux <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale en cas d'inefficacité , après avoir effectué 5 claques dans le dos , réaliser des compressions abdominales <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données entre les deux omoplates <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données avec le plat de la main <input type="checkbox"/> les claques dans le dos sont données de façon rigoureuse (ou sèche)



Les compressions abdominales et thoraciques "chez l'adulte et l'enfant"

Q Quand ?

- chez une victime adulte , consciente , debout ou assise , si l'obstruction totale des VA persiste , malgré des claques dans le dos
- chez un enfant , conscient , debout ou assis , si l'obstruction totale des VA persiste , malgré des claques dans le dos

P Pourquoi ?

- permet de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime
- permet d'expulser le corps étranger hors des VA , par effet de "piston"

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- après avoir réalisé sans succès les 5 claques dans le dos , se positionner derrière la victime , contre son dos , (en fléchissant les genoux pour être à sa hauteur) , en passant ses bras sous ceux de la victime de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen
- s'assurer que la victime est bien penchée en avant pour que l'obstacle dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes
 - mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen , au creux de l'estomac , au dessus du nombril et en dessous du sternum
 - placer l'autre main sur la première , les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes
- tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut , 5 fois maximum , le corps étranger devrait se débloquer et sortir de la bouche de la victime
 - (plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires , suivant l'importance et la position du corps étranger)
 - lorsque la victime a bénéficié de compressions abdominales , un **avis médical doit être obtenu**

R Risques ?

- Même si elles sont réalisées correctement , elles peuvent entraîner des complications par traumatisme des organes internes de l'abdomen**
- Si la position des mains n'est pas correcte , les compressions abdominales peuvent entraîner des traumatismes des côtes et du sternum**

e Efficacité ?

- l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger
- l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs et/ou de cris chez l'enfant
 - l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale
 - les compressions abdominales sont données en position correcte
 - la direction des compressions est conforme
 - la compression est suffisante



Les compressions abdominales et thoraciques "chez la femme enceinte ou chez la personne obèse"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une femme enceinte (dans les 3 derniers mois de la grossesse) ou sur une victime obèse , consciente , debout ou assise , si l'obstruction totale des VA persiste , malgré des claques dans le dos • chez une victime obèse , consciente , debout ou assise , si l'obstruction totale des VA persiste , malgré des claques dans le dos
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime <input type="checkbox"/> permet d'expulser le corps étranger hors des VA , par effet de "piston"
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • après avoir réalisé sans succès les 5 claques dans le dos , se positionner derrière la victime en passant les avant-bras sous ses bras et encercler la poitrine de la victime • mettre un poing au niveau du sternum sans appuyer sur la pointe inférieure du sternum • placer l'autre main sur la première en n'appuyant pas les avant-bras sur les côtes • tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière , 5 fois maximum <p>(plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires , suivant l'importance et la position du corps étranger)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lorsque la victime a bénéficié de compressions thoraciques , un avis médical doit être obtenu
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même si elles sont réalisées correctement , elles peuvent entraîner des complications par traumatisme des organes internes de l'abdomen <input type="checkbox"/> Si la position des mains n'est pas correcte , les compressions abdominales peuvent entraîner des traumatismes des côtes et du sternum
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs et/ou de cris chez l'enfant <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les compressions abdominales sont données en position correcte <input type="checkbox"/> la direction des compressions est conforme <input type="checkbox"/> la compression est suffisante
----------	--------------	---



Les compressions abdominales et thoraciques "chez le nourrisson "

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un nourrisson conscient , allongée , si l'obstruction totale des VA persiste , malgré des claques dans le dos
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime □ permet d'expulser le corps étranger hors des VA , par effet de "piston" <p>(plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires , suivant l'importance et la position du corps étranger)</p>
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • après avoir réalisé sans succès les 5 claques dans le dos , placer votre avant-bras contre le dos du nourrisson et votre main sur sa tête , le nourrisson est alors entre vos deux avant-bras et vos deux mains • retourner le nourrisson sur le dos tout en le maintenant fermement , l'allonger , tête basse , sur l'avant-bras et la cuisse • placer 2 doigts , au milieu de la poitrine sur la moitié inférieure du sternum , la position des doigts est identique à celle des compressions thoraciques lors de l'arrêt cardiaque du nourrisson • effectuer 5 compressions thoraciques plus lentement et plus profondément que les compressions thoraciques réalisées au cours de la RCP <p>(plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires , suivant l'importance et la position du corps étranger)</p> <ul style="list-style-type: none"> • lorsque le nourrisson a bénéficié de compressions thoraciques , un avis médical doit être obtenu
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Même si elles sont réalisées correctement , elles peuvent entraîner des complications par traumatisme des organes internes de l'abdomen □ Si la position des mains n'est pas correcte , les compressions abdominales peuvent entraîner des traumatismes des côtes et du sternum
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>l'efficacité de la technique est jugée sur le rejet du corps étranger</i> □ <i>l'efficacité de la technique est jugée sur l'apparition de pleurs et/ou de cris chez le nourrisson</i> □ <i>l'efficacité de la technique est jugée sur la reprise d'une respiration normale</i> □ les compressions abdominales sont données en position correcte <ul style="list-style-type: none"> □ la direction des compressions est conforme □ la compression est suffisante
----------	--------------	---



Utilisation d'une bouteille d'oxygène

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • systématiquement chez une victime qui présente une détresse vitale • dans les autres cas sur indication médicale
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de stocker et de transporter une grande quantité d'oxygène comprimé dans des récipients spéciaux (les bouteilles) sous un faible encombrement □ permet de détendre et de ramener l'oxygène comprimé à la pression atmosphérique ambiante à l'aide d'un dispositif fixé sur la bouteille appelé détendeur <ul style="list-style-type: none"> □ permet d'administrer à la victime un débit d'oxygène réglé par un appareil appelé débitmètre □ permet d'alimenter un appareil respiratoire automatique sur indication et en présence d'un médecin □ permet de servir de vecteur aux médicaments inhalés par nébulisation sur indication et en présence d'un médecin
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • bouteille d'oxygène (voir annexe A-1) • détendeur-débitmètre intégré (voir annexe A-2) • étiquettes et accessoires (voir annexe A-3) • autonomie (voir annexe A-4)
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • ouvrir la bouteille en tournant lentement le robinet d'ouverture • ou brancher le tuyau d'O₂ du masque à inhalation ou de la réserve à O₂ de l'insufflateur , sur l'olive de sortie • ou brancher le respirateur automatique , sur la prise normalisée à 3 crans • ouvrir progressivement le robinet (en passant par les débits intermédiaires) sans jamais forcer : <ul style="list-style-type: none"> -utilisation avec un tuyau d'O₂ branché sur l'olive : régler le débit d'O₂ à administrer à la victime (ce débit doit rester à 0 si l'O₂ est utilisé avec un dispositif alimenté par la prise normalisée à 3 crans) -utilisation avec un tuyau d'O₂ branché sur la prise normalisée 3 crans : aucun réglage de débit n'est nécessaire • après chaque utilisation : débrancher le tuyau , le respirateur ou le réseau ; fermer la bouteille ; ramener le débitmètre à 0 (débit de 0 l/min) <p style="text-align: center;">ATTENTION :</p> <p>le positionnement du robinet de réglage du débit entre 2 valeurs de débits entraîne l'arrêt de la délivrance du gaz à la sortie dès qu'un appareil respiratoire est branché sur la prise normalisée à 3 crans , et que l'O₂ au masque n'est plus utilisé , il faut alors ramener à 0 le robinet de distribution tout en laissant la bouteille ouverte ce qui évite une perte d'O₂</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ En dehors de certains cas qui sortent du domaine de l'urgence , l'administration d'O₂ bien conduite ne peut être nocive à la victime . C'est pourquoi en situation de détresse , l'O₂ est administré largement □ L'O₂ est un comburant qui entretient et active la combustion . Il peut également entraîner l'inflammation des corps gras , de poussières ou de tous objets inflammables installés à proximité <ul style="list-style-type: none"> □ Pour éviter tout incident , il faut respecter les consignes suivantes : <ul style="list-style-type: none"> -consignes de conservation , stockage et transport (voir annexe R-1) -consignes de manipulation et d'utilisation (voir annexe R-2)
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>en cas de doute , vérifier que l'O₂ est bien délivré à la sortie du tuyau venant de la bouteille . Pour cela , écouter le bruit généré par la sortie du gaz et pincer l'extrémité du tuyau 1 à 2 secondes , puis le relâcher . On perçoit ainsi le bruit sec lié à la sortie brutale de l'O₂ comprimé dans le tuyau pendant le temps où ce dernier est resté pincé</i> <ul style="list-style-type: none"> □ la bouteille doit avoir été vérifiée antérieurement à son utilisation <ul style="list-style-type: none"> □ la bouteille doit être ouverte □ la bouteille doit avoir un débit réglé aux valeurs conformes au présent référentiel national

ANNEXE A-1 :

La bouteille d'oxygène :

- les bouteilles d'oxygène peuvent être de différents volumes : 2, 5 et 15 litres (volume en eau) contenant respectivement , pleines et sous pression , (200 bars) environ à 0,5 , 1 et 3 m³ d'oxygène .
- en France , les bouteilles sont blanches , en matière composite , légères , équipées d'une poignée de transport , d'une gaine de protection et d'un chapeau inamovible dans lequel est logé un système de détente et de débitmètre intégré .
- plusieurs indications sont gravées sur la bouteille en particulier la date de la dernière vérification , la pression maximale et son volume en eau .
(La bouteille d'oxygène est composée : d'un capot , d'un Détendeur débitmètre , d'une poignée et du corps de la bouteille) .

ANNEXE A-2 :

Le détendeur-débitmètre intégré est composé :

- d'un manomètre haute pression , avec des plages colorées , qui indique la pression régnant à l'intérieur de la bouteille .
- d'une sécurité active , sous forme d'un volet , empêchant tout branchement intempestif sur la bouteille lorsque celle ci est en position fermée .
- d'un record de sortie (olive) , qui permet de brancher un tuyau afin d'alimenter un masque à inhalation ou un ballon-réserve en oxygène d'un insufflateur .
- d'une prise normalisée à 3 crans afin d'alimenter un respirateur ou un réseau de distribution d'oxygène interne au véhicule de secours .
- d'un robinet d'ouverture de la bouteille .
- d'un robinet permettant de régler le débit d'utilisation , par pallier sur une plage de 0 à 15 l/min .
- d'une soupape de sécurité tarée à 200 bars .
- d'un record de remplissage spécifique, pour le conditionnement chez le fournisseur .

ANNEXE A-3:

Étiquettes et accessoires :

La bouteille d'oxygène est fournie avec :

- une étiquette identifiant le nom du laboratoire fournisseur .
 - une notice "produit" .
 - une étiquette identifiant le numéro du lot d'oxygène et sa date limite d'utilisation .
- Un panneau étiquette " danger " , collé sur la bouteille , rappelle les risques liés à son utilisation et les principales mesures à respecter .

ANNEXE A-4:

L'autonomie :

L'autonomie de la bouteille dépend :

- de la quantité d'oxygène disponible , déterminée par la pression qui règne à l'intérieur de la bouteille et par le volume en eau de la bouteille .
- de la consommation en oxygène, c'est à dire administré à la victime .

Quantité d'oxygène (litre) = Pression (bar) x Volume en eau de la bouteille (litre) .

Autonomie (min) = Quantité d'oxygène (litre) / débit (litre / min) .

Ne pas attendre que la bouteille soit complètement vide pour la changer (c'est à dire , lorsque l'aiguille est dans la partie inférieure de la zone rouge) .

ANNEXE R-1:

Consigne de conservation , stockage et transport :

- les bouteilles doivent être protégées des intempéries , des sources de chaleur (température supérieure ou égale à 50°C) et conservées dans un local aéré ou ventilé , propre et sans matières inflammables .
- les bouteilles pleines et les bouteilles vides doivent être conservées séparément .
- les bouteilles concernées ou transportées doivent être solidement arrimées et installées dans un emplacement permettant de les protéger des chutes et des chocs .
- les bouteilles doivent être maintenues en position verticale , robinet fermé .
- les bouteilles doivent être déplacées sans être traînées ou roulées sur le sol .
- les bouteilles ne doivent pas être soulevées par le robinet .
- les bouteilles ne doivent jamais être graissées ou lubrifiées ni enduites de corps gras .**
- il ne faut jamais utiliser de flacons pressurisés (laque , désodorisant...) , de solvant (alcool , essence...) ou de produits corrosifs pour nettoyer les bouteilles .**

ANNEXE R-2:

Consignes de manipulations et d'utilisation :

- vérifier le bon état du matériel et la présence d'oxygène dans la bouteille avant la prise de fonction du secouriste .
- vérifier la date limite d'utilisation de l'oxygène figurant sur le conditionnement .
- conserver l'intégrité des étiquetages .
- manipuler le matériel avec des mains propres , exemptes de graisses .
- utiliser des tuyaux de raccordement spécifiques à l'oxygène .
- ne pas enduire de corps gras le visage de la victime ni le dispositif d'administration (masque...) .
- ne pas ouvrir la bouteille lorsqu'elle est en position couchée ou à proximité de matières inflammables pour éviter le risque de propagation d'incendie .
- ne jamais procéder à plusieurs mises en pressions successives rapprochées .
- ne jamais ouvrir le débitmètre avant d'ouvrir le robinet (il doit être réglé à 0 l/min au préalable) .
- ne jamais se placer ou placer la victime face à la sortie du robinet lors de l'ouverture , mais toujours du côté opposé au détendeur , derrière la bouteille et en retrait .
- ne jamais utiliser une bouteille présentant un défaut d'étanchéité . En cas de fuite , fermer le robinet .
- ne jamais approcher une flamme , une source de chaleur supérieure à 50°C ou un appareil générant des étincelles .
- en cas de phénomène anormal (étincelles , crépitements) , il faut immédiatement , dans la mesure du possible , refermer le robinet de la bouteille .



L'inhalation d'oxygène

Q Quand ?

- chez toute victime qui présente une détresse vitale et dont la respiration est suffisante , c'est-à-dire d'une fréquence supérieure à 6 mouvements par minute
- chez une personne victime d'un accident dû à l'eau (noyade) ou d'une intoxication au monoxyde de carbone suspectée ou avérée

P Pourquoi ?

*Un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par une victime qui respire est appelé : **inhalation d'oxygène***

- permet d'entraîner une augmentation de la qualité d'oxygène dans les poumons
- permet d'augmenter la quantité d'oxygène transportée par le sang jusqu'aux tissus de l'organisme , notamment au niveau du cerveau

A Avec quoi ?

- masque à inhalation dit à haute concentration (voir annexe A-1)
- insufflateur manuel et le ballon réserve d'oxygène (voir annexe A-2)
- autres dispositifs d'administration d'oxygène (voir annexe A-3)

e Comment ?

- ouvrir la bouteille d'oxygène
- relier le tuyau du masque à l'olive de sortie d'oxygène
- régler le débit et obturer la valve du masque avec votre doigt pour permettre au ballon réserve de se remplir
- placer rapidement le masque sur la victime et ajuster le cordon élastique derrière sa tête pour maintenir le masque en position . Si nécessaire , modeler l'agrafe de nez pour l'ajuster, si elle existe
- quand le patient inspire , le ballon réserve ne doit pas s'aplatir complètement . Si tel est le cas , augmenter le débit progressivement jusqu'à ce que le réservoir reste en permanence au moins à moitié rempli
- surveiller attentivement la fréquence respiratoire de la victime

débit d'oxygène en inhalation avec un MHC ou un insufflateur manuel équipé d'un ballon réserve
(les débits sont donnés à titre indicatif , ils peuvent être adaptés en fonction des recommandations du fabricant du masque) :
Adulte : 9 l/min ; Enfant : 6 l/min ; Nourisson : 3 l/min

R Risques ?

- Même si l'administration complémentaire d'oxygène même à de très hautes concentrations (80 à 90 %) est bénéfique à la victime , elle n'est pas toxique**
- La toxicité de l'oxygène n'apparaît que lorsque l'inhalation d'oxygène est réalisée à haute concentration et sur une longue durée (plusieurs heures)**

e Efficacité ?

- un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par la victime doit entraîner un accroissement de la saturation artérielle en oxygène**
 - le masque doit être correctement installé sur la face de la victime et ne pas la gêner**
- administré avec un masque à inhalation à haute concentration , le ballon réserve ne doit pas se dégonfler complètement . Ajuster le débit si nécessaire**
 - la respiration de la victime soit suffisante (> 6 par min)**
 - le masque à inhalation soit correctement positionné sur la face de la victime**
 - le débit soit suffisant pour empêcher un dégonflement du ballon réserve**

ANNEXE A-1 :

Le masque à inhalation dit à haute concentration :

- ce masque est un dispositif d'administration d'oxygène sans ré-inspiration (la victime n'inhale pas l'air qu'elle respire) .
- ce masque est muni d'un réservoir d'oxygène situé au-dessous d'une valve anti-retour et qui empêche la victime de rejeter l'air expiré dans ce resevoir .
- il existe des modèles "adulte" et "enfant" .

ANNEXE A-2 :

L'insufflateur manuel et le ballon réserve d'oxygène :

- l'insufflateur manuel peut aussi être utilisé avec son ballon réserve d'oxygène pour réaliser une inhalation d'oxygène .
- toutefois , chez une victime en ventilation spontanée, l'utilisation d'un masque haute concentration est préférable car il offre moins de résistance à l'inspiration .

ANNEXE A-3 :

Les autres dispositifs d'administration d'oxygène :

- masques à inhalation par trompe de Venturi .
- masque à inhalation simple .
- sondes ou lunettes introduites dans les narines de la victime .

Ces dispositifs sont à proscrire et ne seront utilisés et mis en place que par un médecin .



La compression directe "à l'aide de la main et des doigts"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • devant toute hémorragie externe (plaie qui saigne abondamment)
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la plupart des hémorragie externe s'arrêtent en appuyant sur la plaie <input type="checkbox"/> la compression directe est une technique facile et rapide <input type="checkbox"/> la compression directe est très efficace et suffit dans la plupart des cas pour arrêter le saignement
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • paire de gants à usage unique • une ou plusieurs compresses stériles OU • carré de tissu (mouchoir propre plié) OU • carré de papier (paquet de mouchoir jetables non-tissés)
----------	-------------	--

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • appuyer directement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main protégés par un gant à usage unique • il est possible d'interposer entre la main et la plaie une ou plusieurs compresses stériles ou à défaut un carré de tissu (mouchoir propre plié) ou de papier (paquet de mouchoir jetables non-tissés) <p style="text-align: center;">Observations :</p> <p style="text-align: center;">dans tous les cas , la compression de la plaie qui saigne doit être maintenue jusqu'à l'arrivée des secours , si nécessaire en recherchant la coopération d'une autre personne ou de la victime</p> <p style="text-align: center;">Cas particuliers :</p> <p style="text-align: center;">si la victime présente une fracture ouverte , avec un morceau d'os visible ou si la plaie qu saigne contient un corps étranger visible , la compression directe doit être réalisée immédiatement au-dessus et au-dessous de l'objet mais jamais sur l'objet au risque d'aggraver la lésion et/ou blesser le secouriste</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même si la compression doit être suffisante pour arrêter l'hémorragie , elle ne doit pas gêner la circulation sanguine en dessous de l'hémorragie . L'extrémité ne doit être ni froide ni engourdie , ni violacée (couleur du lit de l'ongle) et on doit pouvoir glisser un doigt sous le pansement
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'efficacité de la technique est jugée sur l'arrêt du saignement <input type="checkbox"/> le pansement compressif doit recouvrir la totalité de la plaie <input type="checkbox"/> la compression doit être suffisante et on doit pouvoir glisser un doigt en dessous <input type="checkbox"/> la compression doit être permanente
----------	--------------	---



La compression directe "pansement compressif"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • devant toute hémorragie externe (plaie qui saigne abondamment) • si le secouriste dispose d'un pansement compressif
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet au secouriste de se libérer □ la plupart des hémorragie externe s'arrêtent en appuyant sur la plaie
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • paire de gants à usage unique • pansement compressif réalisé avec : <ul style="list-style-type: none"> -un pansement individuelle qui contient dans le même emballage tout le matériel nécessaire à la réalisation d'un pansement compressif -un ou plusieurs tampons stériles maintenus par un bandage -un coussin hémostatique (pansement individuel comprenant un tampon de mousse , une compresse stérile et une bande élastique) -un tampon de tissu ou de papier (mouchoir plié par exemple) maintenu en place par un lien large
----------	-------------	--

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • les compresses et le tampon mis à la place doivent être , si possible , stériles et recouvrir complètement la plaie qui saigne • la substitution de la compression manuelle par le pansement compressif doit être le plus rapide possible • le lien large (bande élastique ou non) doit recouvrir complètement le pansement en entourant le segment de membre • le lien doit être suffisamment serré pour garder une pression suffisante sur l'endroit qui saigne et éviter que le saignement ne reprenne <p>Observations :</p> <p>certaines localisations ne permettent pas de fixer facilement le tampon avec un lien large (cou , thorax , abdomen) . Dans ce cas , la compression manuelle doit être maintenue</p> <p>dans tous les cas , la compression de la plaie qui saigne doit être maintenue jusqu'à l'arrivée des secours , si nécessaire en recherchant la coopération d'une autre personne ou de la victime</p> <p>Cas particuliers :</p> <p>si le saignement ne s'arrête pas , il ne faut pas enlever le pansement mais réaliser un autre pansement sur le premier afin d'augmenter la compression . Si ce n'est pas efficace , reprendre la compression manuelle</p>
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Même si la compression doit être suffisante pour arrêter l'hémorragie , elle ne doit pas gêner la circulation sanguine en dessous du siège de l'hémorragie . L'extrémité ne doit être ni froide ni engourdie , ni violacée (couleur du lit de l'ongle) et on doit pouvoir glisser un doigt sous le pansement
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>l'efficacité de la technique est jugée sur l'arrêt du saignement</i> □ le pansement compressif doit recouvrir la totalité de la plaie □ la compression doit être suffisante et on doit pouvoir glisser un doigt en dessous <ul style="list-style-type: none"> □ la compression doit être permanente
----------	--------------	---



La compression à distance : le garrot "avec un lien de toile sans boucle métallique"

Q Quand ?

- si la compression locale est inefficace ou impossible à réaliser du fait de :
 - type de lésion
 - nombre élevé de victimes
 - position de la victime
 - accès au blessé est difficile

P Pourquoi ?

- permet d'interrompre totalement la circulation du sang en aval , en exerçant une compression circulaire autour du membre concerné

A Avec quoi ?

- lien de toile non élastique
(de 3 à 5cm de large et 1,5m de longueur . Ce lien peut être éventuellement improvisé avec une cravate , une écharpe , un foulard si le secouriste se trouve sans matériel)

e Comment ?

- posé au bras ou à la cuisse
- le garrot est mis en place :
 - au membre inférieur , sur la cuisse , entre la plaie et l'aîne
 - au membre supérieur , sur le bras , entre la plaie et l'aisselle
- glisser le lien large , plié en deux , sous le genou ou le bras de la victime . La boucle vers l'intérieur
 - remonter le garrot à la racine de la cuisse
- passer un chef du lien large dans la boucle et tirer sur les 2 chefs pour serrer le garrot
- maintenir la traction et terminer en nouant les deux chefs . On vérifie que le saignement est bien arrêté
 - le garrot doit rester toujours visible : ne pas le recouvrir
 - l'heure de pose du garrot sera notée de manière visible
 - une fois le garrot posé , il ne doit être desserré que sur ordre d'un médecin

R Risques ?

- **Même si le garrot supprime totalement la circulation du sang sans le membre concerné , il doit être posé en respectant scrupuleusement les indications ci-dessus .**

e Efficacité ?

- l'efficacité de la technique est jugée sur l'arrêt du saignement
 - le garrot est posé à la racine du membre
- le garrot est suffisamment serré (impossible de glisser un doigt dessous)
 - la compression que le garrot exerce est permanente



La compression à distance : le garrot "avec un garrot avec boucle métallique"

Q Quand ?

- si la compression locale est inefficace ou impossible à réaliser du fait de :
 - type de lésion
 - nombre élevé de victimes
 - position de la victime
 - accès au blessé est difficile

P Pourquoi ?

- permet d'interrompre totalement la circulation du sang en aval , en exerçant une compression circulaire autour du membre concerné

A Avec quoi ?

- garrot de toile non élastique type "service de santé des armés"
(large de 2,5cm et long de 75cm et muni d'une boucle métallique facilitant le serrage et le maintien)

e Comment ?

- posé au bras ou à la cuisse
- le garrot est mis en place :
 - au membre inférieur , sur la cuisse , entre la plaie et l'aîne
 - au membre supérieur , sur le bras , entre la plaie et l'aisselle
- glisser le garrot sous la cuisse ou le bras de la victime . La boucle métallique vers l'intérieur , la partie métallique repose sur le sol
- remonter le garrot à la racine de la cuisse ou du bras et engager l'extrémité libre de la sangle dans la boucle métallique , en appuyant le levier de la griffe pour l'ouvrir
 - la sangle passée , relâcher la griffe et tirer fort sur le chef pour serrer le garrot
- la griffe de la boucle métallique permet de maintenir le garrot serré . La compression peut être alors relâchée . On vérifie que le saignement ne reprend pas
 - le garrot doit rester toujours visible : ne pas le recouvrir
 - l'heure de pose du garrot sera notée de manière visible
 - une fois le garrot posé , il ne doit être desserré que sur ordre d'un médecin

R Risques ?

- Même si le garrot supprime totalement la circulation du sang sans le membre concerné , il doit être posé en respectant scrupuleusement les indications ci-dessus

e Efficacité ?

- l'efficacité de la technique est jugée sur l'arrêt du saignement
 - le garrot est posé à la racine du membre
- le garrot est suffisamment serré (impossible de glisser un doigt dessous)
 - la compression que le garrot exerce est permanente



La libération des voies aériennes

"bascule de la tête en arrière avec élévation du menton"

Q Quand ?

- chez toute victime inconsciente , qui ne présente pas un traumatisme de la nuque , avant d'apprécier sa respiration

P Pourquoi ?

- permet le libre passage de l'air chez une victime inconsciente , surtout si elle est allongée sur le dos

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration (cravate , col , boucle de ceinture et bouton de pantalon)
- basculer doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton :
 - placer la paume d'une main sur le front pour appuyer vers le bas et incliner la tête en arrière
 - placer 2 ou 3 doigts de l'autre main , juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton , pour l'élever et le faire avancer . On peut s'aider du pouce pour saisir le menton . La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton entraînent la langue qui se décolle du fond de la gorge et permet le passage de l'air
 - ouvrir la bouche de la victime avec la main qui tient le menton
- retirer les corps étrangers visibles à l'intérieur de la bouche de la victime avec la main qui était sur le front , y compris les prothèses dentaires décrochées , sans toucher à celles qui sont restées en place
 - après avoir assuré la liberté des voies aériennes , 2 situations sont à envisager :
 - la victime a une respiration spontanée (celle-ci reprend sa respiration normalement)
 - la respiration n'est pas perçue (il s'agit d'un arrêt cardiaque)

R Risques ?

- Même si la libération des voies aériennes est un geste salvateur , elle nécessite une réalisation avec précaution afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel**

e Efficacité ?

- la respiration de la victime doit reprendre normalement
- la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine si la victime ne respire pas
 - le menton doit être tiré vers l'avant
 - la tête basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position



La libération des voies aériennes

"élévation du menton sans bascule de la tête en arrière"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez toute victime inconsciente , qui présente un traumatisme de la nuque , avant d'apprécier sa respiration
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet le libre passage de l'air chez une victime inconsciente , surtout si elle est allongée sur le dos permet d'éviter tout mouvement de la colonne vertébrale
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> elle est réalisée par le secouriste qui maintient la tête de la victime à 2 mains se placer à la tête de la victime et la maintenir avec ses 2 mains en positions neutre (pour limiter la fatigue , il peut prendre appui avec ses coudes sur ses genoux ou au sol) placer l'index et/ou le majeur de chaque main juste au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure et au-dessous des oreilles sans bouger la tête de la victime avec les pouces placés sur le menton , ouvrir la bouche de la victime et pousser vers l'avant la mâchoire inférieure maintenir cette position pour permettre le libre passage de l'air dans les voies aériennes si le secouriste est seul , une fois réalisée cette élévation , il lâchera le menton pour installer la victime en PLS , puis s'assurera de cette élévation lors de l'ouverture de la boche une fois la victime sur le coté après avoir assuré la liberté des voies aériennes , 2 situations sont à envisager : <ul style="list-style-type: none"> -la victime a une respiration spontanée (celle-ci reprend sa respiration normalement) -la respiration n'est pas perçue (il s'agit d'un arrêt cardiaque)
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Même si la libération des voies aériennes est un geste salvateur , elle nécessite une réalisation avec précaution afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel Même si cette technique est souvent suffisante pour remonter la langue de la victime et éviter ainsi qu'elle n'obstrue les voies aériennes , il se puisse que ce ne soit pas le cas , alors , basculer prudemment la tête en arrière jusqu'à obtenir cette liberté
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> la respiration de la victime doit reprendre normalement la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine si la victime ne respire pas <ul style="list-style-type: none"> le menton doit être tiré vers l'avant la tête basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position
----------	--------------	--



La libération des voies aériennes "chez le nourrisson"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez tout nourrisson inconscient avant d'apprécier sa respiration
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet le libre passage de l'air chez un nourrisson inconscient , surtout s'il est allongé sur le dos <input type="checkbox"/> la configuration anatomique de la tête du nourrisson fait que lorsque le nourrisson est à plat dos , sa tête est obligatoirement en position fléchie vers l'avant
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	<p>aucun matériel nécessaire</p>
----------	-------------	----------------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration (col et bouton de pantalon) • basculer doucement la tête du nourrisson en arrière et élever le menton : -placer la paume d'une main sur le front pour appuyer vers le bas et incliner la tête en position neutre -placer 2 ou 3 doigts de l'autre main , juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton , pour l'élever et le faire avancer . On peut s'aider du pouce pour saisir le menton . La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton entraînent la langue qui se décolle du fond de la gorge et permet le passage de l'air • ouvrir la bouche du nourrisson avec la main qui tient le menton • retirer les corps étrangers visibles à l'intérieur de la bouche du nourrisson avec les doigts de la main qui était sur le front <p style="text-align: center;">après avoir assuré la liberté des voies aériennes , 2 situations sont à envisager :</p> <ul style="list-style-type: none"> -la victime a une respiration spontanée (celle-ci reprend sa respiration normalement) -la respiration n'est pas perçue (il s'agit d'un arrêt cardiaque)
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même si la libération des voies aériennes est un geste salvateur , elle nécessite une réalisation avec précaution afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel <input type="checkbox"/> Une bascule excessive peut avoir l'effet inverse et obstruer les voies aériennes
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la respiration de la victime doit reprendre normalement <input type="checkbox"/> la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine si la victime ne respire pas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le menton doit être tiré vers l'avant <input type="checkbox"/> la tête basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position
----------	--------------	--



La libération des voies aériennes "d'une victime en position assise dans un véhicule"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • sur les lieux d'un AVP , chez toute victime inconsciente , en position assise et qui présente des signes d'obstruction des voies aériennes (tête penchée en avant) , avant d'apprécier sa respiration
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de rétablir la liberté des voies aériennes chez une victime en position assise □ permet de maintenir correctement la tête de la victime dans l'axe du tronc tout en maintenant le secouriste à l'extérieur du véhicule pour des raisons de sécurité (airbag ou autre ...)
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • se placer à coté de la tête de la victime en restant à l'extérieur du véhicule • ouvrir la porte du véhicule , ou passer les avant-bras par la fenêtre du véhicule <ul style="list-style-type: none"> • saisir la tête de la victime à 2 mains : <ul style="list-style-type: none"> -placer une main à l'arrière de la tête , juste au dessus de la nuque -glisser l'autre main sous le menton de la victime • ramener la tête en position neutre , dans l'axe du tronc , en exerçant une légère traction vers le haut . Cette traction douce permet de délester le rachis cervical du poids de la tête de la victime <ul style="list-style-type: none"> après avoir assuré la liberté des voies aériennes , 2 situations sont à envisager : <ul style="list-style-type: none"> -la victime a une respiration spontanée (celle-ci reprend sa respiration normalement) , maintenir cette position jusqu'à l'arrivée d'un renfort -la respiration n'est pas perçue (il s'agit d'un arrêt cardiaque) , envisager les gestes de secours qui s'imposent "dégagement d'urgence , insufflation , RCP ..."
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Même si la libération des voies aériennes est un geste salvateur , elle nécessite une réalisation avec précaution afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la respiration de la victime doit reprendre normalement □ la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine si la victime ne respire pas <ul style="list-style-type: none"> □ le menton doit être tiré vers l'avant □ la tête basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position
----------	--------------	--



La position latérale de sécurité "à un secouriste"

Q Quand ?

- chez toute victime inconsciente qui respire
- chez toute victime somnolente comme après un traumatisme cérébral , une intoxication ou une maladie

P Pourquoi ?

- permet de maintenir libre les voies aériennes supérieures de la victime car elle empêche la chute de la langue en arrière
- permet de limiter l'encombrement en permettant aux liquides de s'écouler à l'extérieur de la bouche ouverte

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

si le secouriste se retrouve seul en présence d'une victime inconsciente qui respire , il doit l'installer en PLS seul , avant de demander du renfort

- PLS à un secouriste (Annexe C-1)

Cas particuliers :

- le nourrisson et l'enfant : la technique de PLS du nourrisson ou de l'enfant est identique à celle de l'adulte
- la femme enceinte et l'obèse : toute femme enceinte ou l'homme obèse est , par principe , allongée sur le côté gauche , pour éviter l'apparition d'une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen
- le traumatisé : en cas de lésion thoracique , du membre supérieur ou membre inférieur , le blessé est couché autant que possible sur le côté atteint

R Risques ?

- Même si la mise en PLS comporte certains risques chez le traumatisé de la colonne vertébrale , en particulier cervicale , le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse
 - Il est préférable de réaliser la technique à au moins deux secouristes
 - Mettre en place un collier cervical sur la victime avant son retournement
- Comme le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse , si le secouriste est seul et/ou en l'absence de collier cervical , la victime est quand même installée en PLS . Le secouriste sera très attentif en tentera d'éviter la survenue de mouvements de bascule en avant , en arrière , sur le côté et de torsion , de la tête et du cou

e Efficacité ?

- la mise en PLS d'une victime doit permettre à la victime de continuer à respirer en lui évitant une obstruction des voies aériennes
 - le retournement de la victime sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale
- une fois sur le côté , la victime se trouve dans une position la plus latérale possible 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

ANNEXE C-1 :

Preparer le retournement de la victime :

- retirer les lunettes de la victime , si elle en porte .
- s'assurer que ses membres inférieurs sont allongés côte à côte . Si ce n'est pas le cas , les rapprocher délicatement l'un de l'autre , dans l'axe du corps de la victime .
- placer le bras de la victime le plus proche du côté du retournement , à angle droit de son corps , plier ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut . L'alignement des jambes et la position du membre supérieur anticipent la position finale .
- se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime .
- d'une main saisir le bras opposé de la victime , placer le dos de sa main contre son oreille , côté secouriste .
- maintenir la main de la victime pressée contre son oreille , paume contre paume . Lors du retournement , le maintien de la main de la victime contre son oreille permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel .
- avec l'autre main , attraper la jambe opposée , juste derrière le genou , la relever tout en gardant le pied au sol . La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme "bras de levier" pour le retournement et permet à un secouriste , de retourner celle-çi , quelle que soit sa force physique .
- se placer assez loin de la victime , au niveau du thorax , pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer .

Retourner la victime :

- tirer sur la jambe afin de faire rouler la victime vers le secouriste jusqu'à ce que le genou touche le sol . Le mouvement de retournement doit être fait sans brusquerie en un seul temps . Le maintien de la main sous la joue de la victime permet de respecter l'axe de la colonne cervicale .
- Si les épaules ne tournent pas complètement , le secouriste peut :
 - coincer le genou de la victime avec son propre genou , afin d'éviter que le corps de la victime ne retombe en arrière sur le sol .
 - puis , saisir l'épaule de la victime avec la main qui tenait le genou pour achever la rotation .
- dégager doucement la main du secouriste qui se trouve placée sous la tête de la victime . Pour ce faire et pour éviter toute mobilisation de la tête de la victime , maintenir le coude de la victime avec la main qui tenait le genou .

Stabiliser la victime :

- ajuster la jambe , située au-dessus , de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit . La position de la jambe du dessus de la victime permet de stabiliser la PLS .
- ouvrir sa bouche avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête , afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur et vérifier que la position de la tête préserve une ventilation efficace .
- En position sur le côté , les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés .



La position latérale de sécurité "à 2 secouristes"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez toute victime inconsciente qui respire • chez toute victime somnolente comme après un traumatisme cérébral , une intoxication ou une maladie
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de maintenir libre les voies aériennes supérieures de la victime car elle empêche la chute de la langue en arrière <input type="checkbox"/> permet de limiter l'encombrement en permettant aux liquides de s'écouler à l'extérieur de la bouche ouverte
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<p style="text-align: center;">l'installation en PLS d'un blessé se fait à 2 secouristes et après avoir mis en place un collier cervical</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLS à 2 secouristes (Annexe C-1) <p style="text-align: center;">Commandements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le secouriste qui est à la tête de la victime : "Etes-vous prêt ? " • l'autre secouriste : " Prêt ! " • le secouriste qui est à la tête de la victime : " Attention pour tourner...tourner ! " <p style="text-align: center;">Cas particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le <u>nourrisson</u> et l'<u>enfant</u> : la technique de PLS du nourrisson ou de l'enfant est identique à celle de l'adulte - la <u>femme enceinte</u> et l'<u>obèse</u> : toute femme enceinte ou l'homme obèse est , par principe , allongée sur le côté gauche , pour éviter l'apparition d'une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen - le <u>traumatisé</u> : en cas de lésion thoracique , du membre supérieur ou membre inférieur , le blessé est couché autant que possible sur le côté atteint
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même si la mise en PLS comporte certains risques chez le traumatisé de la colonne vertébrale , en particulier cervicale , le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Il est préférable de réaliser la technique à au moins deux secouristes <input type="checkbox"/> Mettre en place un collier cervical sur la victime avant son retournement <input type="checkbox"/> Comme le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse , si le secouriste est seul et/ou en l'absence de collier cervical , la victime est quand même installée en PLS . Le secouriste sera très attentif en tentera d'éviter la survenue de mouvements de bascule en avant , en arrière , sur le côté et de torsion , de la tête et du cou
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la mise en PLS d'une victime doit permettre à la victime de continuer à respirer en lui évitant une obstruction des voies aériennes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le retournement de la victime sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale <input type="checkbox"/> une fois sur le côté , la victime se trouve dans une position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue en arrière et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la position est stable <input type="checkbox"/> toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée <input type="checkbox"/> la surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles
----------	--------------	---

ANNEXE C-1 :

Preparer le retournement de la victime :

-le premier secouriste est placé , dans l'axe de la victime , derrière la tête . Il maintient à 2 mains la tête de la victime pendant le retournement .

-le second secouriste , après avoir retiré les lunettes de la victime , si elle en porte , s'assurer que ses membres inférieurs sont allongés côte à côte. Si ce n'est pas le cas , les rapprocher délicatement l'un de l'autre , dans l'axe du corps de la victime .

-le second secouriste place le bras de la victime le plus proche du côté du retournement , à angle droit de son corps . Il plie ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut (l'alignement des jambes et la position du membre supérieur anticipent la position finale) .

-le second secouriste saisit d'une main l'avant-bras opposé de la victime , et place le dos de sa main contre son oreille , côté du retournement , sous la main du premier secouriste .

-le secouriste qui est à la tête maintient la main pressée contre son oreille , paume contre paume .

-le second secouriste se place à genoux ou en trépied à côté de la victime . Avec une main , il attrape la hanche et avec l'autre , l'épaule de la victime , du côté opposé au retournement .

-il se place ensuite assez loin de la victime au niveau du thorax pour pouvoir la tourner sur le côté , sans avoir à se reculer .

Retourner la victime :

-au commandement , le second secouriste tire en même temps sur la hanche et l'épaule de la victime afin de la faire rouler d'un bloc et l'amener sur son côté .

-le premier secouriste , qui maintient la tête et la main de la victime entre ses mains , accompagne le mouvement et évite toute torsion du cou .

Le retournement de la victime doit être fait sans brusquerie , en un seul temps . Le maintien de la main et de la tête de la victime vise à respecter l'axe de la colonne cervicale et évite l'aggravation d'un traumatisme .

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

Stabiliser la victime :

-la main du secouriste , qui tient l'épaule de la victime vient saisir la hanche. La main qui tient la hanche vient fléchir la hanche et le genou de la victime situés vers le haut pour les amener à angle droit. La position de la jambe du dessus de la victime permet de stabiliser la PLS .

-afin de maintenir la tête dans l'alignement et limiter la fatigue du secouriste qui tient la tête , le second secouriste doit placer , pour compenser l'espace qui existe entre la tête de la victime et le sol , un coussin ou autre moyen sous la tête de la victime pour la soutenir . Ce coussin peut être placé avant le retournement contre la tête de la victime du côté du retournement . Si le secouriste doit se libérer pour réaliser d'autres gestes d'urgence , le coussin doit être d'épaisseur suffisante pour garder la tête de la victime dans l'axe .

-le secouriste disponible vérifie que la bouche de la victime est ouverte afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur . Si ce n'est pas le cas , il l'ouvre avec le pouce et l'index d'une main .

NB : en aucun cas , la mise en place d'un coussin sous la tête de la victime ne doit modifier l'axe "tête-cou-tronc" .



L'aspiration

Q Quand ?

- chaque fois qu'une victime inconsciente présente un encombrement des voies aériennes par des liquides ou des particules solides qu'elle ne peut expulser

P Pourquoi ?

- permet d'améliorer la respiration spontanée de la victime , la ventilation artificielle , donc son oxygénation

A Avec quoi ?

- aspirateur de mucosités (voir le type de matériel en service dans la structure)

e Comment ?

- mettre des gants de protection à usage unique et un masque de protection antiprojection respiratoire et oculaire
 - raccorder la canule stérile au tuyau d'aspiration après l'avoir sortie de son emballage
 - ouvrir la bouche de la victime
 - introduire la canule d'aspiration dans la bouche
- mettre en œuvre l'aspiration et aspirer les sécrétions en retirant la canule en lui imprimant des mouvements de va et vient entre les doigts
 - renouveler la manoeuvre
- *essayer de retirer avec les doigts les sécrétions ou les débris alimentaires qui ne peuvent être aspirés*
- *renouveler les aspirations de sécrétions toutes les 2 minutes et pendant les compressions thoraciques si plusieurs aspirations sont nécessaires chez une victime en arrêt respiratoire*

R Risques ?

- **Chaque manoeuvre d'aspiration ne doit pas durer plus de 10 secondes chez l'adulte et 5 chez l'enfant et le nourrisson pour limiter le manque d'O²**
- **L'introduction d'une canule d'aspiration au fond de la gorge chez une victime consciente provoque le plus souvent un vomissement**

e Efficacité ?

- *la respiration spontanée de la victime ou les insufflations manuelles doivent devenir silencieuses , à la fin , si l'aspiration a été efficace*
- **le secouriste réalise une aspiration en se protégeant (gants , masques et lunettes)**
 - **le menton de la victime est tiré vers l'avant**
- **l'aspiration est réalisée au moment du retrait de la canule**
 - **l'aspiration est de courte durée**



Le maintien de la tête à deux mains

Q Quand ?

- chez tout blessé inconscient
- dès qu'un traumatisme de la tête , de la nuque ou du dos d'une victime , est suspecté

P Pourquoi ?

- permet d'éviter tout mouvement intempestif de la nuque du blessé en attendant une immobilisation du rachis cervical

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

Le secouriste doit maintenir la tête d'un blessé en position neutre , dans l'alignement , à deux mains dans l'attente d'une immobilisation correcte de la colonne vertébrale de la victime

- se placer à genoux dans l'axe de la victime
- placer les deux mains de chaque côté de la tête du blessé
- prendre appui si possible avec les coudes sur les genoux ou sur le sol pour diminuer la fatigue

R Risques ?

- **Aucun risque si correctement réalisée**

e Efficacité ?

- *la tête du blessé reste immobile*
- **la tête est maintenue avec les deux mains**
- **la tête est maintenue en permanence**



La pose d'un collier cervical

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • systématiquement 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 ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet d'immobiliser le cou d'une victime lorsqu'une lésion du rachis cervical est suspectée (circonstance de l'accident) ou évidente (douleurs ressenties par la victime) □ permet de diminuer le risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale en immobilisant la colonne cervicale et en limitant les mouvements de flexion , d'extension , de torsion ou latéraux de la nuque <p>Toutefois , il n'est pas suffisant à lui seul pour empêcher tout mouvement de la nuque</p>
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • collier cervical réglable (Annexe A-1 + Annexe A-2) • collier cervical de tailles différentes (Annexe A-2) • collier cervical en 2 parties (Annexe A-2)
e	Comment ?	<p><i>un collier cervical est toujours mis en place à deux secouristes et sur une tête en position neutre</i></p> <p>le retrait d'un collier cervical ne peut être fait que sur l'indication et en présence d'un médecin</p> <p>(Annexe C-1)</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Même si le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque , il doit toujours être associé à un maintien manuel dans l'attente d'une immobilisation plus efficace □ Tout mouvement de la tête de la victime , au cours de la mise en place du collier cervical , doit être proscrit pour éviter une aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale <ul style="list-style-type: none"> □ Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime , celle-ci peut : <ul style="list-style-type: none"> -permettre la flexion s'il est trop petit -permettre des mouvements de bascule de la tête s'il est trop grand -compresser la trachée et les vaisseaux du cou s'il est trop serré
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le collier cervical limite les mouvements de la nuque de la victime particulièrement au cours de sa mobilisation <ul style="list-style-type: none"> □ le collier doit être de taille adaptée □ sa mise en place ne doit pas mobiliser le rachis □ une fois mis en place , l'angle de 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 <ul style="list-style-type: none"> □ il ne doit en aucun cas gêner la respiration de la victime

ANNEXE A-1 :

Le collier cervical réglable est constitué :

- d'une bande ou de deux parties semi-rigides dont la matière varie selon le modèle et le fabricant .
- d'échancrures destinées l'une au menton et les deux autres aux épaules .
- il peut être équipé d'orifices : un orifice antérieur pour éviter une compression du larynx et d'orifices latéraux pour permettre le contrôle du pouls carotidien .
- un système d'attache par bande auto-agrippante ou par pression permet sa fermeture .
- suivant les modèles , il existe plusieurs tailles ou un dispositif de réglage .

ANNEXE A-2 :

Procédure d'entretien après utilisation :

- nettoyer le collier à l'eau savonneuse et le rincer .
- désinfecter les surfaces du collier en respectant les règles d'hygiène .
- dés qu'il est sec , le ranger dans un sac de protection .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- [le premier secouriste](#) se place à la tête de la victime , dans " l'axe tête-cou-tronc " et la maintient en position neutre dans l'alignement . Ce maintien se fait pendant toute la manoeuvre de la pose du collier , sans autre manipulation ni traction .
- [le deuxième secouriste](#) se positionne sur le côté de la victime et réalise la mise en place du collier .
- [il](#) dégage les vêtements au niveau de la base du cou lorsque leur volume ou leur position peut limiter l'efficacité ou gêner la mise en place du collier .
- [il](#) choisit la taille du collier en respectant les recommandations du fabricant . La hauteur du collier cervical doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la victime (ce réglage se fera en fonction du modèle utilisé) .
- [il](#) glisse la partie arrière du collier sous la nuque de la victime en dégageant la ou les bandes auto-agrippantes .
- [il](#) positionne ensuite la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum .
- [il](#) ajuste ensuite la hauteur du collier si c'est possible (selon le modèle) et fixe les sangles .
- après la pose du collier cervical , la tête reste maintenue à deux mains par un secouriste dans l'attente d'une immobilisation complète du rachis ou de la mise en PLS de la victime .



Retournement en urgence d'une victime "à un secouriste"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • dès la constatation de l'absence de conscience • si la victime ne présente pas de traumatisme ou si le secouriste est seul
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de rechercher avec certitude les signes de respiration <input type="checkbox"/> permet de réaliser les gestes d'urgence comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • le secouriste place le bras de la victime du côté du retournement au-dessus de sa tête pour faciliter le retournement et maintenir la tête dans l'axe lors du retournement . Il se place ensuite dans une position stable (à genoux ou en trépied) , du côté du retournement , à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement de la victime pour la suite du mouvement <ul style="list-style-type: none"> • il saisit la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement • il fait rouler doucement la victime au sol jusqu'à ce qu'elle se retrouve sur le côté . La main qui était à l'épaule vient maintenir la nuque de la victime , l'avant bras maintenant le dos de la victime • le mouvement de retournement est terminé en tirant sur la hanche . La main qui maintient la nuque accompagne le mouvement . Cette dernière est ensuite retirée avec précaution <ul style="list-style-type: none"> • une fois la victime sur le dos , les manoeuvres de réanimations peuvent être débutées
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Afin de limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale , il est préférable que le retournement soit réalisé à 2 secouristes <input type="checkbox"/> Cette technique relève des gestes d'urgence , elle est effectuée avant toute immobilisation si la victime présente une fracture associée
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le retournement doit s'effectuer sans aggraver l'état de la victime <input type="checkbox"/> l'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement
----------	--------------	---



Retournement en urgence d'une victime "à deux secouristes"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • dès la constatation de l'absence de conscience • si la victime présente un traumatisme , particulièrement de la colonne vertébrale
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de rechercher avec certitude les signes de respiration □ permet de réaliser les gestes d'urgence comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • retournement à deux secouristes (Annexe C-1) <li style="padding-left: 20px;">Commandements : <li style="padding-left: 40px;">- le secouriste qui est à la tête de la victime : " Etes-vous prêt ? " <li style="padding-left: 40px;">- l'autre secouriste : " Prêt ! " <li style="padding-left: 40px;">- le secouriste qui est à la tête de la victime : " Attention pour tourner... tourner ! " <li style="padding-left: 40px;">- le secouriste qui est à la tête de la victime : " Repositionnez-vous ! " <li style="padding-left: 40px;">- le secouriste qui est à la tête de la victime : " Attention pour tourner... tourner ! "
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Afin de limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale , il est préférable que le retournement soit réalisé à 2 secouristes □ Cette technique relève des gestes d'urgence , elle est effectuée avant toute immobilisation si la victime présente une fracture associée
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>le retournement doit s'effectuer sans aggraver l'état de la victime</i> □ l'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement
----------	--------------	---

ANNEXE C-1 :

Retournement à deux secouristes :

-si la victime présente un traumatisme , particulièrement de la colonne vertébrale , le retournement s'effectue du côté opposé au regard de la victime .

-[le premier secouriste](#) maintient l'alignement de la nuque de la victime Il se place dans le prolongement de la tête de la victime , un genou à terre l'autre en l'air du côté du retournement. Il saisit la tête de la victime avec deux mains (prise occipito-frontale) sans bouger la tête .

-[le second secouriste](#) allonge le membre supérieur de la victime , le long du corps , du côté du retournement et glisse sa main sous sa cuisse. Il se place ensuite dans une position stable (à genoux ou en trépied) , du côté du retournement , à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement de la victime .

-il saisit la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement et , aux ordres du secouriste de tête , fait rouler doucement la victime au sol pour l'emmener sur le côté .

-[le secouriste qui maintient la tête](#) accompagne le mouvement de la tête qui effectue une rotation moindre que le corps pour la ramener dans l'axe .

-une fois la victime sur le côté , [le secouriste qui assure la rotation du corps](#) repositionne ses mains et s'écarte bien de la victime pour pouvoir l'allonger sur le dos sans encombre .

-aux ordres du secouriste de tête , le retournement est terminé pour amener la victime sur le dos

-une fois la victime sur le dos , les manoeuvres de réanimation peuvent être débutées .



Retrait d'un casque de protection "à un secouriste"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime inconsciente , devant l'impossibilité d'assurer correctement la liberté des voies aériennes • chez une victime inconsciente , devant l'impossibilité d'accéder aux voies aériennes • chez une victime inconsciente , pour rechercher la présence de la respiration ou de la surveiller • chez une victime en arrêt respiratoire ou qui nécessite une RCP
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de réaliser l'examen de la victime et les gestes de secours sans que le casque ne gêne le secouriste
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • retournement à un secouriste (Annexe C-1) <p style="text-align: center;">Cas particulier :</p> <p>si la victime est sur le ventre , il convient de remettre le victime sur le dos avant de retirer le casque</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manoeuvre de retrait du casque peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves . C'est pour cela , que le retrait du casque sera réalisé à deux secouristes Toutefois , si le secouriste est seul et ne peut obtenir un renfort immédiat , il procédera à son retrait pour pouvoir mettre en oeuvre les secours d'urgences
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>la nuque et la tête de la victime doivent rester immobiles durant tout la manoeuvre jusqu'au moment où on pose doucement la partie arrière de la victime sur le sol ou sur un coussin</i> <input type="checkbox"/> le retrait du casque se fait dans l'axe du corps <input type="checkbox"/> la tête est maintenue en permanence dans l'axe du tronc
----------	--------------	--

ANNEXE C-1 :

Retournement à un secouriste :

- relèver la visière du casque est , si nécessaire , retirer les lunettes de la victime .
- détacher ou couper les sangles de la mentonnière (casque " avec jugulaire ") , ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime tout en maintenant le casque et la tête de la victime d'une main .
- se placer dans l'axe de la tête de la victime , suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se retirer .
- saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur .
- tirer doucement le casque dans l'axe , en le faisant glisser sur le sol jusqu' à ce que le bord inférieur de la mentonnière soit à la racine du nez .
- une main qui maintient le casque se déplace pour saisir le bord inférieur de la partie supérieure du casque .
- glisser doucement l'autre main sous la base du crâne de la victime et la maintenir .
- tirer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez de la victime .
- en même temps , déposer délicatement la tête sur le sol en la gardant le plus possible dans l'axe
- poursuivre l'examen de la victime .



Retrait d'un casque de protection "à deux secouristes"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime inconsciente , devant l'impossibilité d'assurer correctement la liberté des voies aériennes <ul style="list-style-type: none"> • chez une victime inconsciente , devant l'impossibilité d'accéder aux voies aériennes • chez une victime inconsciente , pour rechercher la présence de la respiration ou de la surveiller <ul style="list-style-type: none"> • chez une victime en arrêt respiratoire ou un nécessite une RCP • chez toute victime consciente , suspectée d'un traumatisme du rachis et qui nécessite la mise en place d'un collier cervical avant d'être immobilisée
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de réaliser l'examen de la victime et les gestes de secours sans que le casque ne gêne le secouriste
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • retournement à deux secouristes (Annexe C-1) <p style="text-align: center;">Cas particulier :</p> <p>si la victime est sur le ventre , il convient de remettre la victime sur le dos avant de retirer le casque</p>
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manoeuvre de retrait du casque peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves . C'est pour cela , que le retrait du casque sera réalisé deux secouristes Toutefois , si le secouriste est seul et ne peut obtenir un renfort immédiat , il procédera à son retrait pour pouvoir mettre en oeuvre les secours d'urgences <input type="checkbox"/> La mise en place d'un collier cervical sur la victime est de règle après avoir retiré le casque à deux secouristes
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>la nuque et la tête de la victime doivent rester immobiles durant tout la manoeuvre jusqu'au moment où on pose doucement la partie arrière de la victime sur le sol ou sur un coussin</i> <input type="checkbox"/> le retrait du casque se fait dans l'axe du corps <input type="checkbox"/> la tête est maintenue en permanence dans l'axe du tronc
----------	--------------	--

ANNEXE C-1 :

Retournement à deux secouristes :

-[le premier secouriste](#) , chargé du retrait du casque , se place dans l'axe de la tête de la victime , 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). Pendant qu'il retire le casque il le maintient immobile en plaquant ses mains de chaque côté du casque , la tête en position neutre , bien maintenue dans l'alignement dans l'axe du tronc .

-[le second secouriste](#) s'installe , à côté de la tête , en trépied genou relevé des pied de la victime . Il détache ou coupe la sangle de la mentonnière (casque " avec jugulaire ") ou déverrouille le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime . Il relève la visière du casque et retire les lunettes de la victime si nécessaire .

-[le second secouriste](#) glisse la main du coté de la tête de la victime sous la nuque , avant-bras en appui sur sa cuisse . Il place les doigts de l'autre main en crochet sous le menton , coude appuyé sur le genou relevé et maintient ainsi fermement la tête et le cou dans l'axe du corps .

-[le premier secouriste](#) saisit alors le casque par les parties latérales du bord inférieur et le tire doucement vers lui dans l'axe en faisant glisser le casque sur le sol (il est parfois nécessaire de basculer légèrement le casque mais pas la tête en avant ou en arrière pour ne pas accrocher le nez) . La manoeuvre est arrêtée lorsque le bord inférieur du casque se trouve au-dessus de la racine du nez de la victime .

-le maintien de la tête n'est jamais relâché durant ce retrait . Dès l'arrêt du retrait , [le second secouriste](#) repositionne ses prises , en glissant la main qui maintient la nuque vers le bas du crâne , pour éviter une chute brutale de la tête de la victime lors du retrait complet du casque .

-[le premier secouriste](#) retire complètement le casque .

-[le premier secouriste](#) glisse , si nécessaire , sous l'arrière de la tête de la victime un coussin et maintient la tête en position neutre à 2 mains , dans l'attente de la mise en place d'un collier cervical .



Compressions thoraciques "chez l'adulte"

Q Quand ?

- chez une victime adulte qui présente un arrêt cardiaque
- chez une victime adulte qui est inconsciente , ne bouge plus et ne respire plus (et ne présente plus de pouls) au cours des 10 secondes que dure la recherche des signes
- chez une victime adulte qui présente une obstruction totale des voies aériennes qui devient inconsciente et que les manoeuvres de désobstruction classiques (tapes dans le dos et/ou compressions abdominales) ont été inefficaces

P Pourquoi ?

□ permet de comprimer le thorax en appuyant verticalement sur la sternum , vide les cavités cardiaques et les poumons du sang qui s'y trouve en l'envoyant dans les tissus . Lorsque la pression est relâchée , la poitrine revient à sa taille initiale et le sang est de nouveau aspiré et remplit le coeur et les poumons .
Ce sang sera ensuite éjecté par la compressions thoraciques suivante

A Avec quoi ?

aucun matériel necessaire

e Comment ?

- la victime est installée en position horizontale , sur le dos , sur un **plan dur** (sol) (Annexe C-1)

R Risques ?

□ Une mauvaise positions des mains , une compression thoracique trop forte ou non verticale peuvent entrainer des lésions graves du thorax (fractures des côtes) et des poumons (contusion) et peuvent compromettre la survie de la victime

e Efficacité ?

- la réanimation doit permettre la reprise du pouls voire de la respiration de la victime
- la réanimation doit permettre le rétablissement d'une coloration normale de la victime (muqueuse)
- les compressions thoraciques doivent être réalisées sur une victime allongée sur un plan dur
- les compressions thoraciques doivent être réalisées rapidement au centre de la poitrine , sur la ligne médiane , en position strictement verticales
 - les compressions thoraciques doivent entraîner une compression de 4 à 5 cm
- les compressions thoraciques doivent être régulière à une fréquence instantanée d'environ 100 par minute

ANNEXE C-1 :

Les compressions thoraciques :

- se placer à genoux au plus près de la victime .
- dénuder la poitrine de la victime .
- appuyer le " talon " d'une main au centre de la poitrine . L'appui sur le thorax doit se faire sur le 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 deux mains . On peut aussi placer la seconde main à plat sur la première mais en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax pour ne pas appuyer sur les côtes .
- réaliser des compressions thoraciques successives de 4-5 cm tout en restant bien vertical par rapport au sol pendant toute la manoeuvre .
- tout balancement d'avant en arrière du tronc du secouriste doit être proscrit .
- les coudes ne doivent pas être fléchis .
- les avant-bras sont bien tendus dans le prolongement des bras .
- la fréquence des compressions sternales doit approcher les 100 par minute .**
- la durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax (rapport 50/50) .
- les mains restent en place entre deux appuis et le talon de la main qui comprime se décolle légèrement du thorax pour que celle-ci reprenne sa dimension initiale après chaque compression . Ceci améliore l'efficacité des compressions .
- quand le coeur s'arrête de fonctionner , le sang ne circule plus dans l'organisme et la distribution d'oxygène n'est plus assurée . La compression régulière du thorax apporte 20 à 30 % du débit cardiaque normal chez l'adulte , ce qui est suffisant pour garder en vie le cerveau de la victime pendant les quelques minutes nécessaires à la mise en oeuvre du choc électrique externe .



Compressions thoraciques "chez l'enfant"

Q Quand ?

- chez un enfant qui présente un arrêt cardiaque
- chez un enfant qui est inconscient , ne bouge plus et ne respire plus (et ne présente plus de pouls) au cours des 10 secondes que dure la recherche des signes
- chez un enfant qui présente une obstruction totale des voies aériennes qui devient inconsciente et que les manoeuvres de désobstruction classiques (tapes dans le dos et/ou compressions abdominales) ont été inefficaces

P Pourquoi ?

□ permet de comprimer le thorax en appuyant verticalement sur la sternum , vide les cavités cardiaques et les poumons du sang qui s'y trouve en l'envoyant dans les tissus
Lorsque la pression est relâchée , la poitrine revient à sa taille initiale et le sang est de nouveau aspiré et remplit le coeur et les poumons .
Ce sang sera ensuite éjecté par la compressions thoraciques suivante

A Avec quoi ?

aucun matériel necessaire

e Comment ?

- l'enfant est installé en position horizontale , sur le dos , sur un **plan dur** (sol) (Annexe C-1)

R Risques ?

□ Une mauvaise positions des mains , une compression thoracique trop forte ou non verticale peuvent entrainer des lésions graves du thorax (fractures des côtes) et des poumons (contusion) et peuvent compromettre la survie de la victime

e Efficacité ?

- la réanimation doit permettre la reprise du pouls voire de la respiration de la victime
- la réanimation doit permettre le rétablissement d'une coloration normale de la victime (muqueuse)
- les compressions thoraciques doivent être réalisées sur une victime allongée sur un plan dur
- les compressions thoraciques doivent être réalisées rapidement au centre de la poitrine , sur la ligne médiane , en position strictement verticales
- les compressions thoraciques doivent entrainer une compression de 1/3 de l'épaisseur du thorax
- les compressions thoraciques doivent être régulière à une fréquence instantanée d'environ 100 par minute

ANNEXE C-1 :

Les compressions thoraciques :

- se placer à genoux au plus près de la victime .
- dénuder la poitrine de la victime .
- appuyer le " talon " d'une main immédiatement en dessous d'une ligne imaginaire reliant les deux mamelons. L'appui sur le thorax doit se faire sur le 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 deux mains. On peut aussi placer la seconde main à plat sur la première mais en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax pour ne pas appuyer sur les côtes . Chez le petit enfant , les compressions peuvent être réalisées à l'aide d'une seule main .
- réaliser des compressions thoraciques successives de 1/3 de l'épaisseur du thorax tout en restant bien vertical par rapport au sol pendant toute la manoeuvre .
- tout balancement d'avant en arrière du tronc du secouriste doit être proscrit .
- les coudes ne doivent pas être fléchis .
- les avant-bras sont bien tendus dans le prolongement des bras .
- la fréquence des compressions sternales doit approcher les 100 par minute .**
- la durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax (rapport 50/50) .
- les mains restent en place entre deux appuis et le talon de la main qui comprime se décolle légèrement du thorax pour que celle-ci reprenne sa dimension initiale après chaque compression . Ceci améliore l'efficacité des compressions .



Compressions thoraciques "chez le nourrisson (moins de 1 an)"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un nourrisson qui présente un arrêt cardiaque • chez un nourrisson qui est inconscient , ne bouge plus et ne respire plus (et ne présente plus de pouls) au cours des 10 secondes que dure la recherche des signes • chez un nourrisson qui présente une obstruction totale des voies aériennes qui devient inconsciente et que les manoeuvres de désobstruction classiques (tapes dans le dos et/ou compressions abdominales) ont été inefficaces
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<p>□ permet de comprimer le thorax en appuyant verticalement sur la sternum , vide les cavités cardiaques et les poumons du sang qui s'y trouve en l'envoyant dans les tissus</p> <p>Lorsque la pression est relâchée , la poitrine revient à sa taille initiale et le sang est de nouveau aspiré et remplit le coeur et les poumons .</p> <p>Ce sang sera ensuite éjecté par la compressions thoraciques suivante</p>
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	aucun matériel necessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • localiser le sternum du nourrisson et placer la pulpe de deux doigts d'une main ou la pulpe des deux pouces au-dessous d'une ligne droite imaginaire réunissant les mamelons du nourrisson . Si l'on utilise les 2 pouces , englober le thorax du nourrisson avec les autres doigts de chaque main • comprimer régulièrement le sternum avec le pulpe des deux doigts d'environ 1/3 de l'épaisseur du thorax du nourrisson et à une fréquence d'environ 100 par minute • les mains restent en place entre deux appuis et la pulpe des doigts qui comprime , se décolle légèrement du thorax pour que celui-ci reprenne sa dimension initiale après chaque compression . Ceci améliore l'efficacité des compressions
----------	-----------	---

R	Risques ?	<p>□ Une mauvaise positions des mains , une compression thoracique trop forte ou non verticale peuvent entrainer des lésions graves du thorax (fractures des côtes) et des poumons (contusion) et peuvent compromettre la survie de la victime</p>
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la réanimation doit permettre la reprise du pouls voire de la respiration de la victime □ la réanimation doit permettre le rétablissement d'une coloration normale de la victime (muqueuse) □ les compressions thoraciques doivent être réalisées sur une victime allongée sur un plan dur □ les compressions thoraciques doivent être réalisées rapidement au centre de la poitrine , sur la ligne médiane , en position strictement verticales □ les compressions thoraciques doivent entrainer une compression de 1/3 de l'épaisseur du thorax □ les compressions thoraciques doivent être régulière à une fréquence instantanée d'environ 100 par minute
----------	--------------	---



Ventilation artificielle par une méthode orale "chez l'adulte et l'enfant"

Q Quand ?

après avoir libéré les voies aériennes :

- chez une victime adulte ou enfant qui ne respire plus (absence de signes de respiration lors des 10 secondes que dure la recherche)
- si sa fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 6 mouvements par minute
 - dans les autres cas , sur ordre d'un médecin
 - si le secouriste est seul et sans matériel
 - si le matériel à disposition est défaillant

P Pourquoi ?

- permet de pallier à un arrêt de la respiration , **uniquement en l'absence de matériel de ventilation artificielle**
- permet d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le secouriste , cet air contient suffisamment d'oxygène pour rendre ces techniques efficaces
- peut permettre de favoriser la reprise de respiration si l'arrêt de la respiration est récent

A Avec quoi ?

- écran facial (Annexe A-1)

e Comment ?

- technique du "bouche-à-bouche" (Annexe C-1)
- technique du "bouche-à-nez" (Annexe C-2)

en cas de répulsion de la part du secouriste , les compressions thoraciques seront uniquement pratiquées sans méthode de ventilation artificielle orale dans l'attente de l'arrivée de matériel

R Risques ?

- Les voies aériennes de la victime sont et doivent rester libres
- Ne pas exécuter les mouvements selon une fréquence trop rapide
- Ne pas régler les mouvements sur sa propre respiration , car la fréquence en est augmentée par l'effort et l'émotion
- Pratiquer la ventilation artificielle posément , régulièrement , en ménageant ses forces

- une insufflation trop rapide et/ou d'un volume d'air trop important peu entraîner un passage de l'air dans l'estomac (distension) et secondairement une régurgitation de son contenu . Ceci est plus fréquent chez l'enfant et le nouveau-né qui nécessite des volumes d'air beaucoup moins importants que l'adulte

- une régurgitation de liquide de l'estomac dans les voies aériennes de la victime entraîne un encombrement des voies aériennes , compromet les manoeuvres de réanimation et la survie de la victime

e Efficacité ?

- la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation
- les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton)
- une étanchéité correcte doit être obtenue entre la bouche du secouriste et la face de la victime (absence de fuite)
 - chaque insufflation doit permettre d'obtenir un début de soulèvement de la poitrine
 - l'insufflation doit durer 1 seconde

ANNEXE A-1 :

Ecran fascial :

Pour les techniques de ventilation artificielle par méthode orale , il est préférable que le secouriste interpose , s'il en possède , un écran facial entre ses voies aériennes et celles de la victime , particulièrement si la victime à vomi ou si elle présente du sang sur son visage .

Cet écran est composé d'un champ plastique de 20cm de côté environ , équipé en son centre , soit d'un morceau de toile perméable à l'air , soit d'une valve anti-retour .

Il est posé sur la face de la victime en prenant soin de positionner le centre sur la bouche de la victime (bouche-à-bouche) , le nez (bouche-à-nez) ou le cou (bouche-à-cou) avant de débiter la ventilation artificielle . Un schéma dessiné sur le plastique peut aider à sa mise en place .

Plié , il n'occupe que très peu de place et peut être mis dans un porte feuille ou dans un porte clé . L'écran fascial doit faire partie de l'équipement individuel de tous les secouristes .

ANNEXE C-1 :

Bouche-à-bouche :

-maintenir la tête de la victime en arrière avec une main sur le front et garder le menton vers le haut avec les doigts de l'autre main , placés en croché immédiatement sous l'os du menton .

-pincer la partie souple du nez entre le pouce et l'index de la main placée sur le front .

-ouvrir la bouche de la victime en maintenant le menton vers le haut .

-appliquer les lèvres autour de la bouche de la victime .

-souffler progressivement dans la bouche de la victime pendant 1 seconde jusqu'à obtenir un soulèvement de la poitrine .

-maintenir la tête de la victime en arrière et le menton vers le haut , se redresser légèrement , tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser ; l'expiration de la victime est passive .

-prendre une inspiration et renouveler la séquence .

ANNEXE C-2 :

Bouche-à-nez :

-se placer près de la victime , près de son visage .

-avec la main placée sur le front , maintenir la tête basculée en arrière .

-avec l'autre main , soulever le menton sans appuyer sur la gorge et tenir la bouche de la victime fermée , le pouce appliquant la lèvre inférieure contre la lèvre supérieure pour éviter les fuites .

-appliquer la bouche légèrement ouverte autour du nez de la victime .

-insuffler progressivement en 1 seconde jusqu'à ce que **la poitrine commence à se soulever** .

-se redresser légèrement , reprendre son souffle tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser .



Ventilation artificielle par une méthode orale "chez le nourrisson et le nouveau né"

Q Quand ?

après avoir libéré les voies aériennes :

- chez un nourrisson ou un nouveau né qui ne respire plus (absence de signes de respiration lors des 10 secondes que dure la recherche)
- si leur fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 6 mouvements par minute
 - dans les autres cas , sur ordre d'un médecin
 - si le secouriste est seul et sans matériel
 - si le matériel à disposition est défaillant

P Pourquoi ?

- permet de pallier à un arrêt de la respiration , **uniquement en l'absence de matériel de ventilation artificielle**
- permet d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le secouriste , cet air contient suffisamment d'oxygène pour rendre ces techniques efficaces
- peut permettre de favoriser la reprise de respiration si l'arrêt de la respiration est récent

A Avec quoi ?

- écran facial (Annexe A-1)

e Comment ?

• technique du "bouche-à-bouche et nez"

c'est la technique de ventilation artificielle qu'il faut réaliser en l'absence de matériel d'insufflation

- maintenir la tête du nourrisson ou du nouveau né en position neutre la paume d'une main sur le front pour appuyer vers le bas et incliner la tête en position neutre , placer 2 ou 3 doigts de l'autre main , juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton , pour l'élever et le faire avancer
- ouvrir la bouche du nourrisson avec la main qui tient le menton
- le secouriste englobe , avec sa bouche , à la fois la bouche et le nez de la victime
- le volume des insufflations est beaucoup plus faible que chez l'adulte , juste pour voir la poitrine commencer à se lever

en cas de répulsion de la part du secouriste , les compressions thoraciques seront uniquement pratiquées sans méthode de ventilation artificielle orale dans l'attente de l'arrivée de matériel

R Risques ?

- Les voies aériennes de la victime sont et doivent rester libres
- Ne pas exécuter les mouvements selon une fréquence trop rapide
- Ne pas régler les mouvements sur sa propre respiration , car la fréquence en est augmentée par l'effort et l'émotion
- Pratiquer la ventilation artificielle posément , régulièrement , en ménageant ses forces
- une insufflation trop rapide et/ou d'un volume d'air trop important peu entraîner un passage de l'air dans l'estomac (distension) et secondairement une régurgitation de son contenu . Ceci est plus fréquent chez l'enfant et le nouveau-né qui nécessite des volumes d'air beaucoup moins importants que l'adulte
- une régurgitation de liquide de l'estomac dans les voies aériennes de la victime entraîne un encombrement des voies aériennes , compromet les manoeuvres de réanimation et la survie de la victime

e Efficacité ?

- la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation
- les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton)
- une étanchéité correcte doit être obtenue entre la bouche du secouriste et la face de la victime (absence de fuite)
- chaque insufflation doit permettre d'obtenir un début de soulèvement de la poitrine
 - l'insufflation doit durer 1 seconde

ANNEXE A-1 :

Ecran fascial :

Pour les techniques de ventilation artificielle par méthode orale , il est préférable que le secouriste interpose , s'il en possède , un écran facial entre ses voies aériennes et celles de la victime , particulièrement si la victime à vomi ou si elle présente du sang sur son visage .

Cet écran est composé d'un champ plastique de 20cm de côté environ , équipé en son centre , soit d'un morceau de toile perméable à l'air , soit d'une valve anti-retour .

Il est posé sur la face de la victime en prenant soin de positionner le centre sur la bouche de la victime (bouche-à-bouche) , le nez (bouche-à-nez) ou le cou (bouche-à-cou) avant de débiter la ventilation artificielle . Un schéma dessiné sur le plastique peut aider à sa mise en place .

Plié , il n'occupe que très peu de place et peut être mis dans un porte feuille ou dans un porte clé . L'écran fascial doit faire partie de l'équipement individuel de tous les secouristes .



Ventilation artificielle par une méthode orale "chez le laryngectomisé"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> - après avoir libéré les voies aériennes : • chez une victime qui ne respire plus (absence de signes de respiration lors des 10 secondes que dure la recherche) • si sa fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 6 mouvements par minute • dans les autres cas , sur ordre d'un médecin <ul style="list-style-type: none"> • si le secouriste est seul et sans matériel • si le matériel à disposition est défaillant
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de pallier à un arrêt de la respiration ,uniquement en l'absence de matériel de ventilation artificielle <input type="checkbox"/> permet d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le secouriste , cet air contient suffisamment d'oxygène pour rendre ces techniques efficaces <input type="checkbox"/> peut permettre de favoriser la reprise de respiration si l'arrêt de la respiration est récent
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • écran facial (Annexe A-1)
----------	-------------	---

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • technique du "bouche-à-cou" : pour des raisons médicales ou chirurgicales , certaines personnes ont la trachée mise directement en communication avec l'extérieur par un orifice situé sur la face antérieure et à la base du cou . La ventilation artificielle doit alors être réalisée à travers cet orifice -si un orifice est repéré à la base du cou , garder la tête de la victime dans l'alignement , ne pas la basculer en arrière - examiner l'orifice , et essayer les mucosités -placer la bouche directement autour de l'orifice et réaliser la ventilation artificielle comme s'il s'agissait d'un bouche-à-bouche . Si possible interposer un écran facial -si la poitrine de la victime ne se soulève pas , il se peut qu'il existe une communication entre l'orifice , la bouche et le nez de la victime . Il faut alors obstruer la bouche de la victime et son nez pour réaliser le bouche-à-cou <i>en cas de répulsion de la part du secouriste , les compressions thoraciques seront uniquement pratiquées sans méthode de ventilation artificielle orale dans l'attente de l'arrivée de matériel</i>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les voies aériennes de la victime sont et doivent rester libres <input type="checkbox"/> Ne pas exécuter les mouvements selon une fréquence trop rapide <input type="checkbox"/> Ne pas régler les mouvements sur sa propre respiration , car la fréquence en est augmentée par l'effort et l'émotion <input type="checkbox"/> Pratiquer la ventilation artificielle posément , régulièrement , en ménageant ses forces -une insufflation trop rapide et/ou d'un volume d'air trop important peu entraîner un passage de l'air dans l'estomac (distension) et secondairement une régurgitation de son contenu . Ceci est plus fréquent chez l'enfant et le nouveau-né qui nécessite des volumes d'air beaucoup moins importants que l'adulte -une régurgitation de liquide de l'estomac dans les voies aériennes de la victime entraîne un encombrement des voies aériennes , compromet les manoeuvres de réanimation et la survie de la victime
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation <input type="checkbox"/> les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton) <input type="checkbox"/> une étanchéité correcte doit être obtenue entre la bouche du secouriste et la face de la victime (absence de fuite) <input type="checkbox"/> chaque insufflation doit permettre d'obtenir un début de soulèvement de la poitrine <input type="checkbox"/> l'insufflation doit durer 1 seconde
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Ecran fascial :

Pour les techniques de ventilation artificielle par méthode orale , il est préférable que le secouriste interpose , s'il en possède , un écran facial entre ses voies aériennes et celles de la victime , particulièrement si la victime à vomi ou si elle présente du sang sur son visage .

Cet écran est composé d'un champ plastique de 20cm de côté environ , équipé en son centre , soit d'un morceau de toile perméable à l'air , soit d'une valve anti-retour .

Il est posé sur la face de la victime en prenant soin de positionner le centre sur la bouche de la victime (bouche-à-bouche) , le nez (bouche-à-nez) ou le cou (bouche-à-cou) avant de débiter la ventilation artificielle . Un schéma dessiné sur le plastique peut aider à sa mise en place .

Plié , il n'occupe que très peu de place et peut être mis dans un porte feuille ou dans un porte clé . L'écran fascial doit faire partie de l'équipement individuel de tous les secouristes .



Ventilation artificielle à l'aide d'un masque de poche "chez l'adulte et l'enfant"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un insufflateur manuel n'est pas immédiatement disponible • lorsque le contact direct avec la victime répugne le secouriste
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de rendre le bouche-à-bouche plus facile qu'avec un écran facial <input type="checkbox"/> permet de rendre le risque de transmission de maladie entre le secouriste et la victime infime
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • masque de poche à usage unique
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • sortir le masque de sa boîte et tirer sur l'embout pour le déplier . Fixer la valve sur l'embout <ul style="list-style-type: none"> • se placer sur le côté de la tête de la victime • placer la pointe du masque à la racine du nez et à la base entre la lèvre inférieure et le menton de la victime pour recouvrir la bouche et le nez . Maintenir la tête de la victime basculée en arrière . Si le masque est équipé d'un système de maintien , le faire glisser derrière la tête • avec la main côté front , presser la pointe du masque contre le visage , avec le pouce et l'index en forme de "C" . Placer le pouce de la main qui soulève le menton le long de la partie inférieure du masque . Appuyer le masque sur le visage de la victime tout en élevant le menton vers le haut • insufler l'air dans la valve prévue à cet effet
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les voies aériennes de la victime sont et doivent rester libres <input type="checkbox"/> Ne pas exécuter les mouvements selon une fréquence trop rapide <input type="checkbox"/> Ne pas régler les mouvements sur sa propre respiration , car la fréquence en est augmentée par l'effort et l'émotion <input type="checkbox"/> Pratiquer la ventilation artificielle posément , régulièrement , en ménageant ses forces -une insufflation trop rapide et/ou d'un volume d'air trop important peu entraîner un passage de l'air dans l'estomac (distension) et secondairement une régurgitation de son contenu . Ceci est plus fréquent chez l'enfant et le nouveau-né qui nécessite des volumes d'air beaucoup moins importants que l'adulte . -une régurgitation de liquide de l'estomac dans les voies aériennes de la victime entraîne un encombrement des voies aériennes , compromet les manoeuvres de réanimation et la survie de la victime <input type="checkbox"/> Une mauvaise application du masque de poche peut entraîner des fuites d'air qui limitent l'efficacité de la technique de ventilation artificielle
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation <input type="checkbox"/> les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> une étanchéité correcte doit être obtenue entre le masque et la face de la victime (absence de fuite) <input type="checkbox"/> chaque insufflation doit permettre d'obtenir un soulèvement de la poitrine <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'insufflation doit durer 1 seconde



Ventilation artificielle avec un insufflateur manuel "à 1 secouriste"

Q Quand ?

- chez une victime qui ne respire plus
- chez une victime chez qui la fréquence respiratoire est inférieure à 6 mouvements par minute

P Pourquoi ?

- permet d'augmenter l'efficacité de la ventilation artificielle
 - permet d'administrer de l'oxygène
- permet d'entraîner une fatigue moindre du secouriste
- permet d'éviter la réalisation d'une méthode de ventilation artificielle orale (ce qui est préférable pour un secouriste)

A Avec quoi ?

- insufflateur manuel à usage unique (Annexe A-1)
- insufflateur manuel avec filtre anti-bactérien (si l'ensemble ne peut être stérilisé après chaque utilisation) (Annexe A-1)

e Comment ?

- mise en place et maintien du masque à 1 main (Annexe C-1)
- mise en place et maintien du masque à 2 mains (Annexe C-2)
 - pratique de l'insufflation à 1 secouriste (Annexe C-3)

R Risques ?

- L'insufflation ne doit pas être trop brève ni trop brutale au risque d'ouvrir l'œsophage et d'insuffler de l'air dans l'estomac de la victime (entraîne un reflux du contenu gastrique dans le pharynx puis dans les poumons)
- Interrompre immédiatement la ventilation artificielle si la victime présente un vomissement (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 est disponible et la remettre sur le dos et reprendre la ventilation artificielle)

e Efficacité ?

- la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation
 - les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton)
 - une étanchéité correcte doit être obtenue entre le masque et la face de la victime (absence de fuite)
 - chaque insufflation doit permettre d'obtenir un soulèvement de la poitrine
 - l'insufflation doit durer 1 seconde

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- un ballon auto-remplisseur souple , élastique d'un volume de 1 à 1,8 litres chez l'adulte et qui reprend automatiquement sa forme quand on cesse d'appuyer sur lui . Il existe en fonction du volume du ballon plusieurs modèles destinés à l'enfant (0,5 litre) et au nourrisson (0,3 litre) ;
- une valve d'admission d'air ou d'oxygène , qui empêche le retour du gaz contenu dans le ballon vers l'extérieur ;
- un ballon réserve destiné à accumuler l'oxygène pendant l'insufflation ;
- une valve séparatrice des gaz insufflés et des gaz expirés , contenu dans une pièce en « T » , qui oriente les gaz frais du ballon vers la victime quand le secouriste appuie sur le ballon et oriente les gaz expirés par la victime vers l'extérieur quand le secouriste relâche le ballon ;
- un dispositif de raccordement à la victime qui est soit un masque , soit une sonde d'intubation placée par un médecin .

Le masque est destiné à être appliqué sur le visage de la victime autour de la bouche et du nez .

Habituellement translucide (il existe des masques opaques) et de forme triangulaire chez l'adulte et l'enfant , ou circulaire chez le nourrisson , il est équipé d'un bourrelet destiné à assurer l'étanchéité entre le masque et la face de la victime . L'orifice supérieur permet de raccorder le masque à la pièce en « T » .

Il existe 3 à 7 tailles de masques allant de l'adulte au nourrisson

Fonctionnement :

Quand la main du secouriste exerce une pression sur le ballon , le gaz contenu est insufflé dans les poumons de la victime car la pression du ballon bloque la valve d'admission .

Procédure d'entretien après utilisation :

Si le ballon est à usage unique , celui-ci doit être traité comme un déchet d'activité de soin . Dans le cas contraire , après utilisation :

- le masque doit être lavé , séché et désinfecté ;
- en l'absence de filtre antibactérien , l'insufflateur manuel doit être démonté , lavé , séché , désinfecté et contrôlé avant d'être remonté correctement pour une nouvelle utilisation .

Les parties à usage unique (filtres antibactériens) sont remplacées . La plupart des insufflateurs manuels peuvent être stérilisés .

En ce qui concerne le stockage , le secouriste veillera à :

- ne pas comprimer ou écraser le ballon ;
- le préserver des chocs ;
- préserver son sac de protection de toute altération extérieure ;
- toute altération du bourrelet du masque doit faire changer de masque .

ANNEXE C-1 :

Mise en place et maintien du masque à 1 main :

Pour permettre une bascule correcte de la tête , le secouriste doit être à une distance suffisante .

-choisir un masque de taille adaptée et le connecter à la pièce en « T » de l'insufflateur manuel .

-se placer dans le prolongement de la tête de la victime , l'insufflateur manuel à sa portée .

-s'assurer de la bascule de la tête en arrière et/ou maintenir d'une main la mâchoire inférieure de la victime en l'air .

-de l'autre main , saisir l'ensemble ballon masque et placer la partie étroite bien médiane à la racine du nez .

-rabattre le masque vers le menton pour appliquer son pourtour sur le visage de la victime .

-placer le pouce de la main qui maintient le masque sur sa partie étroite au dessus du nez de la victime , exercer une pression .

-l'index se place sur la partie large du masque (au-dessus de la lèvre inférieure de la victime) alors que les autres doigts viennent se placer en crochet sous le menton et le tirent vers le haut pour l'appliquer contre le masque et maintenir les voies aériennes de la victime libres .

En finalité , le pouce exerce une pression vers le bas alors que les autres doigts exercent une traction du menton vers le haut . Cette saisie du masque et du menton de la victime sous forme de « pince » de la main du secouriste est l'élément essentiel qui permet d'assurer l'étanchéité du masque sur le visage de la victime tout en maintenant les voies aériennes libres .

ANNEXE C-2 :

Mise en place et maintien du masque à 2 mains :

Cette technique est rendue nécessaire par le manque d'étanchéité de la ventilation pour des raisons techniques ou des raisons anatomiques . La fuite est constatée par un bruit au niveau du bourrelet du masque.

-se placer à la tête de la victime, l'insufflateur manuel à sa portée .

-s'assurer de la liberté des voies aériennes , menton tiré vers le haut .

-comme précédemment , l'index de la première main est placé sur la partie large du masque (au dessus de la lèvre inférieure de la victime) alors que les autres doigts viennent se placer en crochet sous le menton et le tirent vers le haut pour venir l'appliquer contre le masque tout en maintenant les voies aériennes de la victime libres .

-l'autre main vient se placer en symétrie de la première .

-s'assurer de la bascule de la tête en arrière .

ANNEXE C-3 :

Pratique de l'insufflation à 1 secouriste :

-choisir un masque de taille adaptée au visage de la victime .

-connecter le masque au ballon auto-remplisseur .

-placer et maintenir à l'aide d'une main le masque sur le visage de la victime .

-avec l'autre main , empaumer le ballon dans sa partie centrale et le comprimer progressivement en rapprochant les doigts .

-regarder la poitrine . Dès qu'elle commence à se soulever , le volume insufflé est suffisant .

-lâcher le ballon tout en maintenant le masque . La poitrine de la victime s'abaisse alors que l'air sort de ses poumons .

-appuyer sur le ballon une nouvelle fois et ainsi de suite pour obtenir une ventilation artificielle efficace *La difficulté de cette technique est liée à la nécessité :*

de maintenir les voies aériennes libres (menton vers le haut) et d'obtenir une bonne étanchéité pour limiter les fuites d'air avec une seule main ;

de réaliser une pression régulière sur le ballon auto-remplisseur avec l'autre main .

Cette technique requiert un entraînement régulier .



Ventilation artificielle avec un insufflateur manuel "à 2 secouristes"

Q Quand ?

- chez une victime qui ne respire plus
- chez une victime chez qui la fréquence respiratoire est inférieure à 6 mouvements par minute

P Pourquoi ?

- permet d'augmenter l'efficacité de la ventilation artificielle
 - permet d'administrer de l'oxygène
- permet d'entraîner une fatigue moindre du secouriste
- permet d'éviter la réalisation d'une méthode de ventilation artificielle orale (ce qui est préférable pour un secouriste)

A Avec quoi ?

- insufflateur manuel à usage unique (Annexe A-1)
- insufflateur manuel avec filtre anti-bactérien (si l'ensemble ne peut être stérilisé après chaque utilisation) (Annexe A-1)

e Comment ?

- mise en place et maintien du masque à 1 main (Annexe C-1)
- mise en place et maintien du masque à 2 mains (Annexe C-2)
 - pratique de l'insufflation à 2 secouristes (Annexe C-3)

R Risques ?

- L'insufflation ne doit pas être trop brève ni trop brutale au risque d'ouvrir l'œsophage et d'insuffler de l'air dans l'estomac de la victime (entraîne un reflux du contenu gastrique dans le pharynx puis dans les poumons)
- Interrompre immédiatement la ventilation artificielle si la victime présente un vomissement (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 est disponible et la remettre sur le dos et reprendre la ventilation artificielle)

e Efficacité ?

- la ventilation artificielle est efficace lorsque le secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation
 - les voies aériennes doivent être libres (bascule de la tête en arrière et/ou élévation du menton)
 - une étanchéité correcte doit être obtenue entre le masque et la face de la victime (absence de fuite)
 - chaque insufflation doit permettre d'obtenir un soulèvement de la poitrine
 - l'insufflation doit durer 1 seconde

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- un ballon auto-remplisseur souple , élastique d'un volume de 1 à 1,8 litres chez l'adulte et qui reprend automatiquement sa forme quand on cesse d'appuyer sur lui . Il existe en fonction du volume du ballon plusieurs modèles destinés à l'enfant (0,5 litre) et au nourrisson (0,3 litre) ;
- une valve d'admission d'air ou d'oxygène , qui empêche le retour du gaz contenu dans le ballon vers l'extérieur ;
- un ballon réserve destiné à accumuler l'oxygène pendant l'insufflation ;
- une valve séparatrice des gaz insufflés et des gaz expirés , contenu dans une pièce en « T » , qui oriente les gaz frais du ballon vers la victime quand le secouriste appuie sur le ballon et oriente les gaz expirés par la victime vers l'extérieur quand le secouriste relâche le ballon ;
- un dispositif de raccordement à la victime qui est soit un masque , soit une sonde d'intubation placée par un médecin .

Le masque est destiné à être appliqué sur le visage de la victime autour de la bouche et du nez .

Habituellement translucide (il existe des masques opaques) et de forme triangulaire chez l'adulte et l'enfant , ou circulaire chez le nourrisson , il est équipé d'un bourrelet destiné à assurer l'étanchéité entre le masque et la face de la victime . L'orifice supérieur permet de raccorder le masque à la pièce en « T » .

Il existe 3 à 7 tailles de masques allant de l'adulte au nourrisson

Fonctionnement :

Quand la main du secouriste exerce une pression sur le ballon , le gaz contenu est insufflé dans les poumons de la victime car la pression du ballon bloque la valve d'admission .

Procédure d'entretien après utilisation :

Si le ballon est à usage unique , celui-ci doit être traité comme un déchet d'activité de soin . Dans le cas contraire , après utilisation :

- le masque doit être lavé , séché et désinfecté ;
- en l'absence de filtre antibactérien , l'insufflateur manuel doit être démonté , lavé , séché , désinfecté et contrôlé avant d'être remonté correctement pour une nouvelle utilisation .

Les parties à usage unique (filtres antibactériens) sont remplacées . La plupart des insufflateurs manuels peuvent être stérilisés .

En ce qui concerne le stockage , le secouriste veillera à :

- ne pas comprimer ou écraser le ballon ;
- le préserver des chocs ;
- préserver son sac de protection de toute altération extérieure ;
- toute altération du bourrelet du masque doit faire changer de masque .

ANNEXE C-1 :

Mise en place et maintien du masque à 1 main :

Pour permettre une bascule correcte de la tête , le secouriste doit être à une distance suffisante .

-choisir un masque de taille adaptée et le connecter à la pièce en « T » de l'insufflateur manuel .

-se placer dans le prolongement de la tête de la victime , l'insufflateur manuel à sa portée .

-s'assurer de la bascule de la tête en arrière et/ou maintenir d'une main la mâchoire inférieure de la victime en l'air .

-de l'autre main , saisir l'ensemble ballon masque et placer la partie étroite bien médiane à la racine du nez .

-rabattre le masque vers le menton pour appliquer son pourtour sur le visage de la victime .

-placer le pouce de la main qui maintient le masque sur sa partie étroite au dessus du nez de la victime , exercer une pression .

-l'index se place sur la partie large du masque (au-dessus de la lèvre inférieure de la victime) alors que les autres doigts viennent se placer en crochet sous le menton et le tirent vers le haut pour l'appliquer contre le masque et maintenir les voies aériennes de la victime libres .

En finalité , le pouce exerce une pression vers le bas alors que les autres doigts exercent une traction du menton vers le haut . Cette saisie du masque et du menton de la victime sous forme de « pince » de la main du secouriste est l'élément essentiel qui permet d'assurer l'étanchéité du masque sur le visage de la victime tout en maintenant les voies aériennes libres .

ANNEXE C-2 :

Mise en place et maintien du masque à 2 mains :

Cette technique est rendue nécessaire par le manque d'étanchéité de la ventilation pour des raisons techniques ou des raisons anatomiques . La fuite est constatée par un bruit au niveau du bourrelet du masque.

-se placer à la tête de la victime, l'insufflateur manuel à sa portée .

-s'assurer de la liberté des voies aériennes , menton tiré vers le haut .

-comme précédemment , l'index de la première main est placé sur la partie large du masque (au dessus de la lèvre inférieure de la victime) alors que les autres doigts viennent se placer en crochet sous le menton et le tirent vers le haut pour venir l'appliquer contre le masque tout en maintenant les voies aériennes de la victime libres .

-l'autre main vient se placer en symétrie de la première .

-s'assurer de la bascule de la tête en arrière .

ANNEXE C-3 :

Pratique de l'insufflation à 1 secouriste :

Un secouriste maintient le masque sur le visage de la victime à deux mains en maintenant le menton élevé et la bouche de la victime ouverte . L'autre secouriste comprime régulièrement le ballon à une main comme ci-dessus . Cette technique permet d'obtenir une meilleure étanchéité et est plus facile à réaliser .

NB : l'insufflateur manuel peut être directement relié à un tube d'intubation mis en place par un médecin . Le secouriste peut être amené à ventiler une victime intubée à l'aide d'un insufflateur manuel . Pour cela , il respectera les recommandations données par le médecin sur place .



La canule oro-pharyngée "chez l'adulte"

Q Quand ?

- chez une victime adulte qui présente un arrêt cardiaque et que le secouriste a des difficultés à maintenir ces voies aériennes libres pour réaliser une ventilation artificielle à l'aide d'un masque et d'un insufflateur manuel
- dans d'autres circonstances par une équipe médicale

P Pourquoi ?

- permet de compléter la liberté des voies aériennes pour assurer plus facilement la ventilation artificielle au masque chez une victime en arrêt cardiaque

A Avec quoi ?

- canule oro-pharyngée à usage unique (Annexe A-1)

e Comment ?

- ouvrir la bouche de la victime avec une main et maintenir la mâchoire inférieure vers l'avant
- introduire la canule dans la bouche de la victime , concavité vers le nez , en prenant soin de ne pas entraîner la langue en arrière , jusqu'à ce que l'extrémité butte sur le palais
- effectuer une rotation de 180° de la canule tout en continuant de l'enfoncer doucement dans la bouche , jusqu'à ce que la collerette se trouve sur les lèvres

R Risques ?

- Une mise en force de la canule peut entraîner des lésions (plaies) de la bouche de la victime , dont le saignement provoque l'encombrement des voies aériennes
- Mise en place chez une victime qui n'est pas en arrêt cardiaque , elle peut être à l'origine de la survenue de vomissements et de l'inhalation de vomissures qui compromettent la survie de la victime
- La mise en place d'une canule ne doit prendre que quelques secondes et ne pas retarder le début de la ventilation artificielle
- La présence d'une canule oro-pharyngée n'empêche pas l'aspiration

e Efficacité ?

- une fois mise en place , la ventilation artificielle de la victime est facilitée par la canule oro-pharyngée
- la mise en place de la canule oro-pharyngée doit se faire sans aucune résistance

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- en plastique .
- une collerette qui se posera sur les lèvres de la victime et qui facilite son maintien en place .
- une partie droite , courte et renforcée , qui se placera entre les dents pour éviter un écrasement .
- une partie courbe et longue qui se placera au dessus et en arrière de la langue pour l'empêcher de basculer en arrière dans le pharynx .



La canule oro-pharyngée "chez l'enfant"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un enfant qui présente un arrêt cardiaque et que le secouriste a des difficultés à maintenir ces voies aériennes libres pour réaliser une ventilation artificielle à l'aide d'un masque et d'un insufflateur manuel • dans d'autres circonstances par une équipe médicale
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de compléter la liberté des voies aériennes pour assurer plus facilement la ventilation artificielle au masque chez une victime en arrêt cardiaque
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • canule oro-pharyngée à usage unique (Annexe A-1)
----------	-------------	--

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • ouvrir la bouche de la victime avec une main et maintenir la mâchoire inférieure vers l'avant • introduire la canule dans la bouche de la victime , concavité vers le menton en prenant soin de ne pas entraîner la langue en arrière • continuer d'enfoncer doucement la canule dans la bouche jusqu'à ce que la collerette se trouve sur les lèvres
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Une mise en force de la canule peut entraîner des lésions (plaies) de la bouche de la victime , dont le saignement provoque l'encombrement des voies aériennes □ Mise en place chez une victime qui n'est pas en arrêt cardiaque , elle peut être à l'origine de la survenue de vomissements et de l'inhalation de vomissures qui compromettent la survie de la victime □ La mise en place d'une canule ne doit prendre que quelques secondes et ne pas retarder le début de la ventilation artificielle □ La présence d'une canule oro-pharyngée n'empêche pas l'aspiration
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ une fois mise en place , la ventilation artificielle de la victime est facilitée par la canule oro-pharyngée □ la mise en place de la canule oro-pharyngée doit se faire sans aucune résistance
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- en plastique .
- une collerette qui se posera sur les lèvres de la victime et qui facilite son maintien en place .
- une partie droite , courte et renforcée , qui se placera entre les dents pour éviter un écrasement .
- une partie courbe et longue qui se placera au dessus et en arrière de la langue pour l'empêcher de basculer en arrière dans le pharynx .



Mise en œuvre d'un D.A.E

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez toute victime adulte ou enfant au cours de la RCP (la victime doit être inconsciente , ne pas respirer et ne pas présenter de signe de circulation (absence de pouls carotidien))
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet d'améliorer la survie des personnes en arrêt cardio-respiratoire par fonctionnement anarchique du coeur si une défibrillation est réalisée précocement permet une défibrillation plus précoce du fait de l'utilisation du DAE par du personnel non médecin devant une victime en AC et améliore de façon significative la survie des victimes
A	Avec quoi ?	<p>D.A.E = D.E.A ou D.S.A (Annexe A-1)</p> <ul style="list-style-type: none"> D.E.A (Défibrillateur Entièrement Automatisé) D.S.A (Défibrillateur Semi-Automatisé)
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> (Annexe C-1) 1 - mettre en marche l'appareil 2 - préparer la victime et connecter les électrodes 3 - s'écarter pour permettre au DAE d'analyser le rythme cardiaque 4 - délivrer ou laisser délivrer le choc électrique 5 - éteindre l'appareil
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque si correctement utilisée et si les consignes de sécurité sont respectées
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> l'alerte est précoce et permet d'initier la chaîne de survie la procédure de mise en oeuvre du défibrillateur est conforme <ul style="list-style-type: none"> les consignes de sécurité sont respectées le secouriste respecte les indications verbales du DAE

ANNEXE A-1 :

Rôle :

Le DAE est un appareil capable :

- d'analyser l'activité électrique du coeur de la victime ;
- de reconnaître une anomalie grave du fonctionnement du coeur à l'origine de l'arrêt cardiaque ;
- de se charger automatiquement ;
- de délivrer (défibrillateur entièrement automatique - DEA) ou d'inviter le secouriste à délivrer (défibrillateur semi-automatique - DSA) au travers du thorax une quantité d'énergie d'origine électrique afin de re-synchroniser l'activité électrique cardiaque (choc électrique) .

Le DAE est fiable car il est sensible (il reconnaît les rythmes devant être choqués) et spécifique (il n'invite pas à choquer un rythme non indiqué) .

Le DAE est léger , en matériaux composites , compact , robuste , d'un poids de 2 à 6 kg environ . Il nécessite un minimum de maintenance .

Constitution :

- un écran d'état de fonctionnement ;
- un haut-parleur qui donne des messages sonores et guide le secouriste dans son action ,
- un accumulateur d'énergie qui permet de délivrer un ou plusieurs chocs électriques ;
- si c'est un DSA , d'un bouton qui permet de réaliser à la demande un choc électrique . Le DAE est équipé des accessoires suivants :
 - un module mémoire pour mémoriser les évènements essentiels (ECG de la victime , manipulations faites , heure , date et défibrillations réalisées...) et émettre secondairement un rapport d'intervention .
 - des électrodes de défibrillation pour :
 - capter et transmettre l'activité électrique cardiaque à l'analyseur du défibrillateur ,
 - délivrer le choc électrique à travers les électrodes si le choc est indiqué .Elles sont autocollantes , recouvertes sur une face d'un gel qui facilite le passage du courant et diminue le risque de brûlure de la peau de la victime et contenues dans un emballage hermétique . Deux paires d'électrodes « adulte » et une paire d'électrode « enfant » (si nécessaire) sont à disposition avec le défibrillateur . Elles ne devront jamais être pliées .
 - de câbles de connexion des électrodes au DAE (suivant le modèle , le câble peut être pré connecté aux électrodes et à usage unique) ;
 - d'une paire de ciseaux pour couper les vêtements et dénuder la poitrine de la victime ,
 - de compresses ou du papier absorbant pour sécher la peau de la victime si nécessaire et améliorer le contact avec la surface gélatifiée de l'électrode ;
 - d'un rasoir jetable pour raser les poils si cela s'avère nécessaire . Le tout ainsi que le DAE est contenu dans une housse de transport .

Entretien :

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

Tests automatiques :

La plupart des DAE réalisent des autotests à intervalles réguliers lors de la mise en place de l'accumulateur et lors de leur mise en marche . Un signal lumineux indique tout dysfonctionnement .

Vérifications périodiques :

Des vérifications périodiques du DAE permettent de s'assurer de son bon état de fonctionnement .

a) Avant chaque utilisation (à la prise de fonction) :

Le secouriste doit vérifier avant chaque utilisation que :

- le DAE a réalisé correctement ses autotests (absence d'indication de dysfonctionnement interne) ;
- l'appareil ne présente aucun dommage externe ;
- le module externe ou la carte mémoire est correctement installé ;
- la batterie est chargée (batterie rechargeable) et installée correctement ;
- les électrodes ne sont pas arrivées à péremption ;
- tous les accessoires nécessaires à la réalisation de la DAE accompagnent l'appareil .

b) Après chaque utilisation :

Le DAE doit être remis en état , nettoyé et vérifié . Il faut :

- s'assurer que les données en mémoire ont été sauvegardées sur un ordinateur ou imprimées en respectant les procédures de l'organisme ou de l'association ;
- nettoyer le boîtier du DAE à l'aide d'un chiffon ou d'une serviette , en utilisant des produits nettoyants et/ou désinfectants conformément aux recommandations du fabricant (voir mode d'emploi) ;
- laisser sécher l'appareil avant de le remettre dans sa housse ;
- si le DAE est équipé d'un accumulateur rechargeable , le changer systématiquement puis mettre en charge l'accumulateur utilisé ;
- remplacer le matériel utilisé (électrodes , rasoir , compresses ou papier absorbant...) et le mettre dans la housse de l'appareil ;
- enfin , replacer le DAE en position de stockage .

Avant d'utiliser pour la première fois un DAE , l'utilisateur doit toujours prendre connaissance des recommandations du fabricant indiquées sur le mode d'emploi .

En aucun cas le secouriste ne doit modifier la configuration et les préréglages effectués par le médecin responsable de l'appareil .

Remplacer la batterie ou batterie faible :

Les batteries du défibrillateur sont remplacées lorsque :

- l'appareil demande de remplacer la batterie ;
- l'affichage sur l'écran est faible ou clignote ;
- les invites vocales sonores sont faibles ou peu claires ;
- le défibrillateur s'éteint ou ne s'allume pas.

Heure et date affichées incorrectes :

Si l'heure ou la date affichée ou imprimée est incorrecte , prévenir le médecin responsable de l'appareil pour modifier les paramètres du défibrillateur automatisé .

Contacter le technicien :

Si l'utilisation de l'appareil devient impossible , il est indispensable de mettre le défibrillateur hors service et de prévenir le responsable de l'appareil pour contacter un technicien agréé pour assurer sa réparation .

Transmission des données :

Chaque fois que le DAE est utilisé , noter si possible l'heure de survenue de l'arrêt cardiaque . Des données comme l'électrocardiogramme , l'heure de survenue des analyses et des chocs sont mises en mémoire par l'appareil . Elles permettent au médecin responsable de l'utilisation du DAE une analyse rétrospective de l'intervention , le recueil des données complémentaires et des analyses statistiques des interventions avec utilisation du DAE .

En fonction du modèle de l'appareil , ces données , stockées dans une mémoire interne ou externe ou sur une carte informatique , doivent être sauvegardées par transfert sur une imprimante ou sur un ordinateur directement ou indirectement (modem , transmission filaire ou par GSM) .

ANNEXE C-1 :

1- Mettre en marche :

-ouvrir la housse de transport . Certains appareils ont un capot protecteur qui , à son ouverture , met en fonction l'appareil .

-appuyer sur le bouton marche/arrêt du défibrillateur . La plupart des modèles sont mis en fonction en appuyant sur un bouton marche/arrêt .

Dès que l'appareil est mis en marche :

- il réalise un test d'autocontrôle ;
- un son se fait entendre et vous alerte de la mise en fonction ;
- une voix synthétique guide le secouriste dans les différentes étapes de l'utilisation du défibrillateur et lui demande de passer à l'étape suivante .

2- Préparer la victime et connecter les électrodes :

Le DAE demande de mettre en place les électrodes et de les connecter .

-enlever ou couper , à l'aide d'une paire de ciseaux , les vêtements recouvrant la poitrine de la victime . Les électrodes seront collées sur la peau nue .

-s'assurer que la poitrine de la victime est sèche pour que les électrodes adhèrent correctement à la peau . Si ce n'est pas le cas , la sécher en utilisant les compresses ou le papier absorbant .

-si la poitrine de la victime est particulièrement velue , raser la zone où les électrodes seront collées en utilisant le rasoir jetable .

-sortir les électrodes de leur emballage .

-coller l'une après l'autre les électrodes sur la poitrine de la victime après avoir enlevé la pellicule de protection et en appuyant fortement (la position des électrodes doit être conforme au schéma visible sur les électrodes ou sur leur emballage :

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

-connecter le câble au défibrillateur .

3- S'écarter pour permettre au DAE d'analyser le rythme cardiaque :

Le DAE lance l'analyse du rythme cardiaque et demande de ne pas toucher la victime .

-ne pas toucher la victime pendant l'analyse . Faire arrêter la RCP en cours , demander à toute personne de s'écarter en disant : « Ne touchez pas la victime , écarter-vous ! » .

L'analyse réalisée par le défibrillateur permet de reconnaître les rythmes cardiaques qui nécessitent un choc électrique . Si tel est le cas , le défibrillateur se charge automatiquement et un son se fait entendre . Tout mouvement de la victime pendant cette période peut parasiter l'analyse .

4- Délivrer ou laisser délivrer le choc électrique :

Le DAE annonce qu'un choc est indiqué et demande de se tenir à distance de la victime . Si un choc est nécessaire , l'appareil l'indique clairement avant de se mettre en charge .

-écouter et respecter les recommandations sonores de l'appareil .

-annoncer à haute voix : « Ecartez-vous ! » pour que toutes les personnes autour s'éloignent et ne touchent plus la victime .

-si l'appareil le demande (DSA) , appuyer sur le bouton pour choquer . Dans le cas contraire (DEA) , laisser l'appareil délivrer le choc électrique . Assurez-vous une dernière fois que personne ne touche la victime .

-suivre les recommandations de l'appareil .

Les recommandations sonores émises par le DAE permettent de réaliser les différentes opérations plus rapidement et en toute sécurité.

5- Eteindre l'appareil :

-appuyer sur le bouton marche/arrêt ou refermer le capot de l'appareil .

-éteindre l'appareil et retirer les électrodes de défibrillation uniquement en présence et à la demande du médecin des services de secours médicalisés .



Administration d'oxygène par insufflation

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • dès que le secouriste est amené à réaliser une ventilation artificielle en utilisant un insufflateur manuel <ul style="list-style-type: none"> • dès qu'il dispose d'une source d'oxygène • dès que possible sans toutefois retarder la mise en oeuvre de la RCP
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet d'accroître l'efficacité des manoeuvres de réanimation en amenant plus d'oxygène à l'ensemble de l'organisme
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • insufflateur manuel et son ballon réserve d'oxygène <ul style="list-style-type: none"> (Annexe A-1) (Annexe A-2)
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • connecter le tuyau de raccordement de l'oxygène au débitmètre puis au ballon réserve <ul style="list-style-type: none"> • raccorder le ballon réserve à l'insufflateur manuel • régler le débit d'oxygène
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La ventilation artificielle en oxygène ne peut être nocive en pratique secouriste
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si le ballon réserve reste aplati complètement, il faut s'assurer qu'il reste de l'oxygène dans la bouteille <input type="checkbox"/> si le ballon réserve reste aplati complètement, il faut s'assurer que l'oxygène « débite bien » à l'extrémité du tuyau d'arrivée d'oxygène et que ce tuyau est correctement raccordé au ballon réserve <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> si le ballon réserve reste aplati complètement, il faut ajuster le débit d'oxygène <input type="checkbox"/> l'absence d'arrivée d'oxygène ne doit en aucun cas faire interrompre la ventilation artificielle à l'aide de l'insufflateur manuel. Ce dernier permet de réaliser grâce à ses valves de sécurité une ventilation artificielle à l'air <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le ballon réservéoit successivement se remplir lors de l'insufflation <input type="checkbox"/> le ballon réservéoit successivement se vider lors de l'expiration de la victime

ANNEXE A-1 :

Matériel :

- l'adjonction d'un dispositif appelé « ballon réserve » permet d'obtenir à l'intérieur de l'insufflateur manuel une concentration d'oxygène élevée proche de 100% à un débit supérieur à 10 l/min .
- le ballon réserve est un ballon souple placé avant la valve d'admission des gaz frais .
- il est alimenté par l'intermédiaire d'un tuyau d'arrivée d'oxygène (relié à une bouteille d'oxygène) entre le ballon réserve et la valve d'admission des gaz frais .
- le secouriste n'utilisera pas les insufflateurs manuels dont l'administration d'oxygène se fait directement dans le ballon auto remplisseur .

ANNEXE A-2 :

Principe de fonctionnement :

- pendant l'insufflation , la valve d'admission des gaz frais est fermée et l'oxygène s'accumule dans le ballon réserve .
- pendant l'expiration , le ballon auto remplisseur se remplit avec l'oxygène qui arrive directement de la bouteille et du ballon réserve .
- une valve d'entrée d'air permet la pénétration d'air dans le ballon auto remplisseur si l'arrivée d'oxygène n'est pas suffisante .
- une soupape de surpression permet la sortie d'oxygène du ballon réserve si l'alimentation en oxygène est trop importante et ce , pour éviter son éclatement .

Débit d'oxygène :

- le degré de gonflement du ballon réserve permet de régler initialement le débit de l'arrivée d'oxygène au niveau du débitmètre de la bouteille d'oxygène .
- afin d'obtenir une insufflation avec une concentration maximale d'oxygène , régler initialement le débit comme indiqué :
- *nouveau né et nourrisson (< 1 an) = 3 l/min
- *enfant (1 an à âge de la puberté) = 8 ou 9 l/min
- *adulte = 15 l/min

Entretien :

- les procédures d'entretien du ballon réserve sont les mêmes que celle de l'insufflateur manuel .
- le ballon réserve est stocké avec et de la même manière que l'insufflateur manuel .



Pansements

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • sur tout saignement non abondant
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet d'arrêter tout saignement peu abondant par la pression qu'il exerce <input type="checkbox"/> permet de protéger la plaie des organismes extérieurs qui pourraient contaminer la plaie en limitant le contact avec l'extérieur <input type="checkbox"/> permet de diminuer le risque de contamination du secouriste par le sang de la victime en limitant le contact avec l'extérieur
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • compresses stériles , d'une bande de gaze ou de tissu adhésif • pansement individuel composé d'une compresse avec tampon et d'une bande de gaze stérile • bandage triangulaire qui permet le maintien des compresses stériles sur les plaies étendues
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>le secouriste qui réalise le pansement doit être protégé par le port de gants à usage unique</p> <ul style="list-style-type: none"> -ouvrir l'emballage contenant les compresses stériles (choisir des compresses de dimension adaptée à la lésion) -saisir les compresses par une extrémité pour ne pas les contaminer et les déposer sur la plaie -exercer une pression légère avec la main sur les compresses si un saignement persiste , ajouter d'autres compresses si nécessaires -maintenir les compresses par un bandage lorsque la lésion est recouverte en totalité : <ul style="list-style-type: none"> •en utilisant une bande de gaze , enroulée autour de la partie atteinte •en utilisant un triangle , si nécessaire replié -terminer le bandage en le fixant à l'aide d'un morceau de ruban adhésif ou par un noeud
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Correctement protégé , le secouriste ne doit pas entrer en contact avec le sang de la victime et se contaminer accidentellement <input type="checkbox"/> Une plaie peut toujours se remettre à saigner . Le secouriste doit la surveiller et si nécessaire réaliser un pansement compressif <input type="checkbox"/> Un bandage trop serré peut interrompre la circulation d'aval
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>après la mise en place d'un pansement , le secouriste doit contrôler la circulation d'aval (température , coloration de la peau , temps de recoloration cutané) pour repérer un bandage trop serré.</i> <input type="checkbox"/> porter des gants à usage unique pour mettre en place un pansement <input type="checkbox"/> recouvrir la totalité de la plaie par le pansement stérile <input type="checkbox"/> maintenir le pansement par un bandage pour éviter tout déplacement
----------	--------------	--



Immobilisation provisoire d'un membre

Q Quand ?

- chaque fois qu'une victime doit être mobilisée et que des moyens plus appropriés ne sont pas disponibles

P Pourquoi ?

- permet de bloquer les articulations au dessus et au dessous du traumatisme limitant les mouvements
- permet de diminuer la douleur et prévenir la survenue de complications

A Avec quoi ?

- vêtements du blessé
- une ou des couvertures
- une ou plusieurs écharpes triangulaires

(il s'agit d'un triangle de tissu non extensible : coton , toile , papier non tissé... la longueur au niveau de la base est de 1,2 mètre au minimum)

e Comment ?

- immobilisation avec un vêtement (Annexe C-1)
- immobilisation avec une écharpe triangulaire (Annexe C-2)

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*
 - éviter toute mobilisation du membre atteint
 - maintenir correctement la zone traumatisée

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-en l'absence de tout matériel , effectuer une immobilisation provisoire avec un vêtement (chemise , pull-over , veste...) retourné et maintenu par une épingle ou mieux avec un lien (cravate , foulard...) .

ANNEXE C-2 :

Réalisation :

a) Traumatisme de la main, du poignet et de l'avant bras : écharpe 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 du coude et que la base soit perpendiculaire à l'avant-bras qui doit être immobilisé .

-ajuster et déplier le triangle jusqu'à la base des doigts .

-rabattre la seconde pointe sur l'avant bras et la faire passer sur l'épaule opposée au membre blessé .

-fixer l'écharpe en nouant les deux pointes sur le côté du cou .

-nouer les chefs autour 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 .

b) Traumatisme du bras : écharpe simple et contre écharpe

-soutenir l'avant bras avec une écharpe simple .

-placer la base du deuxième triangle (contre écharpe) au niveau de l'épaule du membre blessé , sommet vers le coude .

-amener les deux pointes sous l'aisselle opposée en enveloppant le thorax de la victime .

-fixer la contre écharpe au moyen d'un noeud situé en avant de l'aisselle opposée .

-torsader le sommet pour maintenir le bras blessé plaqué contre le thorax .

c) Traumatisme de l'épaule (clavicule , omoplate) : écharpe 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 .

d) Traumatisme du membre inférieur :

-demander à la victime de ne pas bouger le membre traumatisé .

-appeler les secours .



Application de froid

Q Quand ?

- chez une victime qui présente un traumatisme d'une articulation (cheville , genou , coude, poignet) à la suite d'un faux mouvement et qui fait suspecter une entorse
 - ne pas appliquer cette technique si l'articulation concernée présente une plaie
 - ne pas appliquer cette technique si une fracture est évidente
 - ne pas appliquer cette technique si la victime est inconsciente

P Pourquoi ?

- permet d'atténuer la douleur
- permet de limiter le gonflement

A Avec quoi ?

- eau froide
- glace
- compresses chimiques froides
- bombes cryogènes (elles sont réservées à l'usage médical)

e Comment ?

- le froid doit être appliqué le plus rapidement possible après l'accident
 - l'application doit dépasser la zone douloureuse
- la durée d'application du froid sera déterminée par un médecin
- cette application sera arrêtée dès que la victime ne la supporte plus ou à la demande du médecin (Annexe C-1)

R Risques ?

- Peut provoquer des réactions cutanées comme une rougeur ou une pâleur intense
 - Peut provoquer l'apparition de petites cloques
- Peut provoquer des gelures caractérisées par une peau « cartonnée » quand on la touche . Si tel est le cas , interrompre immédiatement l'application de froid et demander un avis médical

e Efficacité ?

- correctement réalisée , l'application de froid entraîne une diminution de la douleur et du gonflement sans entraîner de désagrément pour la victime
 - l'application de froid sur une zone douloureuse doit être la plus rapide possible
 - l'application de froid sur une zone douloureuse doit dépasser la zone douloureuse
- l'application de froid sur une zone douloureuse doit être maintenue tant que la victime le supporte ou à la demande d'un médecin

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

L'eau froide :

Elle n'est efficace que si elle est à moins de 15°C . L'eau peut alors être additionnée de glaçons .
Des serviettes éponges pliées , préalablement trempées dans de l'eau et essorées sont appliquées autour de l'articulation .

La glace :

Remplir une poche de glaçons , de glace pilée ou de neige (sachet plastique , vessie de glace...) , chasser l'air (l'air empêche la transmission du froid) et la fermer hermétiquement .
qui doit être immobilisé .
Envelopper la poche dans un linge (serviette , torchon) et l'appliquer sur l'articulation .

Les compresses chimiques froides :

De différents types , leur utilisation doit respecter les recommandations du fabricant . Dès que le froid est généré par la compresse , l'appliquer de la même façon qu'une poche de glace .
En aucun cas , le refroidissement d'une articulation suspecte d'entorse ne doit retarder l'avis médical et la réalisation d'une immobilisation .



Aide à la marche "à 1 secouriste"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • pour aider momentanément un blessé à marcher sur quelques mètres • chez une victime capable de porter son propre poids et de se tenir debout sur ses deux jambes
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet notamment de déplacer une victime vers une zone calme (bord du terrain) <input type="checkbox"/> permet notamment de déplacer une victime vers un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
----------	-------------	---------------------------

e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • aider la victime à se mettre debout • passer le bras de la victime de votre côté autour de votre cou et le maintenir au niveau du poignet avec une main • passer votre avant bras derrière le dos de la victime et maintenir la victime en passant la main sous l'aisselle ou au niveau de la ceinture
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques , il ne doit pas aggraver l'état de la victime <p style="text-align: center;"><u>Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale</u></p>
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci <input type="checkbox"/> les techniques d'aide à la marche doivent ne pas être susceptibles d'aggraver une lésion <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les techniques d'aide à la marche doivent utiliser des prises solides <input type="checkbox"/> les techniques d'aide à la marche doivent permettre un déplacement sur quelques mètres
----------	--------------	---



Aide à la marche "à 2 secouristes"

Q Quand ?

- pour aider momentanément un blessé à marcher sur quelques mètres
- chez une victime qui a des difficultés pour se tenir debout seule

P Pourquoi ?

- permet notamment de déplacer une victime vers une zone calme (bord du terrain)
- permet notamment de déplacer une victime vers un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- chaque secouriste se place de chaque côté de la victime
- aider la victime à se mettre debout
- passer le bras de la victime de votre côté autour de votre cou et le maintenir au niveau du poignet avec une main
- passer votre avant bras derrière le dos de la victime et maintenir la victime en passant la main sous l'aisselle ou au niveau de la ceinture

R Risques ?

- Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques , il ne doit pas aggraver l'état de la victime

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci
- les techniques d'aide à la marche doivent ne pas être susceptibles d'aggraver une lésion
- les techniques d'aide à la marche doivent utiliser des prises solides
- les techniques d'aide à la marche doivent permettre un déplacement sur quelques mètres



Déplacement de victimes non valides "saisie par les extrémités"

Q Quand ?

- pour déplacer une victime sur quelques mètres par deux secouristes sans équipement
- pour déplacer une victime qui se trouve dans un espace étroit : couloir , pièce exigüe...

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers une zone calme (bord du terrain)
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un endroit où elle pourra être allongée au calme

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

Commandements :

- le secouriste qui est derrière la victime : « Etes-vous prêt ? »
- l'autre secouriste : « Prêt ! »
- le secouriste qui est derrière la victime : « Avancez ... Halte... Attention pour poser, posez. ! »
- aider la victime à s'asseoir
- un secouriste s'accroupit derrière le dos de la victime, passe ses avant-bras sous ses aisselles et saisit les poignets opposés, puis se lève
- un secouriste s'accroupit entre les jambes de la victime , face à la marche et passe ses bras de l'extérieur vers l'intérieur sous les genoux de la victime
- au commandement du secouriste placé à la tête de la victime , les deux secouristes se relèvent et se dirigent vers l'avant .
- au commandement , la victime est déposée délicatement au sol

R Risques ?

- Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques , il ne doit pas aggraver l'état de la victime
- La victime ne doit donc pas présenter de traumatisme de membre

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent ne pas être susceptibles d'aggraver une lésion
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent utiliser des prises solides
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent permettre un déplacement sur quelques mètres



Déplacement de victimes non valides "technique de la « chaise » à mains"

Q Quand ?

- pour déplacer une victime sur quelques mètres par deux secouristes

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers une zone calme (bord du terrain)
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un endroit où elle pourra être allongée au calme

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

Commandements :

- le secouriste qui est derrière la victime : « Etes-vous prêt ? »
- l'autre secouriste : « Prêt ! »
- le secouriste qui est derrière la victime : « Avancez ... Halte... Attention pour poser, posez. ! »

Les deux secouristes utilisent leurs bras et leurs corps pour réaliser une chaise pour la victime

- s'accroupir de chaque côté de la victime au niveau de ses hanches
- asseoir la victime , passer un avant bras derrière son dos puis saisir l'épaule de l'autre secouriste
- passer l'autre avant bras sous les genoux de la victime et agripper le poignet de l'autre secouriste (un anneau de toile solide peut être utilisé ; chaque secouriste agrippe alors l'anneau de toile)
- demander à la victime de placer ses bras autour du cou des secouristes
- au commandement, se lever et déplacer la victime

R Risques ?

- Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques , il ne doit pas aggraver l'état de la victime

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent ne pas être susceptibles d'aggraver une lésion
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent utiliser des prises solides
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent permettre un déplacement sur quelques mètres



Déplacement de victimes non valides "à l'aide d'une chaise d'ameublement"

Q Quand ?

- pour déplacer une victime sur quelques mètres par deux secouristes

P Pourquoi ?

- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers une zone calme (bord du terrain)
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie
- permet de déplacer , en terrain plat une victime vers un endroit où elle pourra être allongée au calme
 - la chaise facilite ici le déplacement (quelques marches , espace étroit...)
 - la chaise est plus confortable pour la victime

A Avec quoi ?

- chaise d'ameublement
(suffisamment solide pour supporter le poids de la victime)

e Comment ?

Commandements :

- le secouriste qui est derrière la victime : « **Etes-vous prêt ?** »
- l'autre secouriste : « **Prêt !** »
- le secouriste qui est derrière la victime : « **Avancez ... Halte... Attention pour poser, posez. !** »
- un secouriste s'accroupit derrière le dossier de la chaise et saisit le bas du dossier ou la racine de l'accoudoir
- la chaise est alors basculée tout doucement en arrière après avoir prévenu la victime et en la maintenant d'une main
- le deuxième secouriste s'accroupit entre les pieds avant de la chaise , face à la victime , et les saisit à leur extrémité . Les jambes de la victime doivent rester entre les pieds de la chaise
- au commandement du secouriste placé à la tête de la victime , les deux secouristes se relèvent et déplacent la victime sur sa chaise

R Risques ?

- **Si le secouriste respecte l'indication de ces techniques , il ne doit pas aggraver l'état de la victime**

Le secouriste ne doit jamais utiliser une technique d'aide à la marche si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale

e Efficacité ?

- le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent ne pas être susceptibles d'aggraver une lésion
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent utiliser des prises solides
- les techniques de déplacement de victimes non valides doivent permettre un déplacement sur quelques mètres



Elimination des déchets à risque infectieux produits en intervention

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • après la prise en charge de chaque victime <p>l'équipier secouriste doit veiller à l'élimination correcte et réglementaire des DASRI</p>
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet d'éviter la contamination , la transmission de maladie et la fréquence des AES
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • lors de la manipulation , l'équipier secouriste doit avoir à sa disposition les <u>emballages adaptés à tous les types de déchets</u> qu'il produit et les équipements de protection individuelle nécessaires • ils sont à usage unique , doivent pouvoir être fermés temporairement en cours d'utilisation et doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement • le secouriste doit mettre immédiatement les déchets dans les emballages disposés à portée de main , mettre immédiatement l'aiguille usagée dans <u>le collecteur à objets perforants</u>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • élimination des objets perforants • élimination des objets solides et mous à risques • regroupement des collecteurs et des sacs à déchets à risque infectieux (Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Peut entraîner une contamination de l'équipier secouriste s'il ne respecte pas les procédures
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>en aucun cas , au cours de son activité ou au cours de l'élimination des DASRI , l'équipier secouriste ne doit se contaminer</i> <ul style="list-style-type: none"> □ le secouriste doit porter les équipements de protection adaptés □ le secouriste doit respecter les procédures d'élimination des déchets à risques infectieux □ le secouriste doit utiliser correctement les matériels dédiés à l'élimination des déchets à risque infectieux

ANNEXE C-1 :

Elimination des objets perforants :

Pour éliminer les objets perforants , l'équipier secouriste doit :

- être muni de gants à usage unique .
- posséder le collecteur en position ouverte à portée de main , de préférence fixé sur un support .
- déposer immédiatement l'objet souillé dans le collecteur (ne pas encapuchonner une aiguille , ni la désadapter de la seringue à la main) .
- vérifier que le niveau maximal de remplissage du collecteur ne dépasse pas la limite de remplissage indiqué sur le repère horizontal quand il existe .
- fermer provisoirement le collecteur .
- le fermer définitivement lorsqu'il a atteint 80% de sa capacité .
- à l'issue , retirer les gants .
- effectuer un lavage ou un traitement hygiénique des mains par friction .

Elimination des objets solides et mous à risques :

Pour les objets solides et mous , l'équipier secouriste doit :

- être muni de gants à usage unique .
- posséder le sac à déchets mous en position ouverte à portée de main .
- mettre immédiatement l'objet souillé dans le sac .
- fermer le sac en tirant les lanières et en chassant l'air , en prenant soin de ne pas mettre le visage à proximité de l'ouverture .
- à l'issue , retirer les gants .
- effectuer un lavage ou un traitement hygiénique des mains par friction .

Regroupement des collecteurs et des sacs à déchets à risque infectieux :

Lorsque les deux types d'emballages sont pleins , ils sont placés dans un sur emballage de type caisse pour DASRI , agréé pour le transport par route .

Dans ces emballages , les sacs et collecteurs à objets perforants ne doivent pas être tassés , ni être retirés une fois qu'ils ont été placés à l'intérieur . L'équipier secouriste doit porter des gants et se laver les mains à l'issue de la manipulation .

Lorsque les caisses pour DASRI sont pleines , elles doivent être fermées définitivement et stockées dans des locaux d'entreposage adaptés .

C'est une société agréée pour la collecte et l'élimination des DASRI qui est chargée de procéder au retrait des emballages fermés de manière définitive et intègre , pour les livrer à un incinérateur habilité à leur destruction .



Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local

"protocole simplifié"

Q Quand ?

- pour les véhicules sanitaires
- pour un local destiné à être utilisé comme poste de secours
- entre chaque victime prise en charge dans le véhicule ou à l'issue de chaque transport

P Pourquoi ?

- permet d'assurer la propreté visuelle
- permet d'assurer la propreté micro biologique
- permet d'éviter une contamination et une transmission d'infection, non seulement à la victime transportée, mais aussi au personnel secouriste et à son entourage

A Avec quoi ?

afin de réaliser le nettoyage et la désinfection d'un véhicule ou d'un local, le matériel suivant est recommandé :
(Annexe A-1)

e Comment ?

le protocole simplifié d'entretien entre deux victimes peut se réaliser n'importe où car il ne nécessite aucun point d'eau et le matériel d'entretien pour ce protocole peut être stocké dans le véhicule
(Annexe C-1)

R Risques ?

- Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux)
- Il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court, à manchettes longues, sans immersion dans la solution, sinon gants de ménage), des lunettes de protection, une blouse de protection, un masque de protection respiratoire éventuellement
- Il ne faut pas mélanger les différents produits entre eux
- En cas de contact avec les yeux, il faut les laver abondamment avec de l'eau et consulter un médecin
- En cas d'ingestion, il est impératif de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l'emballage ou l'étiquette
- Pour les solutions en pulvérisateur, il ne faut pas respirer directement l'aérosol issu de la pulvérisation
- Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE, aspirateur de mucosités...)

e Efficacité ?

- Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement
- ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée
- sur ces fiches figurent : le type de véhicule et son immatriculation ; le type de protocole réalisé ; la date de réalisation celui-ci ; le nom et la signature de l'équipier secouriste
- régulièrement, le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien.
- L'équipier secouriste doit porter les équipements de protection adaptés
- L'équipier secouriste doit respecter les procédures de nettoyage et de désinfection adaptées à la situation
- L'équipier secouriste doit utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés

ANNEXE A-1 :

Matériel recommandé :

- un point d'eau propre ;
- des gants non stériles à usage unique à manchette longue ;
- un savon liquide ou un système de distribution de gel pour l'antisepsie des mains ;
- deux seaux de couleurs différentes (rouge et bleu) et d'une contenance d'environ 10 litres ;
- un balai-brosse ou équivalent (balai avec support plat pour frange , balai avec pince plastique pour frange...) ;
- une frange lavable en machine et éventuellement un système de presse pour frange ;
- des lavettes à usage unique ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant satisfaisant aux principales normes antimicrobiennes . Les supports en non tissé à usage unique sont préférés par commodité;
- une solution détergente-désinfectante pour sols , surfaces , mobilier , dispositifs médicaux , soit en bidon (en général 5 litres) , soit en flacon (en général 1 litre) , soit en dose individuelle (en général autour de 20 millilitres) ;
- un pulvérisateur ou spray détergent-désinfectant pour surfaces , matériels et dispositifs médicaux , en flacon avec un pistolet (produit prêt à l'emploi) ;
- une brosse de nettoyage ;
- un aspirateur réservé au nettoyage des véhicules sanitaires ;
- un sac jaune pour déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- un sac d'une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
- des supports absorbants à usage unique , type essuie-tout ;
- un cahier de traçabilité des opérations réalisées .

Remarques :

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles constituent des réservoirs de micro-organismes potentiellement pathogènes .

Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisation au dernier rinçage .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

A l'issue de chaque transport sanitaire d'une victime , il convient de bien aérer le véhicule avec les portes ouvertes .

Quel que soit le protocole utilisé , il faut avant sa mise en œuvre :

- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique ;
- se protéger par des gants à usage unique non stériles et une paire de lunettes de protection ;
- jeter le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les procédures de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux .

Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire :

- pulvériser une solution détergente-désinfectante sur le matériel qui a été en contact avec la victime ou qui a été exposé à des liquides biologiques : brancard , matelas mobilisateur à dépression , plans de travail , poignées de portes ;
- étalement la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique , propre et sèche ; laisser sécher et ne pas rincer ;
- jeter la lavette dans le sac à déchets mous prévu pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux .

A la fin du protocole , il faut :

- retirer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous .
- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique .
- noter ce qui a été fait .

Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement .

Ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée .

Sur ces fiches figurent :

- le type de véhicule et son immatriculation ;
- le type de protocole réalisé ;
- la date de réalisation celui-ci ;
- le nom et la signature de l'équipier secouriste.

Régulièrement , le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien .



Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local

"protocole quotidien"

Q Quand ?

- pour les véhicules sanitaires
- pour un local destiné à être utilisé comme poste de secours
- quotidiennement avant la prise de service d'une nouvelle équipe ou avant le début d'une mission

P Pourquoi ?

- permet d'assurer la propreté visuelle
- permet d'assurer la propreté micro biologique
- permet d'éviter une contamination et une transmission d'infection, non seulement à la victime transportée, mais aussi au personnel secouriste et à son entourage

A Avec quoi ?

afin de réaliser le nettoyage et la désinfection d'un véhicule ou d'un local, le matériel suivant est recommandé :
(Annexe A-1)

e Comment ?

protocole à réaliser seulement après le protocole simplifié

le protocole quotidien doit autant que possible être réalisés dans un endroit réservé et adapté comportant au minimum un point d'eau du réseau, muni d'un système d'évacuation des eaux usées ainsi que le matériel spécifique d'entretien et des plans de travail sans joints

les opérateurs devront respecter un circuit précis en distinguant une zone propre d'une zone sale et devront nettoyer et désinfecter les plans de travail à l'issue des opérations
(Annexe C-1)

R Risques ?

- Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux)
- Il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court, à manchettes longues, sans immersion dans la solution, sinon gants de ménage), des lunettes de protection, une blouse de protection, un masque de protection respiratoire éventuellement
- Il ne faut pas mélanger les différents produits entre eux
- En cas de contact avec les yeux, il faut les laver abondamment avec de l'eau et consulter un médecin
- En cas d'ingestion, il est impératif de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l'emballage ou l'étiquette
- Pour les solutions en pulvérisateur, il ne faut pas respirer directement l'aérosol issu de la pulvérisation
- Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE, aspirateur de mucosités...)

e Efficacité ?

- Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement
- ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée
- sur ces fiches figurent : le type de véhicule et son immatriculation ; le type de protocole réalisé ; la date de réalisation celui-ci ; le nom et la signature de l'équipier secouriste
- régulièrement, le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien
- L'équipier secouriste doit porter les équipements de protection adaptés
- L'équipier secouriste doit respecter les procédures de nettoyage et de désinfection adaptées à la situation
- L'équipier secouriste doit utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés

ANNEXE A-1 :

Matériel nécessaire :

- un point d'eau propre ;
- des gants non stériles à usage unique à manchette longue ;
- un savon liquide ou un système de distribution de gel pour l'antisepsie des mains ;
- deux seaux de couleurs différentes (rouge et bleu) et d'une contenance d'environ 10 litres ;
- un balai-brosse ou équivalent (balai avec support plat pour frange , balai avec pince plastique pour frange...) ;
- une frange lavable en machine et éventuellement un système de presse pour frange ;
- des lavettes à usage unique ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant satisfaisant aux principales normes antimicrobiennes . Les supports en non tissé à usage unique sont préférés par commodité;
- une solution détergente-désinfectante pour sols , surfaces , mobilier , dispositifs médicaux , soit en bidon (en général 5 litres) , soit en flacon (en général 1 litre) , soit en dose individuelle (en général autour de 20 millilitres) ;
- un pulvérisateur ou spray détergent-désinfectant pour surfaces , matériels et dispositifs médicaux , en flacon avec un pistolet (produit prêt à l'emploi) ;
- une brosse de nettoyage ;
- un aspirateur réservé au nettoyage des véhicules sanitaires ;
- un sac jaune pour déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- un sac d'une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
- des supports absorbants à usage unique , type essuie-tout ;
- un cahier de traçabilité des opérations réalisées .

Remarques :

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles constituent des réservoirs de micro-organismes potentiellement pathogènes .

Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisation au dernier rinçage .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

A l'issue de chaque transport sanitaire d'une victime, il convient de bien aérer le véhicule avec les portes ouvertes.

Quel que soit le protocole utilisé, il faut avant sa mise en œuvre :

- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique ;
- se protéger par des gants à usage unique non stériles et une paire de lunettes de protection ;
- jeter le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les procédures de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire :

- pulvériser une solution détergente-désinfectante sur le matériel qui a été en contact avec la victime ou qui a été exposé à des liquides biologiques : brancard, matelas mobilisateur à dépression, plans de travail, poignées de portes ;
- étaier la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche ; laisser sécher et ne pas rincer ;
- jeter la lavette dans le sac à déchets mous prévu pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux.
- dépoussiérer le sol à l'aide d'un aspirateur (laisser le corps de celui-ci à l'extérieur du véhicule).
- préparer dans un seau (seau n°1 ou seau de lavage - rouge) une solution de détergent- désinfectant en respectant la dilution prescrite par le fournisseur (en général, utiliser de l'eau froide ou légèrement tiède).
- remplir un seau d'une autre couleur (seau n°2 ou seau de rinçage - bleu) avec de l'eau propre du réseau.
- trempier la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
- nettoyer le sol de la cellule sanitaire en commençant par le fond et terminant vers l'extérieur, en déplaçant la frange en faisant des « S ».
- essorer, autant de fois que cela est nécessaire la frange, dans le seau n°2 puis la tremper à nouveau dans le seau n°1.
- dès que l'eau du seau n°2 devient suffisamment trouble, la vider et remplir le seau n°2 d'eau claire.
- recommencer ces étapes autant de fois que le sol de la cellule sanitaire n'est pas propre visuellement.
- laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
- vider les deux seaux, les rincer, essorer et rincer la frange, au besoin la laver en machine à laver, séparément de tout linge, et laisser le tout sécher.

Nettoyage et désinfection de la cabine de conduite :

- à l'aide d'un aspirateur, aspirer méthodiquement les sièges, puis le sol, en maintenant le corps de l'aspirateur à l'extérieur du véhicule.
- à l'aide d'un pulvérisateur de solution détergente-désinfectante, nettoyer le tableau de bord, le volant, le levier de vitesse, les manettes, le frein à main, les portes intérieures et particulièrement les poignées, les appareils de communication (radios, téléphones mobiles). Ne pas effectuer de pulvérisation directe sur les matériels sensibles aux projections humides.
- étaier la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche, laisser sécher et ne pas rincer.
- préparer dans un seau (seau n°1 ou seau de lavage - rouge) une solution de détergent- désinfectant en respectant la dilution prescrite par le fournisseur (en général, utiliser de l'eau froide ou légèrement tiède).
- remplir un seau d'une autre couleur (seau n°2 ou seau de rinçage - bleu) avec de l'eau propre du réseau.
- trempier la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
- nettoyer le sol de la cellule sanitaire en commençant par le fond et terminant vers l'extérieur, en déplaçant la frange en faisant des « S ».
- essorer, autant de fois que cela est nécessaire la frange, dans le seau n°2 puis la tremper à nouveau dans le seau n°1.
- dès que l'eau du seau n°2 devient suffisamment trouble, la vider et remplir le seau n°2 d'eau claire.
- recommencer ces étapes autant de fois que le sol de la cellule sanitaire n'est pas propre visuellement.
- laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
- vider les deux seaux, les rincer, essorer et rincer la frange, au besoin la laver en machine à laver, séparément de tout linge, et laisser le tout sécher.

A la fin du protocole , il faut :

- retirer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous .
- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique .
- noter ce qui a été fait .

Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement .

Ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée .

Sur ces fiches figurent :

- le type de véhicule et son immatriculation ;
- le type de protocole réalisé ;
- la date de réalisation celui-ci ;
- le nom et la signature de l'équipier secouriste . Régulièrement , le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien .



Nettoyage et désinfection d'un véhicule ou d'un local "protocole de désinfection approfondie"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • pour les véhicules sanitaires • pour un local destiné à être utilisé comme poste de secours • à l'issue d'un transport d'une victime à risque infectieux particulier • de manière périodique à une fréquence hebdomadaire ou recommandée par l'autorité d'emploi
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet d'assurer la propreté visuelle <input type="checkbox"/> permet d'assurer la propreté micro biologique <input type="checkbox"/> permet d'éviter une contamination et une transmission d'infection , non seulement à la victime transportée , mais aussi au personnel secouriste et à son entourage
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<p>afin de réaliser le nettoyage et la désinfection d'un véhicule ou d'un local , le matériel suivant est recommandé :</p> <p style="text-align: center;">(Annexe A-1)</p>
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>le protocole approfondi doit autant que possible être réalisés dans un endroit réservé et adapté comportant au minimum un point d'eau du réseau , muni d'un système d'évacuation des eaux usées ainsi que le matériel spécifique d'entretien et des plans de travail sans joints</p> <p>les opérateurs devront respecter un circuit précis en distinguant une zone propre d'une zone sale et devront nettoyer et désinfecter les plans de travail à l'issue des opérations</p> <p style="text-align: center;">(Annexe C-1)</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux) il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court , à manchettes longues , sans immersion dans la solution , sinon gants de ménage) , des lunettes de protection , une blouse de protection , un masque de protection respiratoire éventuellement <input type="checkbox"/> Il ne faut pas mélanger les différents produits entre eux <input type="checkbox"/> En cas de contact avec les yeux , il faut les laver abondamment avec de l'eau et consulter un médecin <input type="checkbox"/> En cas d'ingestion , il est impératif de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l'emballage ou l'étiquette <input type="checkbox"/> Pour les solutions en pulvérisateur , il ne faut pas respirer directement l'aérosol issu de la pulvérisation <input type="checkbox"/> Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE , aspirateur de mucosités...)
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée sur ces fiches figurent : le type de véhicule et son immatriculation ; le type de protocole réalisé ; la date de réalisation celui-ci ; le nom et la signature de l'équipier secouriste régulièrement , le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien <input type="checkbox"/> L'équipier secouriste doit porter les équipements de protection adaptés <input type="checkbox"/> L'équipier secouriste doit respecter les procédures de nettoyage et de désinfection adaptées à la situation <input type="checkbox"/> L'équipier secouriste doit utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Matériel nécessaire :

- un point d'eau propre ;
- des gants non stériles à usage unique à manchette longue ;
- un savon liquide ou un système de distribution de gel pour l'antisepsie des mains ;
- deux seaux de couleurs différentes (rouge et bleu) et d'une contenance d'environ 10 litres ;
- un balai-brosse ou équivalent (balai avec support plat pour frange , balai avec pince plastique pour frange...) ;
- une frange lavable en machine et éventuellement un système de presse pour frange ;
- des lavettes à usage unique ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant satisfaisant aux principales normes antimicrobiennes . Les supports en non tissé à usage unique sont préférés par commodité;
- une solution détergente-désinfectante pour sols , surfaces , mobilier , dispositifs médicaux , soit en bidon (en général 5 litres) , soit en flacon (en général 1 litre) , soit en dose individuelle (en général autour de 20 millilitres) ;
- un pulvérisateur ou spray détergent-désinfectant pour surfaces , matériels et dispositifs médicaux , en flacon avec un pistolet (produit prêt à l'emploi) ;
- une brosse de nettoyage ;
- un aspirateur réservé au nettoyage des véhicules sanitaires ;
- un sac jaune pour déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- un sac d'une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
- des supports absorbants à usage unique , type essuie-tout ;
- un cahier de traçabilité des opérations réalisées .

Remarques :

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles constituent des réservoirs de micro-organismes potentiellement pathogènes .

Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisation au dernier rinçage .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

A l'issue de chaque transport sanitaire d'une victime, il convient de bien aérer le véhicule avec les portes ouvertes.

Quel que soit le protocole utilisé, il faut avant sa mise en œuvre :

- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique ;
- se protéger par des gants à usage unique non stériles et une paire de lunettes de protection ;
- jeter le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les procédures de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire :

- pulvériser une solution détergente-désinfectante sur le matériel qui a été en contact avec la victime ou qui a été exposé à des liquides biologiques : brancard, matelas mobilisateur à dépression, plans de travail, poignées de portes ;
- étaier la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche ; laisser sécher et ne pas rincer ;
- jeter la lavette dans le sac à déchets mous prévu pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux.
- dépoussiérer le sol à l'aide d'un aspirateur (laisser le corps de celui-ci à l'extérieur du véhicule).
- préparer dans un seau (seau n°1 ou seau de lavage - rouge) une solution de détergent- désinfectant en respectant la dilution prescrite par le fournisseur (en général, utiliser de l'eau froide ou légèrement tiède).
- remplir un seau d'une autre couleur (seau n°2 ou seau de rinçage - bleu) avec de l'eau propre du réseau.
- trempier la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
- nettoyer le sol de la cellule sanitaire en commençant par le fond et terminant vers l'extérieur, en déplaçant la frange en faisant des « S ».
- essorer, autant de fois que cela est nécessaire la frange, dans le seau n°2 puis la tremper à nouveau dans le seau n°1.
- dès que l'eau du seau n°2 devient suffisamment trouble, la vider et remplir le seau n°2 d'eau claire.
- recommencer ces étapes autant de fois que le sol de la cellule sanitaire n'est pas propre visuellement.
- laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
- vider les deux seaux, les rincer, essorer et rincer la frange, au besoin la laver en machine à laver, séparément de tout linge, et laisser le tout sécher.

Nettoyage et désinfection de la cabine de conduite :

- à l'aide d'un aspirateur, aspirer méthodiquement les sièges, puis le sol, en maintenant le corps de l'aspirateur à l'extérieur du véhicule.
- à l'aide d'un pulvérisateur de solution détergente-désinfectante, nettoyer le tableau de bord, le volant, le levier de vitesse, les manettes, le frein à main, les portes intérieures et particulièrement les poignées, les appareils de communication (radios, téléphones mobiles). Ne pas effectuer de pulvérisation directe sur les matériels sensibles aux projections humides.
- étaier la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche, laisser sécher et ne pas rincer.
- préparer dans un seau (seau n°1 ou seau de lavage - rouge) une solution de détergent- désinfectant en respectant la dilution prescrite par le fournisseur (en général, utiliser de l'eau froide ou légèrement tiède).
- remplir un seau d'une autre couleur (seau n°2 ou seau de rinçage - bleu) avec de l'eau propre du réseau.
- trempier la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
- nettoyer le sol de la cellule sanitaire en commençant par le fond et terminant vers l'extérieur, en déplaçant la frange en faisant des « S ».
- essorer, autant de fois que cela est nécessaire la frange, dans le seau n°2 puis la tremper à nouveau dans le seau n°1.
- dès que l'eau du seau n°2 devient suffisamment trouble, la vider et remplir le seau n°2 d'eau claire.
- recommencer ces étapes autant de fois que le sol de la cellule sanitaire n'est pas propre visuellement.
- laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
- vider les deux seaux, les rincer, essorer et rincer la frange, au besoin la laver en machine à laver, séparément de tout linge, et laisser le tout sécher.

A la fin du protocole , il faut :

- retirer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous .
- se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique .
- noter ce qui a été fait .

Les procédures de nettoyage-désinfection doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement .

Ces procédures écrites doivent donc être respectées et des fiches de suivi ou d'enregistrement de l'entretien des véhicules de secours à personnes et du matériel de secourisme doivent être créées et renseignées convenablement chaque fois qu'une action de nettoyage-désinfection est menée .

Sur ces fiches figurent :

- le type de véhicule et son immatriculation ;
- le type de protocole réalisé ;
- la date de réalisation celui-ci ;
- le nom et la signature de l'équipier secouriste . Régulièrement , le responsable de la structure doit mettre à jour les procédures et viser les fiches de suivi d'entretien .



Nettoyage et désinfection du matériel de secours

Q Quand ?

- pour les matériels de secours réutilisables
- systématiquement après la prise en charge d'une victime si le matériel a été mis en œuvre
- de manière périodique (en général hebdomadaire) , lors du protocole de désinfection approfondi du véhicule sanitaire

P Pourquoi ?

- permet d'assurer la propreté microbologique du dispositif médico-secouriste

A Avec quoi ?

afin de réaliser le nettoyage et la désinfection du matériel de secours , le matériel suivant est recommandé :

(Annexe A-1)

e Comment ?

(Annexe C-1)

R Risques ?

- Les désinfectants peuvent être irritants pour la peau et les muqueuses (yeux)

Il est donc nécessaire de porter des gants appropriés (gants à usage unique pour un usage court , à manchettes longues , sans immersion dans la solution , sinon gants de ménage) , des lunettes de protection , une blouse de protection , un masque de protection respiratoire éventuellement

- Il ne faut pas mélanger les différents produits entre eux
- En cas de contact avec les yeux , il faut les laver abondamment avec de l'eau et consulter un médecin
- En cas d'ingestion , il est impératif de consulter immédiatement un médecin et de lui montrer l'emballage ou l'étiquette
- Pour les solutions en pulvérisateur , il ne faut pas respirer directement l'aérosol issu de la pulvérisation
- Ne jamais pulvériser sur du matériel électrique (DAE , aspirateur de mucosités...)

La vérification du fonctionnement du matériel est indispensable avant sa remise en service

e Efficacité ?

- les procédures de nettoyage-désinfection des matériels doivent être écrites dans un document à disposition de tout intervenant secouriste susceptible de réaliser ce type d'action et mises à jour régulièrement

sur les fiches dédiées figurent : le type de matériel et son numéro d'identification ; le type de nettoyage-désinfection réalisé ; la date de réalisation de celui-ci ; le nom et la signature de l'équipier secouriste

- l'équipier secouriste doit porter les équipements de protection adaptés
- l'équipier secouriste doit respecter les procédures de nettoyage et désinfection de chaque matériel et les règles données par le fabricant
- l'équipier secouriste doit utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés

ANNEXE A-1 :

Matériel nécessaire :

- un point d'eau propre ;
- des gants non stériles à usage unique à manchette longue ;
- un savon liquide ou un système de distribution de gel pour l'antisepsie des mains ;
- deux seaux de couleurs différentes (rouge et bleu) et d'une contenance d'environ 10 litres ;
- un balai-brosse ou équivalent (balai avec support plat pour frange , balai avec pince plastique pour frange...) ;
- une frange lavable en machine et éventuellement un système de presse pour frange ;
- des lavettes à usage unique ou lingettes pré-imprégnées de détergent-désinfectant satisfaisant aux principales normes antimicrobiennes . Les supports en non tissé à usage unique sont préférés par commodité;
- une solution détergente-désinfectante pour sols , surfaces , mobilier , dispositifs médicaux , soit en bidon (en général 5 litres) , soit en flacon (en général 1 litre) , soit en dose individuelle (en général autour de 20 millilitres) ;
- un pulvérisateur ou spray détergent-désinfectant pour surfaces , matériels et dispositifs médicaux , en flacon avec un pistolet (produit prêt à l'emploi) ;
- une brosse de nettoyage ;
- un aspirateur réservé au nettoyage des véhicules sanitaires ;
- un sac jaune pour déchets d'activités de soins à risques infectieux ;
- un sac d'une autre couleur pour les déchets assimilés aux ordures ménagères ;
- des supports absorbants à usage unique , type essuie-tout ;
- un cahier de traçabilité des opérations réalisées .
- un bac pour l'immersion du matériel de secourisme ;
- deux plans de travail , l'un destiné au matériel sale , l'autre au matériel propre .

Remarques :

Les serpillières et les éponges sont interdites car elles constituent des réservoirs de micro-organismes potentiellement pathogènes .

Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, les laver en machine à haute température (> 60°C) avec javellisation au dernier rinçage .

ANNEXE C-1 :

Règle générale :

La désinfection du matériel est toujours précédée d'une étape de nettoyage, même si le produit utilisé est un produit détergent désinfectant.

Les équipiers secouristes doivent respecter un circuit précis en distinguant une zone propre d'une zone sale. Ils devront nettoyer et désinfecter les plans de travail à l'issue des opérations.

Le nettoyage et la désinfection du matériel sont réalisés après l'élimination des souillures biologiques (sang, salive, etc.), dès leur production, avec un essuie-tout imprégné d'un détergent désinfectant.

Avant tout nettoyage-désinfection des matériels, il faut :

-se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique si cela est faisable ;

-mettre des gants à usage unique non stériles ;

-jeter le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les règles du tri.

Procédure de nettoyage désinfection des matériels :

-sortir de la cellule sanitaire l'ensemble des matériels stockés à l'intérieur pour les nettoyer.

-déposer ces matériels sur un plan de travail réservé pour accueillir le matériel non désinfecté.

-préparer, dans un bac de trempage, une solution de détergent-désinfectant en respectant la dilution prescrite (en général utiliser de l'eau froide ou légèrement tiède).

a) Matériel immergeable :

-démonter le matériel démontable et faire tremper dans le bac les parties immergeables ainsi que la brosse de nettoyage ;

-laisser le matériel en contact dans la solution détergente-désinfectante pendant le temps imposé par la notice technique du produit utilisé. Au minimum, respecter un temps de contact de 15 minutes ;

-à l'aide de la brosse de nettoyage, brosser méthodiquement les différentes pièces ;

-rincer abondamment les pièces une par une sous l'eau courante ;

-sécher avec un support absorbant à usage unique chaque pièce ;

-remonter et vérifier l'état de fonctionnement du matériel ;

b) Matériel non immergeable :

-démonter les parties démontables ;

-pulvériser une solution détergente-désinfectante sur ce matériel à l'aide d'un pulvérisateur ou d'un spray en veillant à ne pas projeter directement la solution sur les parties électriques sensibles ;

-étaier la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche,

-laisser sécher et ne pas rincer,

-remonter et vérifier l'état de fonctionnement du matériel ;

A la fin :

-réintégrer l'ensemble du matériel nettoyé et désinfecté à l'intérieur de la cellule sanitaire et procéder à l'inventaire du matériel.

A l'issue du nettoyage-désinfection :

-retirer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous ;

-se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique.



Mesure de la pression artérielle "par palpation"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chaque fois que possible , lors de la recherche d'une détresse vitale "elle ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence"
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de voir l'élévation de la pression artérielle (hypertension) ou sa diminution (hypotension) à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie □ permet d'apporter au médecin régulateur des indications supplémentaires sur l'état de la victime
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • tensiomètre manuel (Annexe A-1)
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>la mesure de la pression artérielle consiste à relever deux chiffres , par exemple 120 et 80 . Ces deux chiffres représentent la pression, en millimètres de mercure , exercée par le sang dans les artères au moment de la contraction du cœur et au moment de son relâchement</p> <p>le chiffre le plus élevé (120) est appelé pression systolique . Il mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contraction du cœur</p> <p>le chiffre le plus bas (80) est appelé pression diastolique</p> <p>(Annexe C-1)</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ La mesure de la pression artérielle ne présente aucun risque pour la victime □ Si le manchon du tensiomètre est laissé en place pour une nouvelle mesure lors de la surveillance de la victime , l'équipier secouriste doit s'assurer que ce dernier est bien dégonflé , pas trop serré et ne gêne pas la victime □ Les valeurs relevées ne sont que des valeurs indicatives et , seul un médecin peut les interpréter . La pression artérielle est, en effet, variable en fonction de l'activité de l'individu (effort , stress , fatigue...) □ Il faut noter qu'il est parfois très difficile de mesurer la pression artérielle , essentiellement lorsqu'il existe une détresse circulatoire
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place correcte de l'appareil et la mesure régulière de la pression artérielle par un équipier sont les garants de l'efficacité de la technique <ul style="list-style-type: none"> □ l'équipier secouriste doit positionner correctement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit gonfler le brassard à une pression supérieure à la pression systolique (disparition du pouls radial ou du bruit du pouls brachial) □ l'équipier secouriste doit dégonfler lentement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit repérer les moments pour relever la pression sur le manomètre □ l'équipier secouriste doit respecter le mode d'emploi s'il s'agit d'un appareil automatique
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (il existe , en fonction de la taille , des manchons adultes et enfants) ;
- un tuyau relié à une poire qui permet de gonfler le manchon . Cette poire est équipée d'une valve dont l'ouverture permet au manchon de se dégonfler progressivement ;
- un manomètre qui mesure la contre-pression exercée sur le bras .

ANNEXE C-1 :

Mesure de la pression artérielle par palpation :

- placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la victime (accessible et non traumatisé) . Le bord inférieur du brassard doit être placé à 2cm au moins au-dessus du pli du coude et le repère artériel juste au-dessus du passage de l'artère (au niveau du milieu du pli du coude) . Si le manomètre est fixé au manchon , celui-ci doit être visible .
 - maintenir la poire de gonflage d'une main et fermer la valve .
 - avec les doigts de l'autre main , localiser le pouls radial de la victime .
 - gonfler doucement le brassard 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 .
 - dégonfler doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonflage . L'aiguille du manomètre doit descendre sur le cadrant (2 à 3 mm de Hg par seconde) .
 - noter la pression sur le cadran dès que vous percevez à nouveau le pouls radial . Ce chiffre correspond à la pression systolique .
 - dégonfler totalement le brassard .
- Cette méthode de mesure de la pression artérielle ne permet pas de mesurer la pression diastolique .



Mesure de la pression artérielle "par auscultation"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chaque fois que possible , lors de la recherche d'une détresse vitale "elle ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence"
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de voir l'élévation de la pression artérielle (hypertension) ou sa diminution (hypotension) à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie □ permet d'apporter au médecin régulateur des indications supplémentaires sur l'état de la victime
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • tensiomètre manuel (Annexe A-1) • stéthoscope (Annexe A-2)
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>la mesure de la pression artérielle consiste à relever deux chiffres , par exemple 120 et 80 . Ces deux chiffres représentent la pression , en millimètres de mercure , exercée par le sang dans les artères au moment de la contraction du cœur et au moment de son relâchement</p> <p>le chiffre le plus élevé (120) est appelé pression systolique . Il mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contraction du cœur</p> <p>le chiffre le plus bas (80) est appelé pression diastolique (Annexe C-1)</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ La mesure de la pression artérielle ne présente aucun risque pour la victime □ Si le manchon du tensiomètre est laissé en place pour une nouvelle mesure lors de la surveillance de la victime , l'équipier secouriste doit s'assurer que ce dernier est bien dégonflé , pas trop serré et ne gêne pas la victime □ Les valeurs relevées ne sont que des valeurs indicatives et , seul un médecin peut les interpréter . La pression artérielle est , en effet , variable en fonction de l'activité de l'individu (effort , stress , fatigue...) □ Il faut noter qu'il est parfois très difficile de mesurer la pression artérielle , essentiellement lorsqu'il existe une détresse circulatoire
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place correcte de l'appareil et la mesure régulière de la pression artérielle par un équipier sont les garants de l'efficacité de la technique <ul style="list-style-type: none"> □ l'équipier secouriste doit positionner correctement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit gonfler le brassard à une pression supérieure à la pression systolique (disparition du pouls radial ou du bruit du pouls brachial) □ l'équipier secouriste doit dégonfler lentement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit repérer les moments pour relever la pression sur le manomètre □ l'équipier secouriste doit respecter le mode d'emploi s'il s'agit d'un appareil automatique
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (il existe , en fonction de la taille , des manchons adultes et enfants) ;
- un tuyau relié à une poire qui permet de gonfler le manchon . Cette poire est équipée d'une valve dont l'ouverture permet au manchon de se dégonfler progressivement ;
- un manomètre qui mesure la contre-pression exercée sur le bras .

ANNEXE A-2 :

La prise manuelle de la pression artérielle peut nécessiter l'utilisation d'un stéthoscope . Seulement utilisée par l'équipier secouriste pour la mesure de la pression artérielle .

Constitution :

- une lyre à l'extrémité de laquelle se trouvent deux embouts qui seront placés dans chaque oreille de l'équipier secouriste ;
- de tuyaux ;
- un pavillon .

ANNEXE C-1 :

Mesure de la pression artérielle par auscultation :

- placer le manchon du tensiomètre autour du bras de la victime (accessible et non traumatisé) . Le bord inférieur du brassard doit être placé à 2cm au moins au-dessus du pli du coude et le repère artériel juste au-dessus du passage de l'artère (au niveau du milieu du pli du coude) . Si le manomètre est fixé au manchon , celui-ci doit être visible .
- maintenir la poire de gonflage d'une main et fermer la valve .
- placer les embouts du stéthoscope dans les oreilles , ils doivent pointer vers l'avant .
- localiser le pouls de l'artère qui passe au milieu du pli du coude avec les doigts .
- placer le pavillon du stéthoscope sur le trajet de l'artère , juste au-dessus du pouls et le maintenir avec l'index et le majeur d'une main .
- gonfler doucement le brassard en appuyant sur la poire jusqu'à ne plus entendre le bruit du pouls . Continuer à gonfler de 30 mm de Hg en plus , après disparition du bruit du pouls .
- dégonfler doucement le brassard en appuyant (ou tournant) sur la valve de dégonflage . L'aiguille du manomètre doit descendre sur le cadran (de 2 à 3 mm par seconde) .
- noter la pression sur le cadran dès que vous réentendez le bruit du pouls . Ce chiffre correspond à la pression systolique .
- continuer à dégonfler le brassard et noter à nouveau la pression sur le cadran quand le bruit du pouls disparaît . Ce chiffre correspond à la pression diastolique .
- la pression artérielle est indiquée en donnant la pression systolique puis la pression diastolique , par exemple 120 / 80 .
- dégonfler totalement le brassard .



Mesure de la pression artérielle "automatique"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chaque fois que possible , lors de la recherche d'une détresse vitale "elle ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence"
----------	---------	---

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de voir l'élévation de la pression artérielle (hypertension) ou sa diminution (hypotension) à la suite d'un traumatisme ou d'une maladie □ permet d'apporter au médecin régulateur des indications supplémentaires sur l'état de la victime
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • tensiomètre automatique (Annexe A-1)
----------	-------------	--

e	Comment ?	<p>la mesure de la pression artérielle consiste à relever deux chiffres , par exemple 120 et 80 . Ces deux chiffres représentent la pression, en millimètres de mercure , exercée par le sang dans les artères au moment de la contraction du cœur et au moment de son relâchement</p> <p>le chiffre le plus élevé (120) est appelé pression systolique . Il mesure la force exercée par le sang sur la paroi interne des artères lors de la contraction du cœur</p> <p>le chiffre le plus bas (80) est appelé pression diastolique</p> <p>(Annexe C-1)</p>
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ La mesure de la pression artérielle ne présente aucun risque pour la victime □ Si le manchon du tensiomètre est laissé en place pour une nouvelle mesure lors de la surveillance de la victime , l'équipier secouriste doit s'assurer que ce dernier est bien dégonflé , pas trop serré et ne gêne pas la victime □ Les valeurs relevées ne sont que des valeurs indicatives et , seul un médecin peut les interpréter . La pression artérielle est, en effet, variable en fonction de l'activité de l'individu (effort , stress , fatigue...) □ Il faut noter qu'il est parfois très difficile de mesurer la pression artérielle , essentiellement lorsqu'il existe une détresse circulatoire
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place correcte de l'appareil et la mesure régulière de la pression artérielle par un équipier sont les garants de l'efficacité de la technique <ul style="list-style-type: none"> □ l'équipier secouriste doit positionner correctement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit gonfler le brassard à une pression supérieure à la pression systolique (disparition du pouls radial ou du bruit du pouls brachial) □ l'équipier secouriste doit dégonfler lentement le brassard à tension □ l'équipier secouriste doit repérer les moments pour relever la pression sur le manomètre □ l'équipier secouriste doit respecter le mode d'emploi s'il s'agit d'un appareil automatique
----------	--------------	--

ANNEXE A-1 :

Constitution :

- une centrale , alimentée par une batterie , sur laquelle s'affichent les chiffres de la pression artérielle et la fréquence cardiaque ;
- un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (il existe , en fonction de la taille , des manchons adultes et enfants) ;
- de tuyaux qui relie le manchon à la centrale .

ANNEXE C-1 :

Mesure de la pression artérielle automatique :

La mesure de la pression artérielle à l'aide d'un appareil automatique et électronique demande , de la part de l'équipier , uniquement la mise en place du manchon à pression autour du bras .
La mesure se fait alors automatiquement en respectant le mode d'emploi de l'appareil . La mesure de la pression artérielle s'affiche sur les cadrans de même que la fréquence cardiaque .



Mesure de la saturation capillaire en oxygène

Q Quand ?

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

P Pourquoi ?

- permet de refléter l'efficacité du transport de l'oxygène de l'air respiré jusqu'aux capillaires (lieu d'échange avec les cellules)

A Avec quoi ?

- oxymètre de pouls (Annexe A-1)

e Comment ?

- le capteur doit être placé sur une peau ou un ongle propre (le vernis à ongle ne permet pas la mesure)
- une fois le capteur en place , il faut mettre l'appareil en marche et respecter les recommandations données par le mode d'emploi de l'appareil
- deux chiffres s'affichent sur l'écran de l'appareil : la fréquence du pouls et la saturation en oxygène (que l'on nomme couramment SpO²)
 - la SpO² est le reflet , exprimé en pourcentage , de la quantité d'oxygène transportée par le sang
 - le pourcentage normal de la SpO² se situe entre 95% et 100%

R Risques ?

- **Chez une victime agitée ou en cas de détresse circulatoire , la mesure de la SpO² n'est pas fiable car le capteur ne peut pas détecter les pulsations cardiaques**
- **Les intoxications aux fumées et les intoxications au monoxyde de carbone (CO) faussent la mesure et donnent à tort des chiffres rassurants**
- **La lecture n'est également pas fiable chez une victime qui présente des tremblements ou un refroidissement (hypothermie)**

e Efficacité ?

- **la mise en place correcte de l'appareil et la mesure régulière de la saturation par un équipier secouriste sont les garants de l'efficacité de la technique**
- **l'équipier secouriste doit positionner correctement le capteur de lecture de la saturation**
 - **l'équipier secouriste doit respecter le mode d'emploi de l'appareil**
 - **l'équipier secouriste doit lire et transmettre la mesure réalisée**

ANNEXE A-1 :

Mesure de la saturation en oxygène :

L'oxymètre de pouls est un appareil électronique qui mesure la quantité d'oxygène (O²) transportée par les globules rouges au niveau de la circulation capillaire . L'oxymètre de pouls permet de détecter très rapidement un manque d'oxygène dans l'organisme . Cependant , il ne dispense pas l'équipier secouriste du bilan de la fonction respiratoire de la victime , ni de sa surveillance . La mesure de la saturation capillaire en oxygène n'est qu'un élément complémentaire du bilan secouriste , et ne doit , en aucun cas , retarder des gestes d'urgence évidents . L'oxymètre de pouls est facile à utiliser . C'est un appareil performant , sûr et fiable . L'appareil comprend :

- une unité de mesure dotée en règle générale d'un écran de lecture et alimentée par des batteries à usage unique
- un capteur que l'on pose sur une partie du corps (doigt , lobe de l'oreille , front ou nez) . Il existe des capteurs adaptés en fonction de l'âge de la victime (adulte , enfant , nourrisson) .

Entretien :

Nettoyer l'appareil en respectant les recommandations du fabricant .



Mesure de la température

Q Quand ?

- chez une victime qui semble anormalement chaude ou froide , après avoir évalué l'aspect de la peau et des muqueuses

P Pourquoi ?

- la température tympanique est le reflet exact de la température de l'organisme
 - permet de compléter le bilan secouriste
- permet de confirmer la sensation de victime chaude ou froide (évaluation de l'aspect de la peau et des muqueuses)
 - permet de mieux apprécier l'état de la victime

A Avec quoi ?

- thermomètre
- thermomètre tympanique (Annexe A-1)

e Comment ?

l'équipier secouriste doit se familiariser avec le mode d'emploi de l'appareil dont il dispose

R Risques ?

- Pour limiter tout risque traumatique veiller à prévenir tout mouvement excessif de la tête lors de la mesure
 - Introduire la sonde dans le conduit auditif de manière douce et progressive
- Ne pas utiliser chez le nourrisson de moins de 3 mois , car le diamètre de son conduit auditif est inférieur à celui de la sonde du thermomètre
 - Ne pas utiliser chez la victime d'un traumatisme auriculaire bilatéral , lors d'un accident avec explosion , par exemple
- Attention : lors de variation brusque de température ambiante (passage de l'ambulance à l'environnement extérieur froid) , le thermomètre tympanique peut donner des chiffres erronés

e Efficacité ?

- à la fin de la mesure la température s'affiche correctement
 - l'équipier secouriste doit utiliser un couvre-sonde pour chaque victime
 - l'équipier secouriste doit positionner la sonde dans le conduit auditif, vers l'avant et en haut
 - l'équipier secouriste doit transmettre la température recueillie

ANNEXE A-1 :

Constitution :

Le thermomètre tympanique est habituellement composé de :

- un distributeur de couvre-sondes à usage unique .
- un écran qui affiche la température ainsi que les instructions d'utilisation .
- un bouton qui permet d'éjecter le couvre-sonde à usage unique dans le conteneur de déchets d'activités de soin
- un bouton qui active la mesure de la température .
- un logement pour les batteries à usage unique .

ANNEXE C-1 :

Mise en oeuvre du thermomètre tympanique :

- mettre un couvre-sonde à usage unique sur l'extrémité de la sonde avant toute mesure de la température .
- saisir le pavillon de l'oreille et exercer une légère traction vers le haut et vers l'arrière .
- positionner l'ensemble sonde/couvre-sonde à l'entrée du conduit auditif externe de la victime .
- l'enfoncer doucement aussi loin qu'il peut aller en dirigeant la sonde vers l'œil opposé .
- appuyer sur le bouton de mesure de la température ;
- retirer le thermomètre du conduit auditif après l'émission d'un bip sonore par l'appareil indiquant la fin de la prise de température .
- lire la température relevée sur l'écran .
- éjecter le couvre-sonde dans le conteneur de déchets d'activités de soin .

Entretien du thermomètre tympanique :

- les couvre-sondes sont à usage unique .
- nettoyer l'appareil selon les recommandations du fabricant .



Aider à la prise d'un médicament

Q Quand ?

- sur certains malaises ou maladies

P Pourquoi ?

- permet de soulager , de diminuer ou de faire disparaître une douleur qui est apparue au moment du malaise ou qui vient de s'aggraver
- permet un effet rapide et très efficace sur certains malaises ou l'aggravation brutale d'une maladie
 - permet de limiter ou retarder une aggravation
 - permet de prévenir la survenue d'une détresse
 - permet d'améliorer l'état respiratoire d'une victime (Annexe B-1)

A Avec quoi ?

administrés par inhalation , par voie orale , sous la langue , ou par injection :

- sous forme de gaz (oxygène)
- sous forme d'aérosols (sprays) : *parfois administrés par l'intermédiaire d'une chambre de mélange (ou d'inhalation)*
 - sous forme de comprimés
- sous forme de seringues auto injectables

e Comment ?

(Annexe C-1)

- administration du médicament
- surveiller attentivement la victime
- noter toute administration de médicament

R Risques ?

- Un médicament non approprié , administré à une victime , peut entraîner une altération ou une aggravation de son état et parfois même mettre la victime en danger**

e Efficacité ?

- l'administration de certains médicaments peut entraîner une amélioration rapide de l'état d'une victime*
 - il s'agit de son médicament (prescrit à la victime)**
 - il est non périmé**
 - il est adapté aux troubles observés**
 - il est administré à la dose prescrite et sous surveillance**
 - il est noté sur la fiche d'intervention**

ANNEXE P-1 :

Un médicament ne peut être administré à une victime que si :

1. Le médicament est prescrit à la victime :

L'équipier secouriste peut aider une victime à prendre son médicament :

-lorsque la victime le réclame car un médecin le lui a prescrit et qu'elle doit le prendre au moment du malaise ou lorsqu'elle perçoit certains troubles .

-à la demande du médecin régulateur du centre 15 .

L'oxygène est le seul médicament que l'équipier secouriste peut administrer à une victime qui présente une détresse vitale sans indication médicale . En l'absence de détresse , l'administration d'oxygène ne peut se faire qu'à la demande d'un médecin .

2. Le médicament est adapté aux troubles observés :

Si le médicament a été prescrit et que la situation nécessite son utilisation , l'équipier secouriste doit s'assurer que le médicament en sa possession est bien celui qui est prescrit , en contrôlant l'appartenance à la victime et le nom inscrit sur la boîte ou sur le flacon . Il ne faut jamais administrer à une victime un médicament qui a été prescrit pour une autre personne .

3. La forme, la dose et le mode d'administration du médicament est celui prescrit :

La forme , la dose et le mode d'administration du médicament doivent être vérifiés par l'équipier secouriste sur l'ordonnance ou , en cas de doute , auprès du médecin régulateur . Le médicament doit être administré comme conseillé et la dose ne doit pas être dépassée .

Par exemple , si vous devez aider une victime à prendre un comprimé placé sous la langue , que la boîte est vide et que la victime est en possession d'un médicament identique qui doit être avalé , l'équipier secouriste ne doit en aucun cas substituer les médicaments , sauf avis contraire d'un médecin .

4. Le médicament n'est pas périmé :

L'équipier secouriste doit s'assurer que le médicament n'est pas périmé . Cette date est clairement inscrite sur la boîte ou le flacon du médicament . En l'absence de date , ou si celle-ci est dépassée , l'équipier secouriste ne doit pas administrer le médicament .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

Administration du médicament :

S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience . Le médicament peut être :

- déposé sous la langue (comprimé ou spray sous la langue) .
- avalé avec un peu d'eau .
- inhalé .
- injecté .

Pour aider une victime à s'administrer un médicament à l'aide d'un pulvérisateur , s'il ne sait pas lui-même l'utiliser , procéder de la manière suivante :

- secouer vigoureusement le pulvérisateur plusieurs fois .
 - enlever l'administration d'oxygène , si nécessaire .
 - demander à la victime de vider , autant que possible , l'air contenu dans ses poumons , puis de mettre ses lèvres tout autour de l'embout buccal du pulvérisateur .
 - si le pulvérisateur doit être utilisé avec une chambre de mélange (ou d'inhalation) , la mettre en place pour augmenter l'efficacité du médicament .
 - demander à la victime de comprimer le pulvérisateur tout en inspirant lentement et profondément .
 - demander à la victime de maintenir son inspiration le plus longtemps possible pour augmenter l'absorption du médicament avant de respirer de nouveau normalement .
 - replacer le masque à inhalation d'oxygène , si nécessaire . Surveiller attentivement la victime : Surveiller les fonctions vitales , contrôler les fréquences cardiaque et ventilatoire régulièrement .
- Noter toute amélioration ou aggravation de l'état de la victime .

Noter toute administration de médicament :

Toute administration de médicament ainsi que les réactions de la victime à cette administration doivent être relevées et notifiées par écrit sur la fiche d'intervention . Le travail de l'équipier secouriste n'est pas terminé tant qu'il n'a pas été rapporté par écrit .



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement adhésif"

Q Quand ?

- sur une plaie simple qui a été désinfectée
 - sur une plaie grave
 - sur une brûlure grave

P Pourquoi ?

- permet de protéger la plaie du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée
 - permet de protéger une plaie
 - permet de protéger une brûlure grave

A Avec quoi ?

- **pansement adhésif**

il s'agit d'un pansement prêt à l'emploi constitué :

- d'une compresse , éventuellement imbibée d'antiseptique
- d'une fixation adhésive

cette dernière ne doit pas être irritante pour la peau (hypoallergénique)

Il est prédécoupé , stérile et sous emballage individuel

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts , mêmes recouverts de gants , la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie

- choisir le pansement en fonction des dimensions de la plaie
 - le sortir de son emballage stérile
- appliquer le pansement sur la plaie simple , en retirant les protections des zones autocollantes
- appliquer les parties collantes sur la peau saine , puis les lisser avec le doigt

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot**
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial , temps de recoloration cutanée , aspect de la peau)**

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique**
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement**
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau**



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement individuel"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • sur une plaie par balle • sur une plaie simple • sur une plaie grave non étendue
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de protéger la plaie du dépôt de poussières <input type="checkbox"/> permet de limiter l'infection secondaire <input type="checkbox"/> permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée <input type="checkbox"/> permet de protéger une plaie grave non étendue
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • pansement individuel <p><i>ce pansement peut être utilisé néanmoins pour tout type de plaie non étendue il se compose d'une bande non extensible, de 2 compresses absorbantes, l'une fixe, l'autre mobile, permettant ainsi de se déplacer sur toute la longueur de la bande on trouve également une épingle permettant la fixation de la bande. Ce pansement est contenu dans un emballage stérile « pellable », c'est-à-dire qui peut s'ouvrir sans être déchiré, en décollant et séparant simplement les bords de l'emballage</i></p>
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>on ne touche jamais avec les doigts, mêmes recouverts de gants, la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie</p> <ul style="list-style-type: none"> • ouvrir l'emballage sans le déchirer • sortir le sachet stérile et l'ouvrir • dérouler la bande sans toucher aux compresses absorbantes <ul style="list-style-type: none"> • appliquer les compresses sur la plaie. S'il s'agit d'une plaie par balle, appliquer une compresse sur le point d'entrée et l'autre, en la faisant coulisser, sur le point de sortie • attacher la bande avec l'épingle de sûreté
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot <input type="checkbox"/> Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial, temps de recoloration cutanée, aspect de la peau)
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique <input type="checkbox"/> la plaie est recouverte en totalité par le pansement <input type="checkbox"/> l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau
----------	--------------	--



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement type « C »"

Q Quand ?

- sur une plaie simple qui a été désinfectée
- sur une plaie grave

P Pourquoi ?

- permet de protéger la plaie du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée
- permet de protéger une plaie grave

A Avec quoi ?

- **pansement type « C »**

il se présente sous la forme d'un cylindre , protégé par une enveloppe plastique . Une fois déplié , il se compose de :

- une compresse absorbante de 40x13cm (compresse principale)
- une compresse absorbante de 16x14cm
- une compresse de 14x60cm
- une bande extensible
- 2 épingles

déployé , le pansement type "C" permet la protection d'une ou plusieurs plaies grâce à la différence de taille des compresses

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts , mêmes recouverts de gants , la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie

- ouvrir l'emballage en plastique
- ouvrir l'emballage papier et enlever la compresse
 - dérouler le pansement
- appliquer les compresses absorbantes sur la ou les plaies
- recouvrir la ou les compresses avec la bande, maintenue à l'aide des épingles
- la compresse non absorbante peut servir de support au matériel non utilisé

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot**
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (poulx radial , temps de recoloration cutanée , aspect de la peau)**

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique**
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement**
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau**



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement d'urgence"

Q Quand ?

- sur une plaie simple qui a été désinfectée
- sur une plaie grave

P Pourquoi ?

- permet de protéger la plaie du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée
- permet de protéger une plaie grave

A Avec quoi ?

- **pansement d'urgence**

grâce à une bande élastique de 2 mètres environ , sa compression si elle saigne . Il se compose de :

- un tampon de coton
- une languette de maintien
- un élément de fermeture en plastique

tous ces éléments font partie intégrante de la bande élastique

la bande est conditionnée dans 2 emballages permettant une étanchéité et le maintien en condition stérile

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts , mêmes recouverts de gants , la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie

- ouvrir l'emballage grâce à l'ouverture facile
- retirer le pansement de l'emballage sous vide
- appliquer la compresse sur la blessure et enrouler le bandage autour de la plaie ou de la zone blessée
- passer le bandage élastique dans la languette de maintien en plastique
- tendre le bandage élastique en le ramenant en sens inverse , en tirant la languette de maintien en plastique vers le bas
- enrouler le bandage en le serrant sur la compresse
- fixez l'élément de fermeture (languette) à une des couches du bandage élastique à l'aide des crochets

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot**
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial , temps de recoloration cutanée , aspect de la peau)**

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique**
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement**
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau**



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le coussin hémostatique d'urgence"

Q Quand ?

- sur une plaie simple qui a été désinfectée
- sur une plaie grave

P Pourquoi ?

- permet de protéger la plaie du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée
- permet de protéger une plaie grave
- permet d'arrêter une hémorragie

A Avec quoi ?

- coussin hémostatique d'urgence
(pansement individuel comprenant un tampon de mousse , une compresse stérile et une bande élastique)

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts , mêmes recouverts de gants , la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial , temps de recoloration cutanée , aspect de la peau)

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "le pansement stérile pour brûlures « type SSA »"

Q Quand ?

- sur une brûlure étendue

P Pourquoi ?

- permet de protéger la brûlure du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une brûlure étendue

A Avec quoi ?

- **pansement stérile pour brûlures « type SSA »**

Les brûlures étendues peuvent être emballées dans un pansement stérile pour brûlés de « type SSA » (Service de Santé des Armées) de 60x80cm , permettant ainsi de limiter la déperdition de chaleur due à la brûlure et de la protéger contre les risques d'infection une face argentée alvéolée imprégnée de Métalline® se pose sur la brûlure , 4 rubans permettent d'attacher le drap sur la victime

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts , mêmes recouverts de gants , la partie du pansement qui entrera en contact avec la brûlure

- ouvrir l'emballage en plastique et sortir la pochette papier
- ouvrir la pochette papier et sortir le pansement stérile pour brûlés
- déplier le pansement en prenant soin de ne pas toucher la partie argentée
 - poser la face argentée alvéolée sur la brûlure
- attacher le pansement à l'aide des rubans prévus à cet effet

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot**
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial , temps de recoloration cutanée , aspect de la peau)**

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique**
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement**
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau**



Mettre en place un pansement prêt à l'emploi "les draps et champs stériles"

Q Quand ?

- sur une plaie simple qui a été désinfectée
 - sur une plaie
- sur une brûlure étendue

P Pourquoi ?

- permet de protéger la plaie du dépôt de poussières
- permet de limiter l'infection secondaire
- permet de protéger une plaie simple qui a été désinfectée
 - permet de protéger une plaie grave
- permet de protéger une brûlure étendue

A Avec quoi ?

- **draps et champs stériles**

stériles, ils sont appliqués directement sur une plaie ou une brûlure étendue pour assurer leur protection

ils sont de dimension suffisante pour recouvrir la totalité de la lésion, même étendue

e Comment ?

on ne touche jamais avec les doigts, mêmes recouverts de gants, la partie du pansement qui entrera en contact avec la plaie

- ouvrir l'emballage et sortir le drap ou le champ stérile en le saisissant par ses extrémités
 - déployer le drap ou le champ en tirant dessus
- envelopper la lésion de la peau avec le drap ou le champ stérile en évitant que la partie du drap qui recouvre la lésion de la peau ne touche le sol, les vêtements ou l'équipier secouriste
 - maintenir le drap ou le champ à l'aide de ruban adhésif

R Risques ?

- Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot**
- Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial, temps de recoloration cutanée, aspect de la peau)**

e Efficacité ?

- les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique**
- la plaie est recouverte en totalité par le pansement**
- l'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau**



Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "d'un segment de membre"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un pansement est déposé sur une plaie
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de maintenir un pansement sur la plaie <input type="checkbox"/> permet d'accroître la protection d'un pansement contre toute souillure extérieure qui pourrait compromettre la guérison
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • bandes de crêpe • bandes extensibles <p>(elles sont de différentes largeurs : 5, 10, 15 cm)</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • après avoir placé le pansement sur la plaie : <ul style="list-style-type: none"> -enrouler la bande autour du segment de membre -maintenir la bande avec un morceau de ruban adhésif ou une épingle de sûreté
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un bandage serré réalisé sur un segment de membre est susceptible d'interrompre sa vascularisation <input type="checkbox"/> Il ne faut jamais poser une bande directement sur une plaie ou une brûlure
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un bandage ne doit pas entraîner un effet « garrot ». L'équipier secouriste doit contrôler la circulation du membre en dessous du bandage (pouls , temps de recoloration cutané , aspect de la peau) <input type="checkbox"/> correctement réalisé , le bandage maintient solidement le pansement et assure la protection de la plaie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les mains de l'équipier secouriste sont protégées par des gants à usage unique <input type="checkbox"/> le bandage maintient le pansement <input type="checkbox"/> la circulation d'aval est maintenue



Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "du front ou du cuir chevelu"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un pansement est déposé sur une plaie
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de maintenir un pansement sur la plaie <input type="checkbox"/> permet d'accroître la protection d'un pansement contre toute souillure extérieure qui pourrait compromettre la guérison
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • bandes de crêpe • bandes extensibles <p>(elles sont de différentes largeurs : 5, 10, 15 cm)</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • après avoir placé le pansement sur la plaie : <ul style="list-style-type: none"> -dérouler la bande autour de la tête de la victime -maintenir la bande avec un morceau de ruban adhésif ou une épingle de sûreté <p>Cette technique ne peut être faite sur une personne allongée , suspecte d'un traumatisme du rachis cervical , du fait de l'obligation de lever la tête de la victime pour passer la bande</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un bandage serré réalisé sur un segment de membre est susceptible d'interrompre sa vascularisation <input type="checkbox"/> Il ne faut jamais poser une bande directement sur une plaie ou une brûlure
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un bandage ne doit pas entraîner un effet « garrot » . L'équipier secouriste doit contrôler la circulation du membre en dessous du bandage (pouls , temps de recoloration cutané , aspect de la peau) <input type="checkbox"/> correctement réalisé , le bandage maintient solidement le pansement et assure la protection de la plaie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les mains de l'équipier secouriste sont protégées par des gants à usage unique <input type="checkbox"/> le bandage maintient le pansement <input type="checkbox"/> la circulation d'aval est maintenue



Maintenir un pansement à l'aide d'une bande "d'une plaie du thorax"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un pansement est déposé sur une plaie
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de maintenir un pansement sur la plaie <input type="checkbox"/> permet d'accroître la protection d'un pansement contre toute souillure extérieure qui pourrait compromettre la guérison
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • bandes de crêpe • bandes extensibles <p>(elles sont de différentes largeurs : 5, 10, 15 cm)</p>
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> • placer le pansement sur la plaie : <ul style="list-style-type: none"> -enrouler la bande autour du thorax de la victime -maintenir la bande avec un morceau de ruban adhésif ou une épingle de sûreté
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un bandage serré réalisé sur un segment de membre est susceptible d'interrompre sa vascularisation <input type="checkbox"/> Il ne faut jamais poser une bande directement sur une plaie ou une brûlure
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un bandage ne doit pas entraîner un effet « garrot ». L'équipier secouriste doit contrôler la circulation du membre en dessous du bandage (pouls , temps de recoloration cutané , aspect de la peau) <input type="checkbox"/> correctement réalisé , le bandage maintient solidement le pansement et assure la protection de la plaie <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les mains de l'équipier secouriste sont protégées par des gants à usage unique <input type="checkbox"/> le bandage maintient le pansement <input type="checkbox"/> la circulation d'aval est maintenue



Maintenir un pansement à l'aide d'un filet tubulaire

Q Quand ?

- lorsqu'un pansement est déposé sur une plaie

P Pourquoi ?

- permet le maintien d'un pansement déposé sur une plaie
- permet d'éviter tout phénomène de compression circulaire d'un membre
- permet de laisser à la victime sa liberté de mouvements

A Avec quoi ?

- filets de mailles tubulaires
(cylindres de filet élastique de différents diamètres)

e Comment ?

- après avoir placé le pansement sur la plaie :
 - étirer et enfiler comme une chaussette le filet pour maintenir le pansement
 - éventuellement faire un tour , puis repasser sur le filet pour terminer le maintien
 - éventuellement réaliser à l'aide d'une paire de ciseaux des orifices pour libérer certaines parties du corps

R Risques ?

- Il ne faut jamais poser un filet trop serré autour du cou**

e Efficacité ?

- correctement réalisé , le filet maintient le pansement et assure la protection de la plaie**
 - les mains de l'équipier secouriste sont protégées par des gants à usage unique**
 - le bandage tubulaire maintient le pansement**
 - la circulation d'aval est maintenue**



Utiliser un lot "membre arraché ou sectionné"

Q Quand ?

- sur un membre amputé
- pour les équipes de secours qui en sont dotées

P Pourquoi ?

- permet l'acheminement de la victime vers l'hôpital
- le froid permet de préserver un membre amputé dans l'attente de sa réimplantation

A Avec quoi ?

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

e Comment ?

- enfiler les gants stériles
- demander à un aide d'ouvrir le paquet du champ stérile, sans le toucher
- saisir le champ stérile
- envelopper le membre amputé dans le champ stérile
- placer le tout à l'intérieur du sac plastique du sac isotherme et refermer cette poche à l'aide du zip
- activer le sac réfrigérant (ou se doter de glace)
- placer le sac réfrigérant (ou la glace) à l'intérieur du sac isotherme entre sa face interne et le sac plastique contenant le membre amputé
- maintenir le sac isotherme fermé à l'aide d'un morceau de ruban adhésif
- écrire sur le sac le nom de la victime et l'heure de survenue de l'amputation

R Risques ?

- Il ne faut pas mettre le membre amputé directement en contact avec la glace
- Les gelures éventuelles pourraient compromettre la réussite de l'implantation

e Efficacité ?

- le membre amputé doit être rapidement refroidi et transporté, avec la victime, à l'hôpital
- les mains de l'équipier secouriste sont protégées par des gants à usage unique
 - une hémorragie externe de la victime doit être arrêtée
 - le membre sectionné est protégé par un pansement
- le membre sectionné est placé au froid, sans contact direct avec de la glace



Maintenir la tête en position neutre

Q Quand ?

- dès qu'un traumatisme de la tête, de la nuque ou du dos de la victime est suspecté (circonstances de l'accident)
- dans l'attente d'une immobilisation complète de l'axe tête-cou-tronc
- si le secouriste ne doit pas effectuer un autre geste de secours plus urgent

P Pourquoi ?

- permet de diminuer tout pincement ou compression de la moelle épinière suite à un traumatisme du rachis cervical
- permet de limiter les mouvements intempestifs de la nuque et du cou du blessé
- permet de faciliter la mise en place d'un collier cervical

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- se placer à genoux dans l'axe de la victime et placer les deux mains de chaque côté de sa tête
- prendre appui, si possible avec les coudes sur le sol ou sur les genoux, pour diminuer la fatigue
- si la victime est inconsciente, maintenir son menton en avant avec 2 doigts (index et majeur) placés sous l'angle de la mandibule pour maintenir les voies aériennes libres
- maintenir cette position tant que la tête et la nuque de la victime ne sont pas immobilisées par un collier cervical et tant que le blessé ne repose pas sur un plan dur équipé d'un immobilisateur de tête ou un Matelas Immobilisateur à Dépression

R Risques ?

- Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue, si :
 - l'équipier secouriste perçoit une résistance au déplacement de la tête
 - le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale
 - le déplacement déclenche des sensations anormales dans les membres supérieurs ou inférieurs
 - le déplacement de la tête par rapport au tronc est important
 (dans ces cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve dans l'attente d'un renfort)

e Efficacité ?

- la réalisation de cette technique ne doit en aucun cas aggraver l'état de la victime et faire apparaître des signes de lésion de la moelle épinière
- une recherche de la motricité et de la sensibilité sera réalisée avant (bilan complémentaire) et après immobilisation de la tête en position neutre
 - la tête doit être replacée en position neutre progressivement
 - l'alignement « tête-cou-tronc » de la victime doit être maintenu
 - la motricité et la sensibilité sont évaluées avant et après la manœuvre



Maintenir la tête en position latérale

Q Quand ?

- dès qu'un traumatisme de la tête, de la nuque ou du dos de la victime est suspecté (circonstances de l'accident)
- dans l'attente d'une immobilisation complète de l'axe tête-cou-tronc
- si le secouriste ne doit pas effectuer un autre geste de secours plus urgent

P Pourquoi ?

- permet de diminuer tout pincement ou compression de la moelle épinière suite à un traumatisme du rachis cervical
- permet de limiter les mouvements intempestifs de la nuque et du cou du blessé
- permet de faciliter la mise en place d'un collier cervical

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- se placer à genoux dans l'axe de la victime et placer les deux mains de chaque côté de sa tête
- replacer délicatement la tête dans l'axe du tronc, sans exercer de traction, jusqu'à ce que la victime regarde droit devant
 - éviter toute torsion, flexion ou extension de la tête et de la nuque de la victime
 - maintenir le menton en avant avec 2 doigts si la victime est inconsciente comme décrit précédemment
- il ne faut pas relâcher la position tant que l'axe tête-cou-tronc n'est pas correctement immobilisé par un collier cervical et tant que le blessé ne repose pas sur un plan dur équipé d'un immobilisateur de tête ou un matelas immobilisateur à dépression

R Risques ?

- Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue, si :
 - l'équipier secouriste perçoit une résistance au déplacement de la tête
 - le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale
 - le déplacement déclenche des sensations anormales dans les membres supérieurs ou inférieurs
 - le déplacement de la tête par rapport au tronc est important
- (dans ces cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve dans l'attente d'un renfort)

e Efficacité ?

- la réalisation de cette technique ne doit en aucun cas aggraver l'état de la victime et faire apparaître des signes de lésion de la moelle épinière
- une recherche de la motricité et de la sensibilité sera réalisée avant (bilan complémentaire) et après immobilisation de la tête en position neutre
 - la tête doit être replacée en position neutre progressivement
 - l'alignement « tête-cou-tronc » de la victime doit être maintenu
 - la motricité et la sensibilité sont évaluées avant et après la manœuvre



Maintenir la tête en position neutre "chez une victime debout ou assise"

Q Quand ?

- dès qu'un traumatisme de la tête, de la nuque ou du dos de la victime est suspecté (circonstances de l'accident)
 - dans l'attente d'une immobilisation complète de l'axe tête-cou-tronc
 - si le secouriste ne doit pas effectuer un autre geste de secours plus urgent

P Pourquoi ?

- permet de diminuer tout pincement ou compression de la moelle épinière suite à un traumatisme du rachis cervical
- permet de limiter les mouvements intempestifs de la nuque et du cou du blessé
 - permet de faciliter la mise en place d'un collier cervical

A Avec quoi ?

aucun matériel nécessaire

e Comment ?

- se positionner de préférence derrière la victime
- placer les deux mains de chaque côté de sa tête
- replacer délicatement la tête dans l'axe du tronc, en exerçant une légère traction vers le haut pour délester le rachis cervical de la victime du poids de la tête jusqu'à ce que la victime regarde droit devant
 - éviter toute torsion, flexion ou extension de la tête et de la nuque de la victime
 - maintenir la tête de la victime dans cette position « neutre »
- ne pas relâcher la position tant que l'axe tête-cou-tronc n'est pas correctement immobilisé

R Risques ?

- Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue, si :
 - l'équipier secouriste perçoit une résistance au déplacement de la tête
 - le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale
 - le déplacement déclenche des sensations anormales dans les membres supérieurs ou inférieurs
 - le déplacement de la tête par rapport au tronc est important
 (dans ces cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve dans l'attente d'un renfort)

e Efficacité ?

- la réalisation de cette technique ne doit en aucun cas aggraver l'état de la victime et faire apparaître des signes de lésion de la moelle épinière
- une recherche de la motricité et de la sensibilité sera réalisée avant (bilan complémentaire) et après immobilisation de la tête en position neutre
 - la tête doit être replacée en position neutre progressivement
 - l'alignement « tête-cou-tronc » de la victime doit être maintenu
 - la motricité et la sensibilité sont évaluées avant et après la manœuvre



Poser un collier cervical "victime allongée sur le dos"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez une victime lorsqu'une lésion du rachis cervical est suspectée (circonstances de l'accident...) quelles que soient les circonstances chez une victime lorsqu'une lésion du rachis cervical est évidente (douleurs ressenties par la victime) quelles que soient les circonstances chez une personne inconsciente , victime d'un traumatisme après installation de la tête de la victime en position neutre et avant tout déplacement de la victime : mobilisation , désincarcération , relevage "si la victime est allongée sur le ventre , le collier cervical sera installé après son retournement"
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet d'immobiliser la colonne cervicale <input type="checkbox"/> permet de limiter les mouvements de flexion , d'extension , de torsion ou latéraux de la nuque <input type="checkbox"/> permet de diminuer le risque d'aggravation d'une lésion de la moelle épinière
----------	------------	---

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> collier cervical réglable -le collier cervical est constitué d'une bande ou de deux parties rigides dont la matière varie selon le modèle et le fabricant -il présente des échancrures destinées l'une au menton et les deux autres aux épaules -il peut être équipé d'orifices : un orifice antérieur pour éviter une compression du larynx et des orifices latéraux pour permettre le contrôle du pouls carotidien -un système d'attache , par bande auto-agrippante ou par pression , permet sa fermeture -il existe , suivant les modèles , des dispositifs de réglage ou des tailles différentes -certains colliers cervicaux sont à usage unique
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>un collier cervical est toujours mis en place à deux secouristes sur une tête en position neutre</p> <ul style="list-style-type: none"> victime allongée sur le dos (Annexe C-1)
----------	-----------	--

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Une fois la tête ramenée en position neutre , tout mouvement de la tête de la victime au cours de la mise en place du collier cervical doit être proscrit pour éviter une aggravation d'un traumatisme de la moelle épinière <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime , celui ci peut : <ul style="list-style-type: none"> -s'il est trop petit , permettre la flexion -s'il est trop grand , permettre des mouvements de bascule de la tête -s'il est trop serré , comprimer la trachée et les vaisseaux du cou <input type="checkbox"/> Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque (le collier cervical n'est pas suffisant à lui seul pour empêcher tout mouvement de la nuque) <input type="checkbox"/> Il doit toujours être associé à un maintien manuel ou à un système d'immobilisation plus efficace (plan dur avec immobilisateur de tête , attelle cervico-thoracique , matelas immobilisateur à dépression)
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le collier doit être de taille adaptée <input type="checkbox"/> 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 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la mise en place du collier se fait sur une tête en position neutre <input type="checkbox"/> la mise en place du collier se fait sans bouger la tête de la victime <input type="checkbox"/> le collier est de taille adaptée à la victime (points de contact) <input type="checkbox"/> la tête est maintenue après la pose jusqu'à immobilisation complète
----------	--------------	---

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-le premier intervenant se place à la tête de la victime , dans l'axe « tête-cou-tronc » , et la maintient en position neutre . Ce maintien se fera pendant toute la manœuvre de pose du collier , sans autre manipulation ni traction .

-le deuxième intervenant se positionne sur le coté de la victime et réalise la mise en place du collier .

-il dégage les vêtements au niveau de la base du cou lorsque leur volume ou leur position peut limiter l'efficacité ou gêner la mise en place du collier .

-il choisit la taille du collier en respectant les recommandations du fabricant . La hauteur du collier cervical doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la victime (ce réglage se fera en fonction du modèle utilisé) .

-il glisse la partie arrière du collier sous la nuque de la victime en dégageant la ou les bandes auto-agrippantes .

-il positionne ensuite la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton- sternum .

-il ajuste ensuite la hauteur du collier , si c'est possible (selon le modèle) , et fixe les sangles .

-après la pose du collier cervical , la tête reste maintenue à deux mains par un équipier secouriste dans l'attente d'une immobilisation sur un plan dur avec immobilisateur de tête ou sur un matelas immobilisateur à dépression .

Le retrait d'un collier cervical ne peut être fait que sur l'indication et en présence d'un médecin .

Entretien :

-nettoyé à l'eau savonneuse et rincé .

-désinfecté en respectant les règles d'hygiène .

-rangé dans un sac de protection .



Poser un collier cervical "victime assise ou debout"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez une victime lorsqu'une lésion du rachis cervical est suspectée (circonstances de l'accident...) quelles que soient les circonstances chez une victime lorsqu'une lésion du rachis cervical est évidente (douleurs ressenties par la victime) quelles que soient les circonstances chez une personne inconsciente , victime d'un traumatisme après installation de la tête de la victime en position neutre et avant tout déplacement de la victime : mobilisation , désincarcération , relevage
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet d'immobiliser la colonne cervicale □ permet de limiter les mouvements de flexion , d'extension , de torsion ou latéraux de la nuque □ permet de diminuer le risque d'aggravation d'une lésion de la moelle épinière
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • collier cervical réglable - le collier cervical est constitué d'une bande ou de deux parties rigides dont la matière varie selon le modèle et le fabricant - il présente des échancrures destinées l'une au menton et les deux autres aux épaules - il peut être équipé d'orifices : un orifice antérieur pour éviter une compression du larynx et des orifices latéraux pour permettre le contrôle du pouls carotidien - un système d'attache , par bande auto-agrippante ou par pression , permet sa fermeture - il existe , suivant les modèles , des dispositifs de réglage ou des tailles différentes - certains colliers cervicaux sont à usage unique
----------	-------------	---

e	Comment ?	<p>un collier cervical est toujours mis en place à deux secouristes sur une tête en position neutre</p> <ul style="list-style-type: none"> • victime assise ou debout (Annexe C-1)
----------	-----------	---

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Une fois la tête ramenée en position neutre , tout mouvement de la tête de la victime au cours de la mise en place du collier cervical doit être proscrit pour éviter une aggravation d'un traumatisme de la moelle épinière □ Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime , celui ci peut : <ul style="list-style-type: none"> -s'il est trop petit , permettre la flexion -s'il est trop grand , permettre des mouvements de bascule de la tête -s'il est trop serré , comprimer la trachée et les vaisseaux du cou □ Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque (le collier cervical n'est pas suffisant à lui seul pour empêcher tout mouvement de la nuque) □ Il doit toujours être associé à un maintien manuel ou à un système d'immobilisation plus efficace (plan dur avec immobilisateur de tête , attelle cervico-thoracique , matelas immobilisateur à dépression)
----------	-----------	--

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le collier doit être de taille adaptée □ 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 <ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place du collier se fait sur une tête en position neutre □ la mise en place du collier se fait sans bouger la tête de la victime □ le collier est de taille adaptée à la victime (points de contact) □ la tête est maintenue après la pose jusqu'à immobilisation complète
----------	--------------	---

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- [le premier intervenant](#) se place derrière la tête de la victime et la maintient dans l'alignement en position neutre .
- [le deuxième intervenant](#) dégage les vêtements au niveau de la base du cou .
- [il](#) choisit la taille et prépare le collier .
- [il](#) positionne ensuite la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton- sternum .
- [il](#) entoure le cou de la victime avec le collier et fixe les bandes auto-agrippantes .
- après la pose du collier cervical , la tête reste maintenue , à deux mains , par l'équipier secouriste placé derrière la victime .

Le retrait d'un collier cervical ne peut être fait que sur l'indication et en présence d'un médecin

Entretien :

- nettoyé à l'eau savonneuse et rincé .
- désinfecté en respectant les règles d'hygiène .
- rangé dans un sac de protection .



Mettre en place une Attelle Cervico-Thoracique

Q Quand ?

- chez une victime assise ou dans un espace restreint , lorsqu'un traumatisme de la colonne vertébrale est suspecté
- avant d'allonger une victime et de l'immobiliser complètement sur un plan dur

P Pourquoi ?

- permet de respecter l'axe « tête-cou-tronc »
- permet de limiter toute aggravation au cours des manipulations nécessaires à l'immobilisation de la victime sur un plan dur ou un matelas immobilisateur à dépression

A Avec quoi ?

- **attelle cervico-thoracique (ACT)** composé :
 - d'un corset semi-rigide (dans le sens de la hauteur) , constitué d'une bande thoracique (corset) reliée à un rabat de tête
 - de 3 sangles thoraciques
 - de 2 sangles de cuisse
 - de poignets de portage
 - d'un coussin de tête
 - de sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton
 - d'un sac de rangement

e Comment ?

(Annexe C-1)
Cas particuliers :

- chez la femme enceinte , au cours des derniers mois de la grossesse , ne pas serrer la sangle thoracique inférieure
- chez une victime qui présente un traumatisme du thorax , ne pas serrer la sangle thoracique supérieure pour ne pas limiter la respiration de la victime
- chez une victime qui présente une suspicion de fracture du fémur , ne pas placer la sangle de cuisse correspondante

R Risques ?

- **Mobilisation du rachis ou des membres inférieurs lors de la mise en place du coussin de tête , de l'attelle ou des sangles**

e Efficacité ?

- **correctement installée , l'axe « tête-cou-tronc » de la victime est parfaitement maintenu**
 - la mise en place de l'ACT se fait sur une tête en position neutre
- la mise en place de l'ACT se fait sans bouger la tête de la victime par rapport au tronc
 - l'ACT est correctement installée si elle prend appuie sous les aisselles de la victime
 - l'ACT est correctement installée si elle est suffisamment serrée pour ne pas bouger
 - l'ACT est correctement installée si la colonne vertébrale repose sur l'attelle
- l'ACT est correctement installée si la tête de la victime est immobilisée en position neutre

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La mise en place d'une ACT nécessite 3 équipiers secouristes :

-un équipier maintient la tête de la victime pendant toute la manœuvre ([équipier 1](#)) .

-deux équipiers se placent de part et d'autre de la victime pour installer l'attelle ([équipier 2 et 3](#)) .

Dès que la décision de la mise en place de l'ACT est ordonnée , la conduite à tenir est la suivante :

-[équipier 1](#) : après avoir mis en place un collier cervical, poursuivre le maintien de la tête de la victime en position neutre, dans l'axe du tronc .

-[équipier 2](#) : contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre .

-[équipiers 2 et 3](#) : décoller légèrement la victime du dossier du siège tout en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » , et examiner le dos de la victime .

-[équipier 2](#) : insérer l'ACT , extrémité de la tête en premier , entre le dos de la victime et le dossier du siège , sans toucher les avant-bras de l'équipier qui maintient la tête de la victime .

-centrer l'ACT derrière la victime (axe de la colonne vertébrale) tout en glissant les parties mobiles du corset sous les bras de la victime (partie supérieure des bandes thoraciques au contact des aisselles) .

-maintenir la bande thoracique en attachant la sangle thoracique du milieu, puis inférieure et supérieure .

Chez l'enfant , il est possible de rouler une couverture devant le thorax et l'abdomen , si l'ACT est trop grande .

-attacher les sangles de cuisse , en passant sous les cuisses . Les sangles peuvent éventuellement être croisées devant le pubis , s'il n'y a pas de traumatisme à ce niveau . Serrer alors l'ensemble des sangles .

-combler l'espace situé entre la bande de tête et la partie postérieure de la tête de la victime avec le coussin plié , si nécessaire .

-maintenir les bandes de chaque côté de la tête par les deux sangles , dont une prend appui sur le front de la victime et l'autre sous le menton , sur la partie haute et rigide du collier cervical .

-ajuster et resserrer , si nécessaire , les différentes fixations de façon à ce que l'attelle ne glisse pas au cours du déplacement ou relevage de la victime , tout en évitant de comprimer le thorax et de limiter les mouvements respiratoires .

-contrôler la motricité et la sensibilité de l'extrémité de chaque membre à l'issue de la mise en place de cette attelle .

NB : une fois immobilisée , la victime peut être allongée délicatement sur un brancard , un plan dur ou un matelas immobilisateur à dépression . La victime sera saisie par les poignées de l'ACT et au niveau des membres inférieurs pour être allongée .



Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime allongée sur le dos"

Q Quand ?

- chez une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale
- chez une victime qui est allongée sur le dos et en assurer son transport
- chez une victime allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer

P Pourquoi ?

- permet de respecter son axe « tête-cou-tronc »
- permet de limiter toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime

A Avec quoi ?

- le plan dur est constitué :
 - d'un plan rectangulaire , de dimension similaire à une personne , en PVC , si possible radio-transparent , et résistant à l'eau (l'absorption de liquide biologique ou de sang par le matériel ne doit pas être possible pour éviter la transmission de germes infectieux)
 - ce plan dur est équipé de poignées de portage
 - de sangles de maintien pour immobiliser la victime au niveau du thorax , du bassin et des membres inférieurs
- l'immobilisateur de tête est composé de :
 - un coussin de tête, fixé sur le plan dur
 - 2 blocs d'immobilisation latéraux
 - 2 sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton

e Comment ?

(Annexe C-1)

Commandements

- l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « **Etes-vous prêt ?** » ;
- les autres équipiers secouristes : « **Prêt !** » ;
- l'équipier 1 : « **Attention pour tourner... tourner !** » ;
- l'équipier 1 : « **Glissez le plan dur !** » ;
- l'équipier 2 : « **Plan dur en position !** » ;
- l'équipier 1 : « **Attention pour poser... poser !** »

R Risques ?

- Une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée
- Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation
- Il convient , chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax , d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation

e Efficacité ?

(Annexe E-1)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La technique idéale d'installation d'une victime allongée sur le dos sur un plan dur est la technique de roulement au sol de la victime à 3 ou 4 équipiers secouristes . Un aide , informé au préalable (témoin) , peut jouer le rôle du 4ème intervenant secouriste ; il est alors placé au pied de la victime .

D'autres techniques sont néanmoins utilisables comme la technique dite « du pont à 3 ou 4 porteurs » ou en s'aidant d'un brancard cuillère .

La manœuvre est guidée par l'équipier secouriste qui est placé à la tête de la victime et qui est chargé de veiller au respect de l'axe « tête-cou-tronc » .

La victime doit être maintenue les bras le long du corps , face palmaire des mains sur les cuisses . En aucun cas , le membre supérieur du côté du retournement ne doit être placé au-dessus de la tête car ce déplacement entraîne un mouvement au niveau de la colonne vertébrale .

-[équipier 1](#) : après avoir mis en place un collier cervical, poursuivre le maintien de la tête de la victime en position neutre, dans l'axe du tronc .

-contrôler la motricité et la sensibilité des extrémités et placer la face palmaire des mains de la victime sur ses cuisses .

-[équipier 2](#) : placer le plan dur , équipé de l'immobilisateur de tête , le long de la victime , du côté opposé au retournement . Si la victime est allongée sur un sol dur (goudron...) mettre contre elle , du côté du retournement , un rembourrage de 3 à 4 cm d'épaisseur (couverture pliée) .

-[équipiers 2 et 3 \(éventuellement 4 \)](#) : se placer à genoux , du côté du retournement , à quelques centimètres du blessé , au niveau du thorax , du bassin et des genoux de la victime .

-[équipiers 2 et 3 \(éventuellement 4 \)](#) : saisir la victime du côté opposé au retournement , au niveau de l'épaule , du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés . La main de la victime peut être bloquée contre le haut de la cuisse de la victime par la main d'un équipier secouriste .

-[équipiers 2 et 3 \(éventuellement 4 \)](#) : sur les ordres de l'[équipier 1](#) , assurer , en tirant , une rotation de la victime sur son côté . Lors de cette rotation , les équipiers secouristes doivent garder les bras tendus et utiliser le poids de leur corps pour donner de la force à leur mouvement . La rotation de la victime se fait lentement et d'un bloc alors que l'équipier de tête accompagne le mouvement pour garder la tête du blessé dans l'axe du tronc .

-interrompre la rotation dès que la victime est sur le côté pour pouvoir glisser le plan dur sous son dos .

-[équipier 2](#) : examiner rapidement le dos de la victime tant qu'elle est sur le côté (enlever les morceaux de verre qui pourraient la blesser) et glisser le plan dur sous son dos , en lui donnant une inclinaison de façon à ce qu'il vienne se plaquer contre le blessé ; le maintenir dans cette position (s'assurer que le plan dur est bien centré sur la hauteur de la victime) .

-[équipiers 2 et 3 \(éventuellement 4 \)](#) : reposer la victime et le plan dur délicatement sur le sol .

-repositionner la victime au centre du plan dur en la faisant glisser , si nécessaire .

-[équipier 2](#) : solidariser la tête de la victime au plan dur en plaçant successivement :

-les blocs immobilisateurs latéraux de chaque côté de la tête .

-la sangle de fixation frontale puis mentonnière . L'équipier secouriste de tête peut alors relâcher le maintien de la tête .

-solidariser la victime sur le plan dur en utilisant des sangles au niveau de la partie supérieure du tronc du bassin et des membres inférieurs , en s'aidant éventuellement d'une couverture roulée entre les jambes .

-contrôler et réajuster , si nécessaire , les différentes fixations .

-contrôler la motricité et la sensibilité des extrémités .

ANNEXE E-1 :

correctement réalisée , l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale

- une victime est correctement installée sur un plan dur si aucun mouvement de la tête n'est permis*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si l'axe « tête-cou-tronc » est maintenu*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur , équipé d'un immobilisateur de tête*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si lors de toute mobilisation , la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si l'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale*
 - l'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime***
 - l'immobilisation est correcte si aucun mouvement de la tête n'est permis (immobilisateur de tête)***
 - l'immobilisation est correcte si la victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc »***
 - l'immobilisation est correcte si la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté (sangles)***
 - l'immobilisation est correcte si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime***



Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime allongée sur le ventre"

Q Quand ?

- chez une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale
- chez une victime allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer

P Pourquoi ?

- permet de respecter son axe « tête-cou-tronc »
- permet de limiter toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime

A Avec quoi ?

- le plan dur est constitué :
 - d'un plan rectangulaire , de dimension similaire à une personne , en PVC , si possible radio-transparent , et résistant à l'eau (l'absorption de liquide biologique ou de sang par le matériel ne doit pas être possible pour éviter la transmission de germes infectieux)
 - ce plan dur est équipé de poignées de portage
 - de sangles de maintien pour immobiliser la victime au niveau du thorax , du bassin et des membres inférieurs
- l'immobilisateur de tête est composé de :
 - un coussin de tête, fixé sur le plan dur
 - 2 blocs d'immobilisation latéraux
 - 2 sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton

e Comment ?

(Annexe C-1)

Commandements :

- l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « **Etes-vous prêt ?** » ;
- les autres équipiers secouristes : « **Prêt !** » ;
- l'équipier 1 : « **Attention pour tourner... tourner !** » ;
- l'équipier 1 : « **Halte !** » (victime sur le côté) ;
- l'équipier 1 : « **Dégagez le plan dur... en position... !** » ;
- l'équipier 1 : « **Attention pour continuer à tourner ... tourner !** ».

R Risques ?

- Une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée
- Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation
- Il convient , chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax , d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation

e Efficacité ?

(Annexe E-1)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La technique de retournement d'une victime allongée sur le ventre et suspectée d'une lésion de la colonne vertébrale est similaire à celle ci-dessus . C'est à dire que le principe de retournement , la position des équipiers secouristes et la position des mains sont identiques .

La manœuvre est guidée par l'équipier secouriste qui est placé à la tête de la victime . Cependant , dans ce cas , la tête est toujours en position latérale et doit être ramenée en position neutre pendant le retournement de la victime . La mise en place du collier cervical ne pourra se faire que lorsque la victime aura été retournée et allongée sur le plan dur .

-**équipier 1** : maintenir la tête de la victime avec deux mains (prise fronto-occipitale) .

-la victime sera retournée du côté opposé à son regard .

-glisser les mains de la victime sous ses cuisses (paume contre face avant des cuisses) .

-installer contre la victime , du côté du retournement , un rembourrage de 3 à 4 cm d'épaisseur (couverture pliée) .

-placer le plan dur , équipé de l'immobilisateur de tête , à 10 cm environ le long de la victime du côté du retournement .

-**équipiers 2 et 3 (éventuellement 4)** : se placer à genoux sur le plan dur , du côté du retournement , et saisir la victime au niveau de l'épaule, de la hanche et des membres inférieurs .

-**équipiers 2 et 3 (éventuellement 4)** : sur les ordres de l'équipier 1 , assurer , en tirant, une rotation de la victime pour l'amener sur son côté (perpendiculaire au sol) . Lors de cette rotation , l'**équipier 1** accompagne le mouvement de la tête qui effectue une rotation moindre que le corps pour la ramener en position neutre .

-une fois la victime sur le côté , les équipiers secouristes dégagent un à un leurs genoux hors du plan dur pour les appuyer sur le sol contre le plan dur .

-poursuivre la rotation de la victime dans la même direction que précédemment pour amener la victime en position allongée sur le dos sur le plan dur .

ANNEXE E-1 :

correctement réalisée , l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale

- une victime est correctement installée sur un plan dur si aucun mouvement de la tête n'est permis*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si l'axe « tête-cou-tronc » est maintenu*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur , équipé d'un immobilisateur de tête*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si lors de toute mobilisation , la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si l'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale*
 - l'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime**
 - l'immobilisation est correcte si aucun mouvement de la tête n'est permis (immobilisateur de tête)**
 - l'immobilisation est correcte si la victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc »**
 - l'immobilisation est correcte si la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté (sangles)**
 - l'immobilisation est correcte si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime**



Utiliser un plan dur et un immobilisateur de tête "victime en position debout"

Q Quand ?

- chez une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale

P Pourquoi ?

- permet de respecter son axe « tête-cou-tronc »
- permet de limiter toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime

A Avec quoi ?

- le plan dur est constitué :
 - d'un plan rectangulaire , de dimension similaire à une personne , en PVC , si possible radio-transparent , et résistant à l'eau (l'absorption de liquide biologique ou de sang par le matériel ne doit pas être possible pour éviter la transmission de germes infectieux)
 - ce plan dur est équipé de poignées de portage
 - de sangles de maintien pour immobiliser la victime au niveau du thorax , du bassin et des membres inférieurs
- l'immobilisateur de tête est composé de :
 - un coussin de tête, fixé sur le plan dur
 - 2 blocs d'immobilisation latéraux
 - 2 sangles de maintien de la tête au niveau du front et du menton

e Comment ?

(Annexe C-1)

Commandements :

- l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « **Etes-vous prêt ?** » ;
- les autres équipiers secouristes : « **Prêt !** » ;
- l'équipier 1 : « **Attention pour basculer... basculer !** » ;
- l'équipier 1 : « **Poser !** ».

R Risques ?

- Une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée
- Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation
- Il convient , chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax , d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation

e Efficacité ?

(Annexe E-1)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

Dans un grand nombre de cas, les victimes sont retrouvées debout , après avoir effectué une chute ou après un accident de la circulation .

Si la victime est suspectée d'un traumatisme du rachis , il est absolument nécessaire d'effectuer son immobilisation sur un plan dur , avant de l'allonger .

La technique d'installation d'une victime debout sur un plan dur se fait à 3 équipiers secouristes .

-**équipier 1** : après avoir mis en place un collier cervical , poursuivre le maintien la tête de la victime en position neutre, dans l'axe du tronc en se plaçant devant la victime .

-**équipier 2** : placer le plan dur , équipé du bandeau de tête , directement dans le dos de la victime et vérifier que rien ne peut gêner la bascule au sol du plan dur .

-**équipier 2** : saisir le plan dur dans sa partie supérieure .

-sangler la victime au niveau de la partie supérieure du thorax et du bassin .

-**équipiers 1 et 3** : se placer de part et d'autre de la victime , maintenir le plan dur avec une main , en passant les avant-bras sous les aisselles de la victime , et la tête de la victime avec l'autre main (située à l'avant du plan dur) .

-**équipiers 1 à 3** : aux ordres de l'**équipier 2** , allonger la victime , en basculant en arrière le plan dur et la victime dans la direction de l'équipier qui maintient le plan dur . Pendant cette bascule , il faut s'assurer que la tête de la victime reste au contact du plan dur et dans l'axe du tronc . Pour cela , il faut accompagner le mouvement d'allongement de la victime et ne jamais lâcher la tête .

-dès que la victime est au sol , poursuivre son examen et son immobilisation .

ANNEXE E-1 :

correctement réalisée , l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale

- une victime est correctement installée sur un plan dur si aucun mouvement de la tête n'est permis*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si l'axe « tête-cou-tronc » est maintenu*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur , équipé d'un immobilisateur de tête*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si lors de toute mobilisation , la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si l'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale*
 - l'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime**
 - l'immobilisation est correcte si aucun mouvement de la tête n'est permis (immobilisateur de tête)**
 - l'immobilisation est correcte si la victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc »**
 - l'immobilisation est correcte si la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté (sangles)**
 - l'immobilisation est correcte si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime**



Utiliser un Matelas Immobilisateur à Dépression

Q Quand ?

- chez une victime suspectée d'un traumatisme de la tête , de la colonne vertébrale , du bassin et/ou de la cuisse
- chez une victime qui présente de multiples lésions

P Pourquoi ?

- permet de respecter son axe « tête cou tronc »
- permet de limiter toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière et du bassin
- permet en outre d'immobiliser les membres inférieurs

A Avec quoi ?

- **matelas immobilisateur à dépression , constitué :**
 - d'une enveloppe souple et étanche contenant des billes de polystyrène expansé
 - d'un robinet permettant la sortie et l'entrée de l'air
 - d'un dispositif de saisie (poignées)
 - de sangles de maintien

il ne peut être utilisé qu'avec une pompe d'aspiration manuelle ou électrique
son principe de fonctionnement consiste , une fois la victime installée sur le matelas immobilisateur à dépression , à aspirer l'air contenu dans l'enveloppe étanche . Cette aspiration provoque une agglutination des petites billes qui moule et rigidifie le matelas , immobilisant ainsi la victime

e Comment ?

(Annexe C-1)

R Risques ?

- **Correctement installée sur un matelas à dépression , une victime , suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou de multiples fractures , est immobilisée**
- **Malgré tout , l'équipier secouriste doit , en permanence , surveiller la rigidité du matelas**
- **En effet , toute piqûre ou déchirure , de même que la vétusté ou le non-entretien du matelas , peut entraîner une perte de rigidité immédiate . La victime n'est , alors , plus immobilisée**

e Efficacité ?

(Annexe E-1)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

L'installation d'une victime sur le matelas immobilisateur à dépression est effectuée en utilisant :

- un brancard cuillère ou un plan dur .
- la technique dite du pont à 4 équipiers porteurs .

Dès que la mise en place du matelas immobilisateur à dépression est ordonnée , la conduite à tenir est la suivante :

- préparer le matelas immobilisateur à dépression en l'étalant au sol (surface plane) , éventuellement sur une bâche de protection (valve située aux pieds de la victime) .
- ouvrir le robinet et répartir les billes .
- mettre en place un drap ou une couverture de survie .
- déposer la victime sur le matelas , en utilisant une technique de relevage adaptée , et retirer le dispositif de portage, si nécessaire .

Pendant toute la manœuvre , la victime est munie d'un collier cervical et sa tête est maintenue par un équipier secouriste jusqu'à ce qu'elle soit immobilisée dans le matelas .

- mettre en forme le matelas autour du corps de la victime . Les autres équipiers , situés de part et d'autre du matelas .

-rapprochent et maintiennent les bords latéraux le long du tronc et du bassin de la victime en s'aidant des sangles de maintien du matelas .

-rapprochent les bords du matelas pour maintenir latéralement la tête de telle sorte que l'équipier de tête dégage , une à une , ses mains pour les placer sur le matelas et poursuive le maintien de la tête jusqu'à ce que le matelas soit rigide .

-rapprochent et maintiennent les bords latéraux le long des membres inférieurs , en prenant soin de garder les chevilles à angle droit . **Le matelas ne doit en aucun cas appuyer sur le sommet du crâne car**

l'aspiration de l'air entraînerait par rétraction une flexion de la tête .

- faire le vide à l'intérieur du matelas , en aspirant l'air avec un dispositif d'aspiration , jusqu'à ce que le matelas devienne dur .

-fermer le robinet et déconnecter le dispositif d'aspiration .

-ajuster les sangles de maintien .

Une fois la victime installée sur le matelas à dépression , l'ensemble « victime-matelas » doit être déposé sur un brancard disposé à proximité immédiate et arrimé pour permettre le transport de la victime .

Toutefois , le matelas immobilisateur à dépression peut être utilisé , une fois rigidifié , pour porter **sur quelques mètres seulement** une victime . Il faut alors bien le soutenir sur les côtés pour qu'il ne se plie pas en son milieu .

Entretien :

Après usage , le matelas doit être :

- lavé avec de l'eau savonneuse ou un détergent adapté .

-séché .

-désinfecté à l'aide d'un désinfectant adapté (voir partie sur l'hygiène et asepsie) .

-contrôler régulièrement le bon fonctionnement (mise sous vide) du matelas immobilisateur à dépression .

-le matelas doit être stocké et protégé , si possible , dans un sac résistant . Il ne doit pas être placé en permanence sur le brancard car son utilisation comme matelas souple risque d'altérer rapidement son enveloppe étanche .

ANNEXE E-1 :

correctement réalisée , l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale

- une victime est correctement installée sur un plan dur si aucun mouvement de la tête n'est permis*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si l'axe « tête-cou-tronc » est maintenu*
 - une victime est correctement installée sur un plan dur si le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur , équipé d'un immobilisateur de tête*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si lors de toute mobilisation , la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime*
- une victime est correctement installée sur un plan dur si l'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale*
 - l'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime***
 - l'immobilisation est correcte si aucun mouvement de la tête n'est permis (immobilisateur de tête)***
 - l'immobilisation est correcte si la victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc »***
 - l'immobilisation est correcte si la victime ne peut glisser ni vers le haut , ni vers le bas ni sur le côté (sangles)***
 - l'immobilisation est correcte si les sangles ne gênent pas la respiration de la victime***



Utiliser des attelles modelables "attelles de « KRAMER »"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un membre supérieur ou inférieur est traumatisé (à l'exception de la cuisse ou de la hanche)
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de limiter les mouvements du membre traumatisé □ permet de diminuer la douleur □ permet de prévenir la survenue de complications
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • attelles de « KRAMER » constituées de : <ul style="list-style-type: none"> -tiges de métal soudées et plastifiées , en forme « d'échelle » , malléables et adaptables au membre fracturé -il en existe de plusieurs longueurs et largeurs -ces attelles nécessitent un habillage préalable de façon à les rendre moins traumatisantes et d'éviter un contact direct du membre avec le métal
e	Comment ?	(Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ La réalisation d'une immobilisation d'un membre traumatisé à l'aide d'une attelle peut provoquer une mobilisation de celui-ci si la procédure de mise en place n'est pas respectée et entraîner douleur et complications
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place d'une attelle immobilise la fracture et diminue la douleur □ le membre traumatisé est maintenu jusqu'à immobilisation complète □ le segment blessé et les articulations sus et sous jacentes sont immobilisés par l'attelle <ul style="list-style-type: none"> □ l'attelle est correctement fixée □ l'attelle n'entraîne pas de compression (circulation d'aval correcte)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

Les attelles de « Kramer » sont utilisées pour les immobilisations de l'avant-bras , du poignet ou de la main . Elles ne sont utilisées qu'en l'absence de matériel plus adapté , pour les traumatismes du membre inférieur situés en dessous du genou . Dans ce cas , elles sont utilisées par deux et placées de part et d'autre du membre blessé pour prévenir sa mobilisation .

Le membre blessé est maintenu par [un équipier secouriste](#) au niveau de l'articulation sus et sous jacente au traumatisme , éventuellement après réalignement , jusqu'à la mise en place de l'attelle .

-[équipier 2](#) : choisir une attelle de longueur convenable et la préparer .

-placer la ou les attelles de part et d'autre du segment traumatisé en prenant soin d'englober l'articulation sus et sous jacente .

-si nécessaire , rembourrer les espaces libres entre l'attelle et le membre blessé pour qu'il existe un contact permanent .

-maintenir la ou les attelles au membre blessé à l'aide de liens larges ou , éventuellement , d'une bande .

-pour le membre supérieur , maintenir l'ensemble à l'aide d'une écharpe simple , si nécessaire .

-vérifier la qualité de l'immobilisation et l'état de l'extrémité du membre .



Utiliser des attelles modelables

"attelles modelable en alliage , doublées de mousse de type « Aluform »"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • lorsqu'un membre supérieur ou inférieur est traumatisé (à l'exception de la cuisse ou de la hanche)
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de limiter les mouvements du membre traumatisé □ permet de diminuer la douleur □ permet de prévenir la survenue de complications
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • attelles modelable en alliage , doublées de mousse de type « Aluform » composées de : <ul style="list-style-type: none"> - une armature en aluminium ou autre alliage -un rembourrage assuré par une mousse épaisse -une enveloppe en polystyrène dont la face au contact du membre est lavable -des bords rabattables permettant de former une gouttière -un système de fixation par sangles auto-agrippantes -il existe différents types d'attelles en alliage , suivant la zone traumatisée , et pour l'enfant
e	Comment ?	(Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ La réalisation d'une immobilisation d'un membre traumatisé à l'aide d'une attelle peut provoquer une mobilisation de celui-ci si la procédure de mise en place n'est pas respectée et entraîner douleur et complications
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ la mise en place d'une attelle immobilise la fracture et diminue la douleur □ le membre traumatisé est maintenu jusqu'à immobilisation complète □ le segment blessé et les articulations sus et sous jacentes sont immobilisés par l'attelle <ul style="list-style-type: none"> □ l'attelle est correctement fixée □ l'attelle n'entraîne pas de compression (circulation d'aval correcte)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

L'attelle modelable en alliage léger est utilisée pour les immobilisations du membre supérieur en dessous du coude et du membre inférieur en dessous du genou .

Pour le membre supérieur :

Le membre blessé est maintenu par [un équipier secouriste](#) au niveau de l'articulation sus et sous jacente au traumatisme , éventuellement après réalignement , jusqu'à la mise en place de l'attelle .

- [équipier 2](#) : choisir l'attelle adaptée et de longueur convenable et lui donner la forme attendue .
- placer l'attelle contre le segment traumatisé en prenant soin d'englober l'articulation sus et sous jacente puis rabattre ses côtés pour lui donner la forme d'une gouttière . [L'équipier secouriste , qui soutient le membre blessé](#) , peut alors déplacer ses mains pour maintenir l'attelle contre le membre .
- maintenir l'attelle en position à l'aide des sangles auto-agrippantes .
- maintenir , si nécessaire , l'ensemble à l'aide d'une écharpe simple nouée autour du cou .
- vérifier la qualité de l'immobilisation et l'état de l'extrémité du membre .

Pour le membre inférieur :

Le membre blessé est maintenu par deux équipiers secouristes au niveau des articulations sus et sous jacente au traumatisme , éventuellement après réalignement , jusqu'à la mise en place de l'attelle .

- [équipier 3](#) : choisir l'attelle adaptée et de longueur convenable et lui donner la forme attendue .
- [équipiers 1 et 2](#) : soulever de quelques centimètres et en exerçant une traction douce au niveau de la cheville le membre inférieur pour permettre le passage de l'attelle .
- [équipier 3](#) : glisser l'attelle sous le membre traumatisé , en prenant soin d'englober l'articulation sus et sous jacente .
- [équipiers 1 et 2](#) : déposer le membre sur l'attelle et le maintenir pendant que l'équipier 3 rabat ses côtés et le volet d'extrémité du pied pour lui donner la forme d'une gouttière .
- [les équipiers qui soutiennent le membre blessé](#) peuvent alors déplacer leurs mains pour maintenir l'attelle contre le membre .
- maintenir l'attelle en position à l'aide des sangles auto-agrippantes .
- vérifier la qualité de l'immobilisation et l'état de l'extrémité du membre .



Utiliser une attelle à depression

Q Quand ?

- lorsque le coude , l'avant bras ou le poignet (pour le membre supérieur) sont traumatisés
- lorsque le genou , la jambe ou la cheville (pour le membre inférieur) sont traumatisés

P Pourquoi ?

- permet de limiter les mouvements du membre traumatisé
- permet de prévenir la survenue de complications

A Avec quoi ?

- **attelle à dépression** , constituée :
 - d'une enveloppe étanche à l'air et souple contenant des billes de polystyrène expansé
 - d'une valve d'admission de l'air (entrée et sortie) sur laquelle s'adapte un dispositif d'aspiration de l'air
 - de sangles de maintien
 - elle n'est utilisée qu'avec une pompe d'aspiration manuelle ou électrique
 - son principe de fonctionnement est identique à celui du matelas à dépression

e Comment ?

(Annexe C-1)

R Risques ?

- **La réalisation d'une immobilisation d'un membre traumatisé à l'aide d'une attelle peut provoquer une mobilisation de celui-ci si la procédure de mise en place n'est pas respectée et entraîner douleur et complications**

e Efficacité ?

- *la mise en place d'une attelle immobilise la fracture et diminue la douleur*
- *le membre traumatisé est maintenu jusqu'à immobilisation complète*
- *le segment blessé et les articulations sus et sous jacentes sont immobilisés par l'attelle*
 - *l'attelle est correctement fixée*
 - *l'attelle n'entraîne pas de compression (circulation d'aval correcte)*

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-maintenir le membre blessé, après réaligement si nécessaire, au niveau de l'articulation sous et sus jacente au traumatisme , jusqu'à la mise en place de l'attelle .

-[équipier 2](#) : préparer l'attelle à dépression en répartissant également toutes les billes et en ouvrant la valve d'admission de l'air .

-soulever de quelques centimètre, en exerçant une traction douce au niveau de son extrémité , le membre pour permettre le passage de l'attelle .

-glisser l'attelle sous le membre traumatisé en prenant soin d'englober l'articulation sus et sous jacente .

-déposer le membre sur l'attelle et le maintenir pendant que l'on rabat l'attelle de part et d'autre du membre pour lui donner la forme d'une gouttière .

-déplacer les mains qui soutiennent le membre blessé pour maintenir l'attelle contre le membre .

-faire le vide à l'intérieur de l'attelle en aspirant l'air jusqu'à ce que l'attelle devienne dure .

-[équipier 2](#) : fermer la valve et déconnecter le dispositif d'aspiration .

-vérifier la bonne immobilisation et l'état de l'extrémité du membre .

Le principe de mise en place de l'attelle à dépression est identique pour le membre inférieur et le membre supérieur .



Utiliser une attelle en traction

Q Quand ?

- lorsque la cuisse et les 2/3 supérieurs de la jambe sont traumatisés
- obligatoirement lorsque le membre est réaligné
- ne peuvent pas être utilisées si les deux membres inférieurs sont atteints (préférer alors le MID)
 - ne peuvent pas être utilisées s'il existe un traumatisme de la cheville ou du pied
- ne peuvent pas être utilisées s'il existe un traumatisme du bassin ou de la partie inférieure du dos
 - mise en place à la demande et en présence d'un médecin

P Pourquoi ?

- permet d'exercer une traction sur le membre traumatisé
- permet de limiter les mouvements du membre traumatisé
 - permet de diminuer la douleur
- permet de prévenir la survenue de complications

A Avec quoi ?

- attelle en traction pneumatique dite de « DONWAY », composée :
 - d'une partie supérieure, constituée de deux barres métalliques réunies par deux sangles dont l'une, rembourrée et réglable, constitue l'anneau de blocage du bassin, et l'autre plus large soutient la cuisse
 - d'une partie inférieure en forme de « U » qui est creuse et comporte :
 - une traverse métallique fixe, munie d'une semelle support de pied et de sangles auto-agrippantes
 - une large sangle réglable pour soutenir la jambe
 - une pompe et un manomètre reliés au tube creux constituant le « U »

l'engagement des deux barres supérieures dans les branches creuses du « U » réalise deux vérins qui, commandés par la pression créée par la pompe, appliquent sur le membre une traction contrôlée par un dynamomètre. Une soupape de sécurité entre en jeu lorsque la pression est excessive. Il existe d'autres types d'attelles en traction, notamment manuelle

e Comment ?

(Annexe C-1)

R Risques ?

- La réalisation d'une immobilisation d'un membre traumatisé à l'aide d'une attelle peut provoquer une mobilisation de celui-ci si la procédure de mise en place n'est pas respectée et entraîner douleur et complications

e Efficacité ?

- la mise en place d'une attelle immobilise la fracture et diminue la douleur
- le membre traumatisé est maintenu jusqu'à immobilisation complète
- le segment blessé et les articulations sus et sous jacentes sont immobilisés par l'attelle
 - l'attelle est correctement fixée
 - l'attelle n'entraîne pas de compression (circulation d'aval correcte)

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La mise en place d'une attelle en traction nécessite un certain temps et , au moins 3 équipiers secouristes , parfaitement entraînés à sa mise en place .

Elle est réalisée sous le contrôle d'un médecin .

-[équipier 1](#) : maintenir le membre blessé , dans l'axe par une traction prudente au niveau de la cheville , le pied bien tendu . Le soulever de quelques centimètres , quand c'est nécessaire , pour la mise en place du matériel .

-[équipier 2](#) : ajuster l'anneau supérieur qui bloque le bassin en le faisant glisser sous le genou et en le remontant juste au sommet de la cuisse , attacher la boucle sans la serrer ; récliner les organes génitaux externes chez l'homme .

-[équipier 2](#) : préparer l'attelle en engageant les deux barres supérieures dans les deux branches du « U » et , en la positionnant à côté du membre inférieur de la victime , régler sa longueur .

-[équipier 2](#) : mettre le dynamomètre au zéro , desserrer les barres de serrage et relever le support de pied .

-[équipier 2](#) : glisser l'attelle de part et d'autre du membre traumatisé .

-[équipier 2](#) : engager les fiches de l'anneau de blocage du bassin dans les barres supérieures .

-[équipier 2](#) : fixer le pied au support de pied , à angle droit , par les bandes auto-agrippantes disposées en « huit » .

-[équipier 2](#) : utiliser la pompe pour appliquer la pression de traction prescrite par le médecin , en général de 15 kg , l'aiguille se trouve dans la zone verte du cadran .

-[équipier 1](#) : le maintien du membre peut être relâché .

-ajuster les sangles de cuisse et de jambe en évitant d'appuyer sur la zone traumatisée .

-verrouiller les barres de serrage reliant les barres à l'« U ».

-vérifier la bonne immobilisation (médecin) puis relâcher la pression en purgeant le circuit par ouverture de la valve .



Préparer un dispositif de portage

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chaque fois qu'une victime doit être installée sur un brancard
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet d'assurer un transport correct et confortable de la victime
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • matériel de portage ou de levage <ul style="list-style-type: none"> • drap • couverture • couverture de survie • sangles de fixation (Annexe A-1)
e	Comment ?	<p>le dispositif de portage , en règle générale le brancard , doit être préparé à l'avance par l'équipe de secouristes , chaque fois que possible , la victime sera enveloppée dans un drap , puis une couverture , avant d'être arrimée sur le brancard (Annexe C-1)</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Pour éviter toute blessure éventuelle aux mains , l'ouverture et la fermeture des compas d'un brancard pliant s'effectuent , en règle générale , avec le pied
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ un brancard correctement préparé doit permettre d'envelopper facilement et totalement le corps de la victime dans un drap et/ou dans une couverture de survie , puis une couverture □ le brancard est déployé et ses roues bloquées s'il en est muni □ la couverture (ou le drap) est installée sur le brancard □ le brancard est équipé d'un dispositif de maintien de la victime (sangles)

ANNEXE A-1 :

Matériel :

1. Un matériel de portage ou de levage

Les différents matériels de portage et de levage sont décrits précédemment .

2. Un drap

Le drap peut être en toile ou en matériau non- tissé . Il est préférable d'utiliser des draps à usage unique .

Les draps stériles sont utilisés pour envelopper une victime qui présente des brûlures étendues .

3. Une couverture

Elle est destinée à protéger la victime du froid . Il est préférable d'utiliser des couvertures bactériostatiques , lavables .

4. Une couverture de survie

La couverture de survie est une couverture isolante . Elle a la forme d'un film plastique métallisé (une face argentée et une face dorée) de dimension 1,80x2,20m . Elle est conditionnée dans un sachet plastique . Elle peut être stérile .

La couverture de survie est utilisée pour protéger du froid (face argentée contre le corps de la victime) de la chaleur extérieure (face dorée contre le corps de la victime) , mais aussi de la pluie ou du vent .

5. Sangles de fixation

Les brancards modernes sont actuellement équipés ou peuvent s'équiper de sangles de fixation de la victime sur le brancard .

A défaut , utiliser une sangle de 2 mètres environ pour solidariser la victime au brancard avant de déplacer celui-ci .

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

1. Montage et démontage d'un brancard

Le matériel décrit ici est le brancard pliant à compas , sans tête .

• Le montage

- tenir le brancard vertical et déboucler les courroies de fixation .
- écarter les 2 hampes et dérouler la toile .
- ouvrir successivement chaque compas avec le pied .
- retourner le brancard à l'endroit , le poser à terre .
- vérifier la solidité des hampes et de la toile et enrouler les courroies de fixation sur elles-mêmes .

• Le démontage

Après avoir nettoyé et vérifié le brancard :

- placer le brancard verticalement .
- repousser successivement les branches de chaque compas avec le pied .
- retourner le brancard et rapprocher les hampes .
- rouler la toile et la fixer avec les courroies .

2. Installation de la couverture

La couverture est disposée , si possible en diagonale , les bords enroulés de l'extérieur vers l'intérieur .

3. Installation d'un drap ou d'une couverture de survie

- ouvrir le drap (ou la couverture de survie) et le déployer dans le sens de la longueur .
- déplier le drap dans le sens de la largeur .
- le déposer sur le brancard , préalablement préparé (couverture ou couverture de survie) , le grand côté du drap , le long de la hampe opposée du brancard .
- rouler la partie libre sur la hampe la plus proche . Elle sera déployée une fois que la victime sera installée sur le brancard .

4. Installation d'une couverture ou d'un drap sur une chaise de transport

Une couverture (ou un drap) peut être disposée sur une chaise de transport pour envelopper une victime .

La couverture est placée sur la chaise en prenant soin de ne pas la laisser traîner au sol pour ne pas gêner le déplacement .

En aucun cas , la couverture ou le drap ne devra rendre inaccessible les sangles qui permettent de maintenir la victime , une fois celle-ci installée sur la chaise .



Relevage d'une victime "pont néerlandais à 3 équipiers « porteurs »"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez un malade ou un blessé non suspecté d'une lésion de la colonne vertébrale • chez victime dont la corpulence permet un relevage à 3
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet d'installer à une équipe de 3 équipiers secouristes une victime sur un brancard (équipage d'un véhicule de premiers secours) □ permet d'éviter l'appel d'un renfort
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • matériel de portage (brancard) préalablement préparé
e	Comment ?	<p style="text-align: center;">(Annexe C-1) Commandements</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « Etes-vous prêt ? » -les autres équipiers secouristes : « Prêt ! » -l'équipier 1 : « Attention pour lever... lever ! » -l'équipier 1 : « Poser ! »
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée □ Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ <i>le transfert de la victime sur le brancard doit être doux , sans à-coup et le moins traumatisant possible</i> □ les équipiers secouristes doivent agir de manière synchronisée <ul style="list-style-type: none"> □ la relève doit être douce et sans à-coup □ la victime se trouve en position correcte sur le brancard

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- disposer le brancard le long du corps de la victime ; s'il a des roulettes , les bloquer .
- se placer « en pont » , les jambes écartées au-dessus de la victime , et ramener ses avant-bras sur le tronc .
- [les équipiers des 2 extrémités](#) se placent les premiers et se font face. Ils mettent chacun un pied à l'intérieur de la poignée de la hampe qui est contre la victime .
- [l'équipier du milieu](#) s'appuie sur l'épaule de l'équipier de tête , enjambe la victime et pose son pied sur le milieu de la hampe extérieure , sous la couverture .
- [l'équipier de tête](#) glisse une main sous la nuque du blessé et l'autre entre les omoplates .
- [l'équipier situé au pied](#) de la victime saisit les chevilles .
- [l'équipier situé au milieu](#) , engage ses mains sous la taille ou saisit les parties latérales de la ceinture du pantalon , si elle est solide .
- au commandement , se relever en gardant le dos plat , soulever le blessé et le déplacer latéralement au-dessus du brancard .
- au commandement , poser la victime doucement sur le brancard .
- se dégager sans heurter la victime .



Relevage d'une victime

"pont simple à 3 équipiers « porteurs » et un aide"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez un malade ou un blessé non suspecté d'une lésion de la colonne vertébrale chez victime dont la corpulence permet un relevage à 3
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet d'installer à une équipe de 3 équipiers secouristes une victime sur un brancard (équipage d'un véhicule de premiers secours) permet d'éviter l'appel d'un renfort
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> matériel de portage (brancard) préalablement préparé
e	Comment ?	<p>une quatrième personne (autre intervenant secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime , si nécessaire (Annexe C-1)</p> <p>Commandements</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « Etes-vous prêt ? » -les autres équipiers secouristes : « Prêt ! » -l'équipier 1 : « Attention pour lever... lever ! » -l'équipier 1 : « Envoyez le brancard ! » -l'équipier 1 : « Halte au brancard ! » -l'équipier 1 : « Poser ! »
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> le transfert de la victime sur le brancard doit être doux , sans à-coup et le moins traumatisant possible les équipiers secouristes doivent agir de manière synchronisée <ul style="list-style-type: none"> la relève doit être douce et sans à-coup la victime se trouve en position correcte sur le brancard

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-disposer le brancard dans l'axe de la victime , si possible au niveau des pieds . Un aide assurera son glissement sous la victime , au commandement .

-se placer « en pont » , les jambes suffisamment écartées au-dessus de la victime (passage du brancard) , ramener les avant-bras sur son tronc .

-l'équipier de tête , le chef de brancard , glisse une main sous l'ensemble « tête- nuque » du blessé , l'autre entre les omoplates .

-les 2 autres équipiers se placent face à l'équipier de tête , pieds légèrement décalés et s'accroupissent en gardant le dos plat .

-l'équipier situé au pied de la victime saisit les chevilles .

-l'équipier du milieu engage ses mains sous la taille de la victime ou saisit les parties latérales de la ceinture du pantalon , si elle est solide .

-au commandement , pour les porteurs , se relever en gardant le dos plat et soulever suffisamment la victime pour permettre le passage du brancard .

-au commandement , pour l'aide , glisser le brancard entre les jambes des équipiers , sous la victime .

-au commandement , pour les porteurs , reposer doucement la victime sur le brancard .

-se dégager sans heurter la victime .



Relevage d'une victime

"transfert d'une victime du lit au brancard à 3 porteurs , avec la technique de la cuillère à 3 équipiers"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez un malade ou un blessé non suspecté d'une lésion de la colonne vertébrale chez victime dont la corpulence permet un relevage à 3
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet d'installer à une équipe de 3 équipiers secouristes une victime sur un brancard (équipage d'un véhicule de premiers secours) permet d'éviter l'appel d'un renfort
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> matériel de portage (brancard) préalablement préparé
e	Comment ?	<p>une quatrième personne (autre intervenant secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime , si nécessaire (Annexe C-1)</p> <p>Commandements</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « Etes-vous prêt ? » -les autres équipiers secouristes : « Prêt ! » -l'équipier 1 : « Attention pour lever... lever ! » -l'équipier 1 : « Plaquez... debout... reculez... a vancez... arrêtez ! » -l'équipier 1 : « Poser ! »
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> le transfert de la victime sur le brancard doit être doux , sans à-coup et le moins traumatisant possible les équipiers secouristes doivent agir de manière synchronisée <ul style="list-style-type: none"> la relève doit être douce et sans à-coup la victime se trouve en position correcte sur le brancard

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La cuillère à 3 équipiers est utilisable pour transférer une victime du lit sur un brancard ou d'un brancard au lit .

-préparer le brancard et le placer perpendiculairement au niveau du pied du lit , si c'est possible . Si le brancard est équipé de pieds , les déployer pour le mettre à hauteur et bloquer ses roues .

-se placer sur le côté du lit , [un équipier](#) à la hauteur des épaules , [le deuxième](#) à la hauteur des hanches , [le troisième](#) à la hauteur des genoux .

-engager les avant-bras sous la victime comme pour la cuillère . [Le premier équipier](#) soutient d'un bras l'ensemble « tête-nuque » et s'appuie , de sa main , sur l'omoplate opposée ; De l'autre main , il soutient le haut du thorax . [Le deuxième équipier](#) place un avant-bras sous la taille , l'autre sous le haut des cuisses . [Le troisième place](#) un avant- bras sous le haut des jambes , l'autre sous les chevilles .

-au commandement , soulever la victime et la plaquer contre soi tout en se penchant légèrement en arrière pour équilibrer la charge .

-au commandement , se lever puis se reculer en faisant quelques pas , si nécessaire , s'approcher du brancard et s'arrêter le long de celui-ci .

-au commandement , rabattre délicatement la victime et la poser d'un bloc sur le brancard .

NB : le transfert du lit au brancard ou du brancard au lit peut être facilité par l'utilisation d'un portoir souple .



Relevage d'une victime à l'aide d'une alèse portoir

Q Quand ?

- si le trajet du brancardage doit emprunter des passages inaccessibles au brancard
- si une victime est trop lourde pour être relevée selon les techniques habituelles
- si un transfert (de la victime) du brancard est envisagé

P Pourquoi ?

- permet de faciliter l'installation d'une victime sur un brancard
- permet de transférer une victime sur un autre brancard ou sur un lit (passage d'un brancard au lit ou changement de brancard : transfert d'un brancard simple à un brancard pour aéronef par exemple), l'alèse portoir est alors placée sur le brancard avant de déposer la victime par une méthode classique

A Avec quoi ?

- alèse portoir

e Comment ?

(Annexe C-1)
Commandements

- l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « **Etes-vous prêt ?** »
- les autres équipiers secouristes : « **Prêt !** »
- l'équipier 1 : « **Attention pour tourner... tourner !** »
- l'équipier 1 : « **Glisser le portoir !** »
- l'équipier 1 : « **En position !** »
- l'équipier 1 : « **Attention pour tourner... tourner !** »
- l'équipier 1 : « **Dérouler le portoir !** »
- l'équipier 1 : « **En position !** »

R Risques ?

- **Correctement réalisée , cette technique ne présente pas de danger particulier**
- **L'alèse portoir ne doit pas être utilisée pour relever une victime qui présente une atteinte traumatique grave (traumatisme du rachis , traumatisme non immobilisé des membres)**

e Efficacité ?

- la victime doit être correctement installée sur le portoir et centrée sur ce dernier
- la technique doit être expliquée à la victime
- la rotation de la victime par les équipiers secouristes doit être synchronisée , douce et sans à-coup
- la victime est correctement installée sur l'alèse et centrée sur cette dernière

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La victime est allongée sur le dos .

C'est une technique de roulement au sol de la victime , qui nécessite au minimum 3 équipiers secouristes .

La manœuvre est guidée par l'équipier secouriste qui est placé à la tête de la victime .

-équipier 1 : maintenir la tête de la victime par une prise latéro-latérale . La victime doit être maintenue les bras le long du corps , paumes des mains sur les cuisses .

-placer l'alèse portoir de toile enroulée ou repliée sur elle-même le long du blessé .

-équipiers 2 et 3 (éventuellement 4) : se placer du côté du retournement, à quelques centimètres du blessé, au niveau du thorax, du bassin et des genoux de la victime .

-équipiers 2 et 3 (éventuellement 4) : saisir la victime du côté opposé au retournement, au niveau de l'épaule , du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés . La main opposée de la victime peut être bloquée contre le haut de la cuisse de la victime par la main d'un équipier secouriste

-équipiers 2 et 3 (éventuellement 4) : s'dur les ordres de l'équipier 1 , assurer , en tirant , une rotation de la victime sur son côté . La rotation de la victime se fait lentement et d'un bloc alors que l'équipier de tête accompagne le mouvement pour garder la tête du blessé dans l'axe du tronc .

-interrompre la rotation dès que la victime est suffisamment tournée pour pouvoir glisser l'alèse portoir sous son dos .

-équipier 3 : glisser l'alèse portoir le plus loin possible sous son dos (s'assurer que l'alèse portoir est bien centrée sur la hauteur de la victime) .

-équipiers 2 et 3 (éventuellement 4) : reposer la victime délicatement sur l'alèse portoir .

-changer de position et reprendre les mêmes positions de l'autre côté de la victime , excepté pour l'équipier de tête .

-tourner la victime de l'autre côté .

-dérouler ou déplier l'alèse portoir .

-reposer la victime sur l'alèse .



Relevage d'une victime "pont néerlandais à 4 équipiers « porteurs »"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale • chez une victime ou sa corpulence le nécessite
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de maintenir efficacement l'axe « tête-cou-tronc » □ permet de pouvoir relever une victime lourde
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • brancard <p><i>un dispositif de portage préalablement préparé et adapté à recevoir éventuellement une victime qui présente un traumatisme du rachis (matelas immobilisateur , plan dur...)</i></p>
e	Comment ?	<p>une cinquième personne (autre intervenant secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime lorsque cela est nécessaire (Annexe C-1)</p> <p style="text-align: center;">Commandements</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « Etes-vous prêt ? » -les autres équipiers secouristes : « Prêt ! » -l'équipier 1 : « Attention pour lever... lever ! » -l'équipier 1 : « Poser ! »
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée □ Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le transfert de la victime sur le brancard doit être doux , sans à-coup et en respectant l'axe « tête-cou-tronc » , si nécessaire □ les équipiers secouristes doivent agir de manière synchronisée et l'axe « tête-cou-tronc » doit être respecté <ul style="list-style-type: none"> □ le relevage doit être doux et sans à-coup □ la victime doit se trouver en position correcte sur le brancard

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-disposer le brancard le long du corps de la victime ; s'il a des roulettes , les bloquer .

-se placer au-dessus de la victime et ramener ses avant-bras sur le tronc :

-[équipier 1](#) : (le chef de brancard) est placé à la tête de la victime qu'il maintient par une prise latéro-latérale, le genou côté brancard à terre , à l'intérieur des deux hampes du brancard et contre la poignée pour la caler .

-[équipier 2](#) : prendre position au niveau des pieds , et placer le pied côté brancard à l'intérieur des poignées de manière à les bloquer .

-[équipier 3](#) : se placer debout , au niveau du bassin de la victime , et faire face au quatrième équipier placé au niveau des épaules .

-[équipier 3](#) : s'appuyant sur l'épaule du quatrième , un pied contre la victime , enjamber cette dernière et le brancard pour poser l'autre pied sur la hampe opposée et dégagée de la couverture .

-[équipier 4](#) : s'appuyant sur l'épaule du troisième , enjamber à son tour la victime et le brancard pour placer son pied sur la hampe dégagée de la couverture . Engager ses mains sous les épaules de la victime .

-[équipier 2](#) : se situer aux pieds de la victime et saisir les chevilles .

-[équipier 3](#) : engager ses mains sous la taille ou saisir les parties latérales de la ceinture , si elle est solide .

-au commandement , se relever en gardant le dos plat , soulever le blessé et le déplacer latéralement au-dessus du brancard dans l'axe .

-poser la victime doucement sur le brancard .



Relevage d'une victime "pont amélioré à 4 équipiers « porteurs » et un aide"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale • chez une victime où sa corpulence le nécessite
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de maintenir efficacement l'axe « tête-cou-tronc » □ permet de pouvoir relever une victime lourde
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • brancard <p><i>un dispositif de portage préalablement préparé et adapté à recevoir éventuellement une victime qui présente un traumatisme du rachis (matelas immobilisateur , plan dur...)</i></p>
e	Comment ?	<p>une cinquième personne (autre intervenant secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard sous la victime lorsque cela est nécessaire (Annexe C-1)</p> <p style="text-align: center;">Commandements</p> <p>-l'équipier 1 (qui est à la tête de la victime) : « Etes-vous prêt ? » -les autres équipiers secouristes : « Prêt ! » -l'équipier 1 : « Attention pour lever... lever ! » -l'équipier 1 : « Envoyez le brancard... Halte au brancard ! » -l'équipier 1 : « Poser ! »</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée □ Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le transfert de la victime sur le brancard doit être doux , sans à-coup et en respectant l'axe « tête-cou-tronc » , si nécessaire □ les équipiers secouristes doivent agir de manière synchronisée et l'axe « tête-cou-tronc » doit être respecté <ul style="list-style-type: none"> □ le relevage doit être doux et sans à-coup □ la victime doit se trouver en position correcte sur le brancard

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-disposer le brancard dans l'axe de la victime , si possible au niveau des pieds . Un aide assurera son glissement sous la victime au commandement .

-se placer dans l'axe de la tête , en trépied pour le chef de brancard et en pont au- dessus de la victime pour les autres équipiers , les jambes suffisamment écartées . Les deux équipiers de tête regardent les pieds de la victime , les deux équipiers des pieds regardent la tête . Pour enjamber la victime , le troisième et le quatrième équipier prendront un appui réciproque . Ramener les avant-bras de la victime sur son tronc .

-[équipier 1](#) : (le chef de brancard) saisir la tête de la victime par une prise latéro-latérale .

-[équipier 2](#) : saisir les chevilles de la victime .

-[équipier 3](#) : engager ses mains sous la taille (possibilité de saisir les parties latérales d'une ceinture solide) .

-[équipier 4](#) : passer ses mains sous les épaules de la victime .

-au commandement , se relever en gardant le dos plat, soulever légèrement la victime pour permettre le passage du brancard .

-au commandement , glisser le brancard entre les jambes des équipiers , sous la victime .

-au commandement , reposer doucement la victime sur le brancard .

-se dégager sans heurter la victime . Le chef de brancard continue à maintenir l'axe de la tête , avant l'immobilisation complète de celle-ci , si nécessaire .

NB : s'il n'est pas possible de disposer le brancard dans l'axe , aux pieds de la victime , le chef de brancard , qui soutient la tête , se place à la tête de la victime « en pont » comme les autres équipiers secouristes pour laisser passer le brancard par la tête .



Relevage d'une victime à l'aide d'un brancard cuillère

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • chez une victime allongée au sol présentant un traumatisme du rachis
----------	---------	--

P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet de faciliter le relevage de toute victime (notamment à 3 équipiers secouristes) <input type="checkbox"/> permet d'installer sur un MID une victime traumatisée et suspectée d'un traumatisme du rachis <input type="checkbox"/> permet de relever la victime lorsqu'un pont simple ou un pont amélioré (zone surbaissée : victime sous un train, un véhicule...) sont impossibles à réaliser <input type="checkbox"/> permet de relever une victime sans atteinte traumatique , présentant des souillures ou des salissures (le matériel est non oxydable et aisément nettoyable)
----------	------------	--

A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • brancard cuillère • collier cervical (si la victime est suspectée d'un traumatisme du rachis)
----------	-------------	--

e	Comment ?	<p>(Annexe C-1)</p>
----------	-----------	-----------------------

R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eviter de pincer les parties postérieures de la victime lors de la mise en place des cuillères <input type="checkbox"/> Il existe un risque de chute par mauvais verrouillage des cuillères
----------	-----------	---

e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'axe « tête-cou-tronc » de la victime doit être maintenu pendant toute la manœuvre si un traumatisme du rachis est suspecté <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la tête de la victime est maintenue pendant toute la manœuvre <input type="checkbox"/> la mise en place des cuillères doit mobiliser le moins possible la victime <input type="checkbox"/> la victime est correctement installée sur le brancard cuillère et les fixations sont correctement fermées
----------	--------------	--

ANNEXE C-1 :

Préparation du matériel :

- si nécessaire, déplier le brancard cuillère .
- placer le brancard cuillère le long de la victime et régler sa longueur en fonction de la taille du blessé . Le verrouiller dans cette position .
- s'assurer de la rigidité du système en tirant sur la partie mobile, côté jambes .
- désolidariser les deux parties du brancard .
- placer la face palmaire des mains de la victime sur ses cuisses pour éviter de les pincer pendant la manœuvre de fermeture du brancard .

Mise en œuvre :

Si la victime est suspectée d'un traumatisme du rachis , celle-ci doit être porteuse d'un collier cervical et un équipier secouriste maintient sa tête par une prise latéro-latérale pendant toute la manœuvre , jusqu'à immobilisation complète .

La mise en œuvre se fait par séparation des deux cuillères du brancard .

-les deux équipiers secouristes se placent de chaque côté de la victime , chacun munis d'une cuillère du brancard .

-à tour de rôle , un équipier glisse une cuillère sous la victime pendant que l'autre saisit la victime à l'épaule et à la hanche pour la tirer vers lui très légèrement et faciliter ainsi la mise en place de la cuillère sous la victime . Lors de la mise en place de la 2ème cuillère , s'assurer que cette dernière est bien en face de l'autre pour faciliter sa fermeture .

-pendant ce temps , l'équipier de tête assure le maintien de l'axe « tête-cou-tronc » .

-une fois en place , les deux parties du brancard cuillère sont réunies et solidarisées par les dispositifs encliquetables ; d'abord celui de la tête, puis celui des pieds .

-s'assurer de la fermeture du dispositif encliquetable en tirant latéralement sur les deux parties du brancard .

Si elle doit être brancardée à l'aide de ce moyen , la victime sera arrimée à l'aide de sangles .

Entretien :

-après usage , il faut laver et brosser le cadre et les cuillères , avec de l'eau savonneuse , en insistant sur les endroits souillés , puis désinfecter à l'eau de Javel et rincer .

-laisser sécher , puis lubrifier sans excès les cliquets et les parties coulissantes du cadre (huile de vaseline ou silicone) .

-suivre les recommandations du fabricant .



Relevage d'une victime en position particulière "victime en position latérale de sécurité"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chaque fois qu'une victime est , ou a été , mise en position particulière (PLS , assise , demi-assise , jambes pliées)
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet de maintenir la victime dans la position particulière choisie , si cela est nécessaire
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> brancard principal avec appui tête
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> cette technique est réalisée à 4 équipiers « porteurs » -l'équipier de tête maintient la tête de la victime en position latéro-latérale -l'équipier situé au niveau des pieds , dès que les autres équipiers maintiennent la victime , ramène le membre inférieur fléchi sur l'autre et saisit les chevilles ensemble la position finale obtenue sera , si possible , maintenue à l'aide d'un MID
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> la position d'attente choisie doit être maintenue au cours de la relève pour éviter une aggravation de l'état de la victime la position d'attente choisie doit être maintenue pendant le relevage de la victime



Relevage d'une victime en position particulière "victime en position genoux fléchis"

Q Quand ?

- chaque fois qu'une victime est , ou a été , mise en position particulière (PLS , assise , demi-assise , jambes pliées)

P Pourquoi ?

- permet de maintenir la victime dans la position particulière choisie , si cela est nécessaire

A Avec quoi ?

- brancard principal avec appui tête

e Comment ?

- 2 ou 3 équipiers secouristes soulèvent la moitié supérieure du corps , selon une méthode en pont
- les membres inférieurs sont saisis au niveau des genoux par l'équipier placé au pied de la victime

R Risques ?

- **Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée**
- **Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre**

e Efficacité ?

- *la position d'attente choisie doit être maintenue au cours de la relève pour éviter une aggravation de l'état de la victime*
- **la position d'attente choisie doit être maintenue pendant le relevage de la victime**



Relevage d'une victime en position particulière "victime en position demi-assise"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chaque fois qu'une victime est , ou a été , mise en position particulière (PLS , assise , demi-assise , jambes pliées)
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet de maintenir la victime dans la position particulière choisie , si cela est nécessaire
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> brancard principal avec appui tête
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> la partie supérieure du corps est soutenue par l'équipier de tête qui glisse ses mains et ses avants bras sous les aisselles de la victime la position des autres équipiers secouristes ne diffère pas des règles générales du relevage les matériels de calage sont transférés du sol sur le brancard , après la dépose du blessé sur le brancard , si ce dernier n'est pas équipé de dispositif permettant le maintien de la position particulière
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée . Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre .
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> la position d'attente choisie doit être maintenue au cours de la relève pour éviter une aggravation de l'état de la victime la position d'attente choisie doit être maintenue pendant le relevage de la victime



Relevage d'une victime en position particulière "victime en position assise , transfert sur une chaise de transport"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chaque fois qu'une victime est , ou a été , mise en position particulière (PLS , assise , demi-assise , jambes pliées)
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet de maintenir la victime dans la position particulière choisie , si cela est nécessaire
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> chaise de transport
e	Comment ?	(Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et réalisée Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite à l'équipier secouriste de se blesser pendant la manœuvre
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> la position d'attente choisie doit être maintenue au cours de la relève pour éviter une aggravation de l'état de la victime la position d'attente choisie doit être maintenue pendant le relevage de la victime

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

L'installation d'une victime sur une chaise de transport rend plus facile son brancardage , notamment si l'équipe doit emprunter des escaliers ou un ascenseur .

Pour être possible , il est indispensable que la victime puisse tenir la position assise et que cette position ne soit pas contre-indiquée .

Cette technique est réalisée à 3 équipiers « porteurs » :

-préparer la chaise de transport et la placer sur le côté de la victime .

-[équipier 1](#) : maintenir la chaise de transport du côté opposé à la victime et se préparer à réceptionner la victime .

-croiser les bras de la victime sur sa poitrine .

-[équipier 2](#) : se placer derrière la victime . En glissant les avant-bras sous ses aisselles , saisir ses poignets opposés .

-[équipier 3](#) : se placer face à la victime , légèrement accroupi , un pied décalé vers la chaise de transport et saisir les genoux de la victime en glissant ses avant-bras dessous .

-au commandement , se relever en gardant le dos plat , soulever la victime et la déplacer latéralement au-dessus de la chaise de transport .

-poser la victime doucement sur la chaise ; [l'équipier 1](#) aide à la réception de la victime .

-envelopper la victime avec le drap et la couverture et la sangler avant de la transporter .



Arrimage d'une victime sur le brancard

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • avant le brancardage d'une victime
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet d'éviter une chute de la victime au cours du brancardage dû aux mouvements entraînés au cours de celui-ci
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> • brancard équipé d'un système d'arrimage • sangles de fixation
e	Comment ?	<p style="text-align: center;">(Annexe C-1) Cas particuliers</p> <ul style="list-style-type: none"> • si la victime est installée dans un MID posé sur un brancard , l'arrimage de l'ensemble « matelas-victime » s'effectue de la même façon • si le brancard n'est pas équipé de sangles de fixation multiple , les équipiers secouristes pourront arrimer la victime en utilisant une sangle large de 2 mètres de long , évitant l'utilisation de cordes et cordages
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compression ou blessure de la victime par serrage excessif <input type="checkbox"/> Sensation d'oppression de la victime par serrage excessif
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>correctement arrimée , la victime est maintenue correctement et confortablement sur le brancard pendant son transport vers le poste de secours ou le véhicule de transport</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la victime est maintenue à l'aide de 3 sangles au minimum <input type="checkbox"/> les sangles maintiennent la totalité de la victime <input type="checkbox"/> aucune sangle ne comprime la partie inférieure du thorax ni la partie supérieure de l'abdomen

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- refermer le drap , la ou les couverture (s) sur la victime .
- arrimer la victime au brancard par 3 sangles passant au niveau .
- de la partie supérieure du thorax (en passant au-dessus d'un bras et en dessous de l'autre) .
- du bassin .
- des cuisses , juste au-dessus des genoux .

Aucune sangle ne doit appuyer sur une blessure, sur le cou, sur la partie inférieure du thorax ou la partie supérieure de l'abdomen (ce qui gênerait la ventilation) .



Départ , marche et arrêt du brancardage , à 3 ou 4 "brancard normalisé"

Q Quand ?

- en terrain plat
- lorsque la victime doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule de secours à victime

P Pourquoi ?

- permet de déplacer la victime si celle-ci ne peut ou ne doit pas se déplacer par ses propres moyens

A Avec quoi ?

- brancard normalisé
- sangle d'amarrage

e Comment ?

- le chef est placé le plus souvent aux pieds ce qui permet la surveillance de la victime et des équipiers (Annexe C-1)

R Risques ?

- Afin de limiter les lésions dorsales, les équipiers doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses
- Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime

e Efficacité ?

- le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes
 - les ordres de brancardage sont audibles , clairs et justes
 - le brancard doit être maintenu en position horizontale
- le déplacement de la victime est souple , sans secousse ni balancement

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

-après avoir sanglé et couvert correctement la victime , le chef commande « **Pour le brancardage , ... en position !** » .

-au commandement « **Etes vous prêts ?** » , les équipiers secouristes s'accroupissent devant leur poignée , faisant face au brancard , cuisses écartées , le dos plat .

-ils saisissent la poignée à deux mains .

-en position, ils répondent « **Prêts !** ».

-au commandement « **Attention pour lever...levez !** » , les équipiers se relèvent le dos plat .

au commandement « **Attention pour avancer !** » , les équipiers secouristes pivotent d'un quart de tour vers l'avant (sens de la marche) une main tenant la poignée , l'autre libre (sauf pour l'équipier arrière dans le brancardage à 3) « **Avancez !** » , les équipiers secouristes et le brancard avancent .

-en cours de marche , les équipiers secouristes de l'avant annoncent tout obstacle dès qu'ils l'aperçoivent .

-pour arrêter le brancard , le chef commande « **Attention pour arrêter... arrêtez !** » .

-pour reposer le brancard sur le sol, le chef commande « **Attention pour poser !** » .

-les équipiers secouristes font face au brancard et reposent la main libre sur la poignée (sauf pour l'équipier secouriste arrière dans le brancardage à 3) ; « **Posez !** » le brancard est descendu horizontalement et posé doucement au sol .



Départ , marche et arrêt du brancardage , à 3 ou 4 "le chariot brancard"

Q Quand ?

- en terrain plat
- lorsque la victime doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un poste de secours ou un véhicule de secours à victime

P Pourquoi ?

- permet de déplacer la victime si celle-ci ne peut ou ne doit pas se déplacer par ses propres moyens

A Avec quoi ?

- **chariot brancard**
- d'un bâti dont la partie supérieure comporte un brancard amovible ou non
- la partie inférieure des pieds repliables , commandés à distance par des poignées situées au pied du brancard
- il est souvent équipé de roulettes qui le guident pour le chargement dans l'ambulance et de barrières amovibles (ou ridelles) disposées au pied et de chaque côté du brancard

e Comment ?

- le chef est placé le plus souvent aux pieds ce qui permet la surveillance de la victime et des équipiers
- le brancardage d'une victime à 3 équipiers secouristes est plus facile en terrain plat avec un chariot brancard après avoir soulevé le chariot et déployé ses pieds
- un équipier secouriste se place à l'arrière entre les hampes du chariot et le pousse tout en le dirigeant.
 - cette action est facilitée par la présence de roues pivotantes , au minimum à l'arrière du chariot
- les deux autres équipiers secouristes saisissent le chariot par les hampes avant pour faciliter sa progression et le maintenir

R Risques ?

- Afin de limiter les lésions dorsales, les équipiers doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses
- Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime

e Efficacité ?

- le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes
 - les ordres de brancardage sont audibles , clairs et justes
 - le brancard doit être maintenu en position horizontale
- le déplacement de la victime est souple , sans secousse ni balancement



Franchir un obstacle à 3 équipiers

Q Quand ?

- franchir un obstacle vertical inférieur à 1 m 80 , comme un mur , un appui de fenêtre , un fossé étroit

P Pourquoi ?

- permet de franchir un obstacle qui ne peut être contourné
- permet de franchir un obstacle sur lequel le brancard peut être appuyé (mur solide)

A Avec quoi ?

aucun matériel necessaire

e Comment ?

(Annexe C-1)

R Risques ?

- Afin de limiter les lésions dorsales, les équipiers doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches
- Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime

e Efficacité ?

- le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes
 - les ordres de brancardage sont audibles , clairs et justes
 - le brancard doit être maintenu en position horizontale
- le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- le brancard est amené perpendiculairement à l'obstacle , tout contre celui-ci .
- au commandement « **Face au brancard !** » , [les deux équipiers secouristes](#) avant font face au brancard en pivotant d'un quart de tour .
- l'avant du brancard est posé sur l'obstacle , l'arrière étant maintenu par [le chef](#) .
- [les deux équipiers secouristes](#) avant franchissent , l'un après l'autre , l'obstacle puis , saisissent les poignées avant du brancard .
- au commandement « **Envoyez !** » [ils](#) le font progresser jusqu'à ce que l'arrière du brancard touche l'obstacle.
- l'arrière du brancard est posé sur l'obstacle , l'avant étant maintenu par les [2 équipiers secouristes](#) .
- [le chef de brancard](#) franchit à son tour l'obstacle , et vient saisir les poignées avant .
- [les 2 équipiers secouristes](#) , sans lâcher le brancard , coulisent le long des hampes jusqu'au contact de l'obstacle .
- au commandement « **Envoyez !** » , [l'équipe](#) dégage le brancard de l'obstacle .
- au commandement « **Attention pour poser...posez !** » , le brancard est posé au sol .
- [chacun](#) reprend sa place .



Franchir un obstacle à 4 équipiers

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • franchir un obstacle vertical inférieur à 1 m 80 , (mur , appui de fenêtre , haie , fossé étroit...) à 4 équipiers sans prendre appui sur l'obstacle • dans des situations plus complexes , il faudra faire appel à des moyens spécialisés
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet de franchir un obstacle sans poser le brancard à terre (sol boueux ou inégal) □ permet de franchir un obstacle sur lequel le brancard ne peut pas être appuyé (haie , mur branlant , fossé étroit...)
A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
e	Comment ?	pendant les phases où le brancard est immobile , on peut poser celui-ci sur un mur solide , un appui de fenêtre , un sol sec ou cimenté , pour économiser l'effort des équipiers secouristes (Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ Afin de limiter les lésions dorsales , les équipiers secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches □ Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes <ul style="list-style-type: none"> □ les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes □ le brancard doit être maintenu en position horizontale □ le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

- dès qu'un des équipiers secouristes aperçoit un obstacle , il le signale .
- le brancard est amené perpendiculairement à l'obstacle, tout contre celui-ci .
- au commandement « **Face au brancard !** » , [les deux équipiers secouristes avant](#) font face au brancard en pivotant d'un quart de tour .
- [l'équipier secouriste arrière gauche](#) passe entre les poignées et les soutient
- [le chef de brancard](#) qui était à l'arrière droit , reconnaît et franchit l'obstacle et se place de l'autre côté , face à l'avant du brancard . [Les deux équipiers secouristes de l'avant](#) restent sur place , tout contre l'obstacle .
- au commandement « **Envoyer !** » , [les deux équipiers secouristes avant](#) font coulisser le brancard , soutenu par [l'équipier secouriste arrière](#) jusqu'à ce que le chef puisse saisir les poignées avant .
- [les deux équipiers secouristes avant](#) continuent à faire coulisser le brancard jusqu'au commandement « **Halte !** » donné lorsque la moitié du brancard a passé l'obstacle .
- le brancard étant soutenu à l'avant et à l'arrière , [les équipiers secouristes avant](#) passent rapidement l'obstacle et se replacent contre lui de l'autre côté .
- au commandement « **Envoyer !** » , [les brancardiers avant](#) font coulisser le brancard jusqu'à ce que le brancardier arrière soit au contact de l'obstacle .
- le brancard achève de franchir l'obstacle , soutenu par [le chef à l'avant](#) , et par [les deux équipiers secouristes de côté](#) . Il est arrêté à distance de l'obstacle ce qui permet au brancardier arrière de franchir l'obstacle à son tour et de venir se replacer entre les poignées arrière .
- [les brancardiers de côté](#) reprennent leur place à l'avant .
- [le chef](#) reprend alors sa place à l'arrière .



Brancarder à travers un passage étroit

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> franchir un couloir , une porte... lorsque la largeur ne permet pas aux équipiers secouristes de passer de front avec le brancard "cette technique est réalisée à 3 ou 4 équipiers"
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet de franchir un passage étroit avec une victime arrimée sur un brancard sans utiliser un autre moyen de transport
A	Avec quoi ?	aucun matériel nécessaire
e	Comment ?	<ul style="list-style-type: none"> à proximité du passage étroit, le chef de brancard fait arrêter la progression du brancard le chef de brancard demande aux équipiers secouristes de passer les uns après les autres à l'intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher à l'issue de cette manœuvre, les équipiers secouristes se retrouvent dos à dos à l'intérieur des hampes du brancard au commandement « Avancez ! », les équipiers secouristes progressent en « pas chassés » au travers du passage une fois le passage étroit franchi , le brancard est à nouveau arrêté pour permettre à chaque équipier secouriste de reprendre sa position initiale
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> Le brancard ne sera qu'exceptionnellement incliné sur le côté ; l'arrimage de la victime aura alors été vérifié Afin de limiter les lésions dorsales , les équipiers doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes <ul style="list-style-type: none"> les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes le brancard doit être maintenu en position horizontale le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement



Brancarder dans une pente ou un escalier

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> • franchir une pente ou un escalier "cette technique est réalisée à 3 ou 4 équipiers"
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> □ permet le maintien du brancard en position horizontale
A	Avec quoi ?	<p>aucun matériel nécessaire</p>
e	Comment ?	<p>(Annexe C-1) Cas particulier</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans trois situations , il est nécessaire d'incliner modérément le brancard vers l'avant ou vers l'arrière : <ul style="list-style-type: none"> -les escaliers sont étroits et l'on a de la peine à manœuvrer le brancard et la position horizontale du brancard est impossible -la pente est très longue et le maintien du brancard en position horizontale est épuisant pour les équipiers secouristes -la pente est très accentuée et la marche normale est impossible • dans tous les cas , le chef de brancard doit veiller à ce que la position d'attente de la victime soit respectée
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> □ L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute de la victime □ Afin de limiter les lésions dorsales, les équipiers secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches □ Le respect des ordres de brancardage permettent une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> □ le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes <ul style="list-style-type: none"> □ les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes □ le brancard doit être maintenu en position horizontale □ le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

Dans une pente ou un escalier , le chef de brancard , après s'être assuré de l'arrimage de la victime au brancard , demande aux équipiers secouristes qui sont vers le bas de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu'à la ceinture, la poitrine ou l'épaule de façon à maintenir le brancard en position horizontale (*montée d'un escalier à 4 équipiers*) .

A trois équipiers , il est nécessaire :

- pour monter de mettre un équipier secouriste à l'avant et deux équipiers secouristes à l'arrière du brancard .
- pour descendre de mettre deux équipiers secouristes à l'avant et un équipier secouriste a l'arrière du brancard .



Transporter une victime sur une chaise de transport

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez une victime qui ne présente pas de détresse ou d'atteinte grave et si elle peut supporter la position assise
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> permet de répondre à une difficulté réelle de brancardage en étages, dans les immeubles aux escaliers étroits, sans ascenseur ou avec des ascenseurs exigus
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> chaise de transport
e	Comment ?	(Annexe C-1)
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute de la victime Afin de limiter les lésions dorsales, les équipiers doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches Le respect des ordres permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute de la victime
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> le chef de brancard surveille la victime et les autres équipiers secouristes <ul style="list-style-type: none"> les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes le brancard doit être maintenu en position horizontale le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement

ANNEXE C-1 :

Réalisation :

La victime est transférée sur une chaise de transport (*cf. fiche technique sur le relevage d'une victime en position particulière*).

-envelopper la victime dans le drap et/ou la couverture et fixer les sangles de maintien .

-demander à la victime de garder ses mains croisées sur sa poitrine et de ne pas essayer de s'agripper .

-saisir la chaise de transport par ses poignées ; [un équipier secouriste](#) se place derrière la victime et l'autre face à lui au niveau des pieds .

-basculer la chaise légèrement en arrière après avoir prévenu la victime .

-faire rouler la chaise au sol si elle est équipée de roulettes arrière .

-lorsque c'est nécessaire , [le troisième équipier secouriste](#) précède les déplacements de la chaise pour ouvrir les portes , enlever les objets qui pourraient gêner le passage ou sécuriser [l'équipier secouriste des pieds](#) en le tenant par la ceinture lors de la descente d'escaliers .

-dès que possible , la chaise est placée au côté du brancard pour y transférer la victime (*cf. fiche technique sur le relevage d'une victime en position particulière*) .



Charger une victime dans une ambulance "en utilisant un brancard sans chariot"

Q	Quand ?	<ul style="list-style-type: none"> chez une victime se trouvant toujours sur les lieux de "prise en charge"
P	Pourquoi ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> permet l'isolement de la victime <input type="checkbox"/> permet de rendre plus confortable la prise en charge de la victime et son transport , si nécessaire <input type="checkbox"/> permet de transporter la victime , arrimée sur un brancard , vers un poste de secours ou un centre hospitalier d'accueil , à l'aide d'une ambulance
A	Avec quoi ?	<ul style="list-style-type: none"> brancard sans chariot
e	Comment ?	<p>le brancard est chargé dans le véhicule :</p> <ul style="list-style-type: none"> -soit directement sur des rails placés au sol du véhicule -soit sur un porte brancard fixe ou mobile . Le brancard doit être verrouillé au sol ou au porte brancard <p>la responsabilité de l'arrimage de la victime dans le moyen de transport et la fermeture des portes incombe au conducteur du véhicule</p> <p>dans les ambulances dotées de deux brancards , le blessé le plus grave doit être le plus facilement accessible par les personnels d'accompagnement</p>
R	Risques ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute <input type="checkbox"/> Afin de limiter les lésions dorsales , les équipiers secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches <input type="checkbox"/> Le respect des ordres de brancardage permettent une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime
e	Efficacité ?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> le chef de brancard est placé au pied du brancard pour surveiller les autres équipiers et la victime <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> les ordres sont audibles , clairs et juste <input type="checkbox"/> le brancard doit être maintenu le plus possible en position horizontale <input type="checkbox"/> le déplacement de la victime est souple , sans secousse ni balancement



Charger une victime dans une ambulance "en utilisant un chariot brancard"

Q Quand ?

- chez une victime se trouvant toujours sur les lieux de "prise en charge"

P Pourquoi ?

- permet l'isolement de la victime
- permet de rendre plus confortable la prise en charge de la victime et son transport , si nécessaire
- permet de transporter la victime , arrimée sur un brancard , vers un poste de secours ou un centre hospitalier d'accueil , à l'aide d'une ambulance

A Avec quoi ?

- chariot brancard

e Comment ?

le chariot est chargé dans l'ambulance à 3 ou 4 équipiers .
à 3 équipiers secouristes , les 2 brancardiers qui maintiennent le chariot à la tête de la victime (équipiers « avant ») guident les roulettes de guidage dans les rails de l'ambulance
dès que le brancard repose en avant , l'équipier secouriste placé au pied libère les pieds avant du brancard en appuyant sur la poignée de commande
les équipiers secouristes avant aident les pieds avant du chariot à se replier et guident le chariot alors que l'équipier secouriste disposé aux pieds (équipier « arrière ») le pousse à l'intérieur de l'ambulance
lorsque le chariot est rentré des deux tiers dans l'ambulance , les équipiers secouristes « avant » soutiennent le chariot , alors que l'équipier secouriste « arrière » libère les pieds arrière du chariot et les replie pour terminer la manœuvre
une fois rentrée dans l'ambulance , les équipiers secouristes vérifient que le système de fixation du chariot est verrouillé et immobilisé
en aucun cas , la manœuvre ne doit être réalisée à un seul équipier secouriste
le déchargement d'une victime d'une ambulance se fait exactement de manière inverse au chargement

R Risques ?

- L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute
- Afin de limiter les lésions dorsales , les équipiers secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches
- Le respect des ordres de brancardage permettent une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime

e Efficacité ?

- le chef de brancard est placé au pied du brancard pour surveiller les autres équipiers et la victime
 - les ordres sont audibles , clairs et juste
- le brancard doit être maintenu le plus possible en position horizontale
- le déplacement de la victime est souple , sans secousse ni balancement