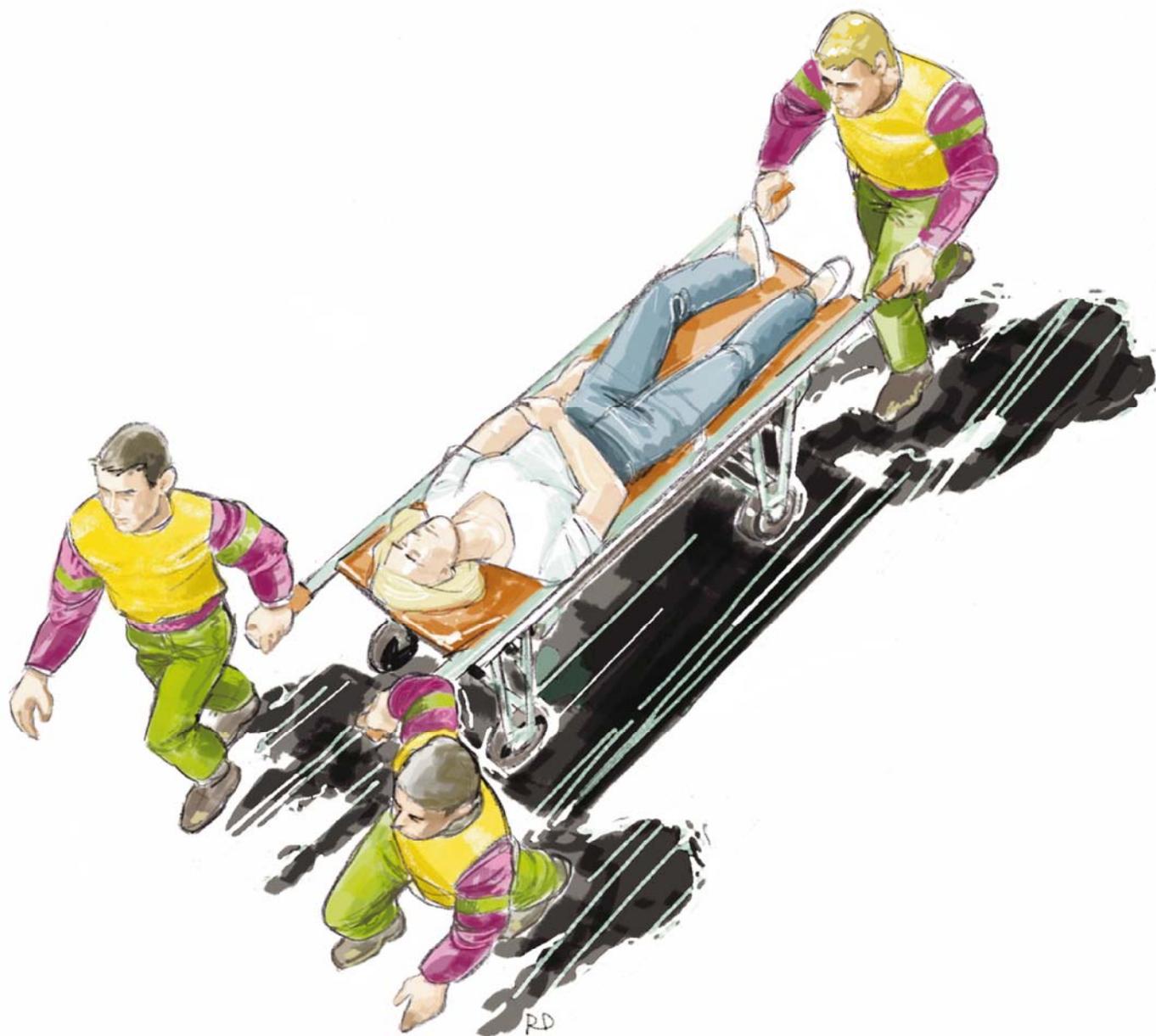


RÉFÉRENTIEL NATIONAL

Compétences de Sécurité civile



PRÉAMBULE

La loi n° 2004-811 de modernisation de la sécurité civile a mis en exergue la nécessité de reconnaître les différents acteurs de la sécurité civile et, parmi eux, ceux qui constituent la chaîne des secours.

Ainsi, entre le citoyen de sécurité civile, premier témoin d'un accident ou d'une détresse et, par conséquent, premier intervenant destiné à mettre en œuvre des gestes et des techniques de base ne nécessitant pas de matériel et les secours médicalisés, hautement spécialisés du monde hospitalier, on retrouve les équipes opérationnelles d'intervention de secouristes.

Que ceux-ci appartiennent aux services de secours publics, comme les sapeurs-pompiers, ou aux associations de sécurité civile agréées pour les opérations de secours (missions de type A) ou pour la mise en œuvre de dispositifs prévisionnels de secours (missions de type D), les « équipiers secouristes » constituent les premiers éléments du secours à personnes appelés en intervenir en unité constituée.

Leur intervention se caractérise par la notion d'équipe, et donc la possibilité de coordonner des actions de secours complexes, associée à l'utilisation de matériels nécessitant une connaissance technique préalable.

L'**équipier secouriste** doit donc être capable de s'intégrer au sein d'une équipe de secours, pour prendre en charge, sur les plans technique et humain, une victime d'un accident ou d'une détresse vitale, afin de la mettre dans les meilleures conditions possibles pour une éventuelle prise en charge médicale ultérieure. A ce titre, il doit aussi savoir dialoguer avec les équipes médicales qui seront appelées à prendre le relais et, le cas échéant à s'intégrer à leur action.

La mise en œuvre, sur le terrain, dans des conditions parfois particulièrement difficiles, des compétences contenues dans l'unité d'enseignement « **Premiers secours en équipe de niveau 2** », en est la nécessaire condition.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

TABLE DES MATIÈRES

		Page
Titre 1	CADRE JURIDIQUE	
Chapitre 1	Champ d'application	CII – 1.1 - 1
Chapitre 2	Termes et définitions	CII – 1.2 - 1
Chapitre 3	Fiche unité d'enseignement PSE 2	CII – 1.3 - 1
Titre 2	COMPÉTENCES DE L'ÉQUIPIER SECOURISTE	
Partie 1	L'équipier secouriste	CII – 1 - 1
Partie 2	Hygiène et asepsie	CII – 2 - 1
Partie 3	Les bilans	CII – 3 - 1
Partie 4	Les atteintes liées aux circonstances	CII – 4 - 1
Partie 5	Les affections spécifiques	CII – 5 - 1
Partie 6	Les souffrances psychiques et les comportements inhabituels	CII – 6 - 1
Partie 7	Les pansements et les bandages	CII – 7 - 1
Partie 8	Les immobilisations	CII – 8 - 1
Partie 9	Les relevages	CII – 9 - 1
Partie 10	Les brancardages et le transport	CII – 10 - 1
Partie 11	Les situations avec de multiples victimes	CII – 11 - 1

REMERCIEMENTS

Nota : *Les représentations graphiques du présent référentiel national ont pour objectif d'en rendre la lecture et la compréhension plus aisées. Ces illustrations, photographies, infographies, images, ... ne remplacent pas la rédaction proprement dite, qui constitue exclusivement la réglementation.*

TITRE 1

CADRE JURIDIQUE

CHAPITRE 1

CHAMP D'APPLICATION

Les dispositions du présent référentiel national de compétences de sécurité civile sont prises en application de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, notamment les articles 1 et 3, qui visent à garantir les qualifications des acteurs de la sécurité civile.

Elles sont applicables dans le cadre du dispositif national de formation de la sécurité civile et de l'emploi d'« équipier secouriste », lorsque ce dernier participe aux missions de sécurité civile.

L'unité d'enseignement (UE) « **Premiers secours en équipe de niveau 2 (PSE 2)** » s'inscrit en tant que tel dans la nomenclature nationale de formations des acteurs de la sécurité civile.

Ce référentiel national de compétences de sécurité civile définit les conduites à tenir et les techniques de premiers secours à effectuer, en équipe, ainsi que les différents schémas généraux de l'action de secours à appliquer lors des opérations.

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

Cette unité d'enseignement « PSE 2 » ne peut être dispensée que par les formateurs titulaires de l'unité d'enseignement « **Pédagogie appliquée aux emplois/activités de classe 1 (PAE 1)** ».

Le pré-requis exigé du candidat pour accéder à une action de formation de cette unité d'enseignement est l'UE « Premiers secours en équipe de niveau 1 (PSE 1) », ou son équivalent. Il doit néanmoins être âgé de 16 ans minimum. Dans le cas où il serait mineur, il doit fournir, pour accéder à la formation, une autorisation des parents ou des personnes investies de l'autorité parentale, à l'organisme de formation chargé de dispenser cette unité d'enseignement PSE 2.

L'équipier secouriste, titulaire du PSE 2, doit obligatoirement répondre aux conditions exigées pour l'exercice des missions de sécurité civile, et notamment de premiers secours en équipe.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

CHAPITRE 2

TERMES ET DÉFINITIONS

Pour les besoins du présent référentiel national de compétences de sécurité civile relatif aux premiers secours en équipe de niveau 2, les termes et définitions suivants s'appliquent :

ACT

Attelle Cervico-Thoracique.

Apprenant ou stagiaire

Participant à une action de formation. Personne engagée et active dans un processus d'acquisition ou de perfectionnement des connaissances et de leur mise en œuvre.

Apprentissage

C'est une technique pédagogique qui constitue une des phases d'une séquence pédagogique. Il a pour objet de permettre à une personne d'acquérir ou d'approfondir des connaissances théoriques et pratiques, ou de développer des aptitudes.

Autorité d'emploi

Responsable d'un organisme public œuvrant pour la sécurité civile ou président d'une association agréée de sécurité civile, ou leur représentant.

AES

Accident d'Exposition au Sang.

BSPP

Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris.

BMPM

Bataillon des Marins-Pompiers de Marseille.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Certificat de compétences

Document écrit, délivré par une autorité d'emploi dispensatrice de l'action de formation, sous contrôle de l'Etat, reconnaissant au titulaire un niveau de compétences vérifié par une évaluation.

CODIS

Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (du SDIS).

COM

Collectivités d'Outre-Mer : La Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna et les Terres Australes et Antarctiques Françaises.

Commandant des Opérations de Secours (COS)

Relève du directeur départemental des services d'incendies et de secours ou, en son absence, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, officier, sous-officier ou gradé, dans les conditions fixées par le règlement opérationnel, sous l'autorité du préfet ou du maire agissant dans le cadre de leurs pouvoirs de police respectifs.

CRRA

Centre de Réception et de Régulation des Appels (du SAMU).

CUMP

Les cellules d'urgence médico-psychologique constituent, en France, un dispositif de prise en charge psychologique précoce des blessés psychiques dans les situations d'urgence collective.

DASRI

Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux.

DPS

Dispositifs Prévisionnels de Secours à personnes.

DOM

Départements d'Outre-Mer : la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et la Réunion.

Directeur des Opérations de Secours (DOS)

Dans l'exercice de leurs pouvoirs de police, le maire et le préfet, en tant que directeur des opérations de secours, mettent en œuvre tous les moyens publics ou privés mobilisables pour l'accomplissement des opérations de secours.

DSIS

Directeur du Service Incendie et Sauvetage.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

DSM

Directeur des Secours Médicaux.

Equipier secouriste

Exerce les compétences de secourisme pour lesquelles il a été validé. Il agit en tant que secouriste isolé ou en équipe constituée.

Emploi de sécurité civile

Ensemble théorique représentant une famille de postes de travail, ayant des caractéristiques communes (missions, activités...), occupés par une ou des personnes : salariés, membres associatifs... .

Evaluation de certification

L'évaluation de certification a pour objet, à la suite d'un contrôle continu, de faire le point sur les acquis afin de sanctionner le niveau de qualification, en vue de certifier des compétences et de délivrer à l'intéressé un certificat de compétences. Elle est obligatoirement associée à une évaluation sommative.

Evaluation de la formation

Action d'apprécier, à l'aide de critères définis préalablement, l'atteinte des objectifs pédagogiques et de formation d'une action de formation. Cette évaluation peut être faite à des temps différents, par des acteurs différents : stagiaires, formateurs, autorité d'emploi...

Formateur

Personne exerçant une activité reconnue de formation qui comporte une part de face à face pédagogique et une part de préparation, de recherche et de formations personnelles au service du transfert des savoirs et du savoir-être.

Formation initiale

Ensemble des connaissances acquises en tant que stagiaire, avant de pouvoir exercer une activité ou tenir un emploi, dans le cadre du référentiel national d' « Emplois/Activités de sécurité civile ».

GRIMP

Groupe de Recherche et d'Intervention en Milieu Périlleux.

Participant

Voir apprenant.

LVA

Libération des Voies Aériennes.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

PMA

Poste Médical Avancé.

PSE 2

Premiers Secours en Equipe de niveau 2.

PL

Poids Lourd.

PLS

Position Latérale de Sécurité.

PRM

Point de Regroupement des Moyens.

PRV

Point de Rassemblement des Victimes.

NIT

Note d'Information Technique émanant du ministère chargé de la sécurité civile.

Nomenclature nationale de formation des citoyens acteurs de sécurité civile

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

Objectif général

Enoncé d'intention relativement large. Il décrit la situation qui existera en fin d'action de formation.

Objectif spécifique

Il décrit de façon précise la capacité qu'aura le stagiaire à la fin de la séquence.

ORSEC

Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

Référentiel national de « Compétences » de sécurité civile

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

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Référentiel national « Emplois/Activités » de sécurité civile

Le référentiel national « Emplois/Activités » de sécurité civile est une structuration de synthèse sur l'activité professionnelle attendue et décline les missions, fonctions, emplois et activités en lien avec l'environnement interne et externe de la sécurité civile en France.

Référentiel national de « Missions » de sécurité civile

Le référentiel national de missions de sécurité civile fixe la doctrine opérationnelle, afin de définir les moyens humains et matériels, conduisant à leur modalité d'organisation et à leur mise en œuvre, pour apporter une réponse adaptée à une action de sécurité civile.

RCP

Réanimation Cardio-Pulmonaire.

SAMU

Service d'Aide Médicale Urgente.

SDIS

Service Départemental d'Incendie et de Secours.

Secouriste

Exerce les compétences de secourisme pour lesquelles il a été validé. Il assiste un ou plusieurs équipiers secouristes.

SMV

Situation avec de Multiples Victimes.

SMUR

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

SSA

Service de Santé des Armées.

SSSM

Service de Santé et de Secours Médical (des sapeurs pompiers).

Stagiaire

Voir apprenant.

TS

Tentative de Suicide.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

UMH

Unité Mobile Hospitalière.

VHB

Virus de l'Hépatite B.

VHC

Virus de l'Hépatite C.

VIH

Virus de l'Immunodéficience Humaine.

VL

Véhicule Léger.

VPSP

Véhicule de Premiers Secours à Personnes.

VSAV

Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes.

CHAPITRE 3

FICHE UNITÉ D'ENSEIGNEMENT

Pour les besoins du présent référentiel national de compétences de sécurité civile relatif aux premiers secours en équipe de niveau 2, la fiche d'unité d'enseignement suivante s'applique :

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

UNITÉ D'ENSEIGNEMENT
« ÉQUIPIER SECOURISTE »
PSE 2 : 35 heures environ
hors temps de déplacement

L'ÉQUIPIER SECOURISTE : 1 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">Rôle et responsabilité de l'équipier secouristeÉquipement nécessaire à une mission de secours	0 h 20 0 h 40	CII.1.1 CII.1.2

HYGIÈNE ET ASEPSIE : 2 h 20

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">Principe de transmission et précautionAccidents d'exposition au sangLes différents types de déchetsTechniques de nettoyage et de désinfection	0 h 25 0 h 25 0 h 30 1 h 00	CII.2.1 CII.2.2 CII.2.3 CII.2.4

LES BILANS : 3 h 30

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">Le bilan circonstancielLe bilan d'urgence vitaleLe bilan complémentaireTransmettre le bilan	0 h 35 0 h 45 1 h 10 1 h 00	CII.3.1 CII.3.2 CII.3.3 CII.3.4

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

LES ATTEINTES LIÉES AUX CIRCONSTANCES : 3 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'une morsure ou d'une piqûre	0 h 15	CII.4.1
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'un accident électrique	0 h 15	CII.4.2
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'une intoxication	0 h 15	CII.4.3
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'un effet de souffle (Blast)	0 h 15	CII.4.4
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'une compression prolongée des muscles	0 h 15	CII.4.5
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'une exposition prolongée à la chaleur	0 h 15	CII.4.6
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'un accident dû au froid	0 h 15	CII.4.7
<ul style="list-style-type: none">• Victime d'une pendaison	0 h 15	CII.4.8
<ul style="list-style-type: none">• Cas concrets de synthèse	1 h 00	CII.4.9

LES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES : 2 h 15

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Malade qui présente une crise convulsive	0 h 15	CII.5.1
<ul style="list-style-type: none">• Diabétique qui présente un malaise	0 h 15	CII.5.2
<ul style="list-style-type: none">• Personne qui présente une crise d'asthme	0 h 15	CII.5.3
<ul style="list-style-type: none">• Personne victime d'une réaction allergique	0 h 15	CII.5.4
<ul style="list-style-type: none">• Femme enceinte	0 h 15	CII.5.5
<ul style="list-style-type: none">• Cas concrets de synthèse	1 h 00	CII.5.6

LES SOUFFRANCES PSYCHIQUES ET LES COMPORTEMENTS INHABITUELS : 2 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Souffrances psychiques et comportements inhabituels	0 h 30	CII.6.1
<ul style="list-style-type: none">• Conduites à tenir particulières	1 h 30	CII.6.2

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

LES PANSEMENTS ET LES BANDAGES : 1 h 25

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Les principes généraux	0 h 10	CII.7.1
<ul style="list-style-type: none">• Le pansement prêt à l'emploi	0 h 20	CII.7.2
<ul style="list-style-type: none">• Le pansement à l'aide d'un bandage	0 h 40	CII.7.3
<ul style="list-style-type: none">• Lot « membre arraché ou sectionné »	0 h 15	CII.7.4

LES IMMOBILISATIONS : 5 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Les principes généraux	0 h 15	CII.8.1
<ul style="list-style-type: none">• Immobilisation du rachis cervical	0 h 30	CII.8.2
<ul style="list-style-type: none">• Immobilisation de la colonne vertébrale	3 h 00	CII.8.3
<ul style="list-style-type: none">• Immobilisation de membres	1 h 15	CII.8.4

LES RELEVAGES : 6 h 10

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
<ul style="list-style-type: none">• Les principes généraux de manutention	0 h 20	CII.9.1
<ul style="list-style-type: none">• Les moyens de relevage d'une victime	0 h 15	CII.9.2
<ul style="list-style-type: none">• Installation d'une victime sur un moyen de transport	2 h 20	CII.9.3
<ul style="list-style-type: none">• Installation d'une victime suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale	2 h 10	CII.9.4
<ul style="list-style-type: none">• Relevage d'une victime en position particulière	1 h 05	CII.9.5

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

LES BRANCARDAGES ET LE TRANSPORT : 3 h 20

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
• Les règles de base du brancardage et la surveillance d'une victime	0 h 15	CII.10.1
• Brancardage d'une victime en terrain plat	0 h 45	CII.10.2
• Franchissement d'obstacles	1 h 20	CII.10.3
• Chargement d'une victime dans un véhicule de secours	0 h 30	CII.10.4
• Transport d'une victime sur une chaise	0 h 30	CII.10.5

LES SITUATIONS AVEC DE MULTIPLES VICTIMES : 3 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
• Les causes et les conséquences d'une SMV	0 h 30	CII.11.1
• Rôle de la première équipe	0 h 45	CII.11.2
• Le repérage de multiples victimes	1 h 15	CII.11.3
• Le plan de secours particulier	0 h 30	CII.11.4

SYNTHÈSE : 2 h 00

DESCRIPTIF	VOLUME HORAIRE	REFERENCE
• Cas concrets de synthèse	2 h 00	CII.12.1

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

ÉVALUATION : inclus dans le temps de la formation + 0 h 30

• Evaluation formative :	- Tout au long de la formation
• Evaluation sommative :	- Apprentissage - Cas concrets
• Evaluation de certification : Proclamation des résultats	0 h 10
• Evaluation de la formation	0 h 20

TITRE 2

COMPÉTENCES DE L'ÉQUIPIER SECOURISTE

PARTIE 1

L'ÉQUIPIER SECOURISTE

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable d'indiquer le rôle et les responsabilités d'un équipier secouriste. Plus précisément, il s'agit de :

- Indiquer le rôle et les responsabilités d'un équipier secouriste.
- Indiquer les connaissances et les compétences nécessaires à un équipier secouriste.
- Contrôler l'équipement et le matériel nécessaire à une mission de secours.

2. RÔLE ET RESPONSABILITÉS D'UN ÉQUIPIER SECOURISTE

L'équipier secouriste est une personne formée, entraînée et expérimentée, capable de prendre en charge une ou plusieurs victimes.

L'équipier secouriste agit :

- En binôme, avec du matériel de premiers secours ;
- En équipe constituée, sous la responsabilité d'un chef d'équipe, ou d'un chef d'agrès... au sein d'un poste de secours ou d'une équipe de secours d'urgence.

2.1 L'équipier secouriste agit en binôme, avec du matériel de premiers secours

Pour assurer sa mission, l'équipier secouriste doit :

1 - *Intervenir rapidement et de manière adaptée sur les lieux d'un accident, d'un malaise ou d'une aggravation brutale d'une maladie :*

L'équipier secouriste peut agir, soit comme témoin d'un accident ou d'un malaise, soit comme premier intervenant dans le cadre d'un DPS, par exemple.

L'équipier secouriste est responsable de la prise en charge de la victime, en effectuant les gestes de premiers secours nécessaires et en assurant l'alerte des secours publics ou la demande de renfort auprès de son responsable d'équipe.

2 - *Se protéger, protéger la ou les victimes, les témoins et la zone de l'accident :*

En arrivant sur les lieux, l'équipier secouriste recherche un danger pouvant générer un sur-accident. Il fait rechercher par le secouriste les éléments complémentaires pour assurer la sécurité. Il prend toutes les mesures destinées à protéger la ou les victime(s), les témoins et la zone de l'accident, avec les moyens à sa disposition.

3 - Accéder à la victime

4 - Examiner la victime, rechercher et agir face à une détresse ou l'atteinte d'une fonction vitale, une maladie ou un accident

5 - Réaliser ou faire réaliser correctement les gestes de secours nécessaires :

L'équipier secouriste met en œuvre ou demande de mettre en œuvre par son secouriste les gestes de secours rendus nécessaires par l'état de la victime.

6 - Alerter les secours appropriés

L'équipier secouriste utilise les moyens mis à sa disposition pour alerter les secours appropriés, que ce soit les secours publics dans le cadre d'un DPS, par exemple, ou alors la structure dont il dépend dans le cadre d'un binôme constitué de premiers secours.

7 - Chercher et utiliser l'aide de témoins si nécessaire

L'équipier secouriste peut rechercher l'aide de témoins, si nécessaire, particulièrement l'aide de titulaires d'une formation de base de premiers secours (notamment de l'unité d'enseignement « Prévention et secours civiques de niveau 1 »).

8 - Transmettre le bilan de l'action réalisée et aider l'équipe de secours qui arrive en renfort

Si une équipe de secours ou une équipe médicale intervient, l'équipier secouriste transmet le bilan de la situation : ce qu'il a constaté, les gestes entrepris et l'évolution de la victime. Il prêterait aussi son concours à l'équipe intervenante si le chef de cette dernière en fait la demande.

9 - Réaliser le rapport d'intervention et rendre compte à son autorité

L'équipier secouriste notifie toutes les observations concernant sa mission, le bilan de la victime et les gestes réalisés. Ce rapport est établi, le plus souvent, à la demande de l'organisme ou de l'association d'appartenance de l'équipier, sur un document interne, propre à sa structure d'origine. Les commentaires doivent être simples, clairs, concis et relater les faits. Il constitue aussi une partie du dossier médical du malade. De même, en fin de mission, l'équipier secouriste rend compte à son autorité d'emploi.

2.2 L'équipier secouriste agit au sein d'une équipe de secours constituée :

Pour assurer sa mission l'équipier secouriste a plusieurs tâches et responsabilités :

1 - Intervenir rapidement et de manière adaptée sur les lieux d'un accident, d'un malaise ou d'une aggravation brutale d'une maladie

Que ce soit :

- A partir d'un poste de secours fixe organisé pour assurer préventivement la sécurité au cours de manifestations diverses ;
- Au sein d'une équipe de secours d'urgence.

2 - Se protéger, protéger la ou les victimes, les témoins et la zone de l'accident

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

3 - Respecter et appliquer les consignes données par son responsable d'équipe :

L'action de l'équipier secouriste est ici définie par son chef qui peut lui demander :

- D'accéder à la victime ;
- De réaliser le bilan ;
- De pratiquer les gestes de secours nécessaires, seul ou à plusieurs, en mettant en œuvre, éventuellement, du matériel de secours.

4 - Rendre compte :

L'équipier secouriste doit systématiquement, après toute tâche réalisée à la demande de son chef, rendre compte de l'action entreprise.

**L'équipier secouriste n'est ni médecin, ni infirmier
et son action doit se limiter à la mise en pratique des gestes de secours enseignés**

2.3 Maintenir ses acquis

L'équipier secouriste a pour devoir de maintenir ses connaissances et ses compétences à jour, en participant régulièrement aux séances de formation continue. La formation continue lui permet ainsi de réaliser un retour d'expérience et d'améliorer ses missions futures, de mieux coordonner son action avec un ou plusieurs équipiers, d'apprendre à utiliser les nouveaux matériels et de prendre connaissance des nouvelles techniques et procédures.

Il en va de la responsabilité de l'équipier secouriste. Dans le même esprit, à partir du moment où un acteur de la sécurité civile obtient le diplôme PSE 2, il lui appartient, en sus des formations continues qui lui sont obligatoires, de maintenir son niveau de compétences en continuant une auto formation (lecture régulière du référentiel national de compétences...), tout en mettant en pratique ses savoirs sur le théâtre des opérations, pour obtenir une certaine expérience. En effet, la formation initiale reçue doit être entretenue et exercée.

3. COMPÉTENCES NÉCESSAIRES À UN ÉQUIPIER SECOURISTE

3.1 Objectif de la formation

A la fin de la formation, le stagiaire doit être capable de prévenir les risques, d'assurer sa propre sécurité et celle des autres, et de mettre en œuvre une conduite à tenir appropriée face à une situation d'accident et/ou à une détresse physique, avec du matériel de premiers secours, au sein d'une équipe appelée à participer aux secours organisés, sous le contrôle des autorités publiques.

3.2 Compétences d'équipier secouriste

Les différentes compétences que doit acquérir une personne pour obtenir la qualification d'équipier secouriste sont identifiées dans la fiche emploi du référentiel national d' « Emplois – Activités de sécurité civile ».

Le participant à la formation d'équipier secouriste doit acquérir les connaissances nécessaires pour :

- Mettre en œuvre les mesures élémentaires pour respecter les règles d'hygiène et d'asepsie nécessaires ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Examiner une victime et effectuer le bilan des lésions afin de décider des gestes de secours à réaliser et rendre compte ;
- Reconnaître une atteinte particulière et adapter la conduite à tenir s'il y a lieu ;
- Reconnaître une affection spécifique et adapter la conduite à tenir s'il y a lieu ;
- Reconnaître une affection comportementale et adopter une conduite adaptée envers la victime, son entourage et les autres intervenants ;
- Réaliser le pansement et le bandage d'une blessure ou d'une brûlure ;
- Immobiliser tout ou partie du corps lors d'une atteinte traumatique des os ou des articulations ;
- Diriger et participer au relevage d'une victime et à son installation sur un dispositif de transport ;
- Diriger et participer au brancardage d'une victime et à son transport ;
- Réagir correctement devant une situation avec nombreuses victimes au sein d'une équipe incorporée dans un plan de secours lors d'un accident catastrophique à effet limité.

4. CONTRÔLER L'ÉQUIPEMENT ET LE MATÉRIEL NÉCESSAIRES À UNE MISSION DE SECOURS

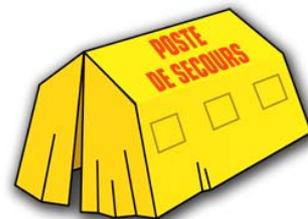
L'équipier secouriste doit savoir assurer l'inventaire du matériel nécessaire à une opération de premiers secours à personnes. Le matériel mis à sa disposition doit être simple à utiliser et sa mise en œuvre doit permettre la stabilisation ou l'amélioration de l'état d'une victime présentant une détresse vitale.

La liste du matériel de premiers secours mis à la disposition de l'équipier secouriste est arrêtée par son autorité d'emploi, en fonction de la réglementation en vigueur relative aux missions de secours à réaliser, ou, en son absence, par rapport à des besoins locaux.

A sa prise de fonction, l'équipier secouriste doit vérifier le matériel mis à sa disposition dans le cadre de ses missions. S'il décèle une quelconque anomalie (matériel usagé, périmé, détérioré...) il en rendra compte immédiatement à son responsable.

4.1 Le poste de secours

L'équipier secouriste peut participer à des opérations de secours à l'aide d'un poste de secours. Dans ce cas, le matériel composant le poste de secours est défini dans les différents textes réglementaires (exemple : Référentiel national de missions de sécurité civile relatif aux dispositifs prévisionnels de secours à personnes.)



4.2 Le véhicule de secours à personnes

Le matériel de secours qui équipe le véhicule de secours à personnes doit être adapté à la mission de premiers secours et à l'organisme d'appartenance.

La liste du matériel affecté au véhicule de secours à personnes doit permettre la prise en charge d'une victime à l'intérieur de ce véhicule aussi bien que dans un poste de secours fixe.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Cette liste est définie par l'autorité d'emploi en s'appuyant, pour les véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) (fig. 1.1) utilisée par les sapeurs-pompiers et pour les véhicules de premiers secours à personnes (VPSP) (fig. 1.2), sur les Notes d'Information Technique (NIT) correspondantes du ministère chargé de la sécurité civile.



Figure 1.1 : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (VSAV)



Figure 1.2 : Véhicule de premiers secours à personnes (VPSP)

PARTIE 2

L'HYGIÈNE ET L'ASEPSIE

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable d'appliquer les règles d'hygiène et d'asepsie. Plus précisément, il s'agit de :

- Indiquer les principes de transmission des maladies infectieuses.
- Prendre des précautions pour limiter la transmission des infections.
- Identifier un accident d'exposition au sang et appliquer la procédure de soins immédiats.
- Identifier les différents types de déchets produits en intervention et les matériels nécessaires à leur élimination.
- Indiquer les règles générales d'utilisation des détergents et des désinfectants.
- Réaliser les techniques suivantes :
 - Éliminer les déchets produits en intervention en toute sécurité ;
 - Nettoyer et désinfecter un véhicule de premiers secours ou un local ;
 - Nettoyer et désinfecter le matériel de secours réutilisable.

2. LES PRINCIPES DE TRANSMISSION DES MALADIES INFECTIEUSES

Une infection est la conséquence de la pénétration dans l'organisme d'un agent (bactérie, virus, champignon, parasite) capable de s'y multiplier. L'infection peut s'accompagner de signes cliniques ou non.

Ces agents sont présents, soit dans l'environnement (air, instruments, aliments, mains...), soit chez une autre personne (victime, secouriste, tiers). Ils se transmettent de différentes façons.

2.1 Par contact

C'est la voie la plus importante de transmission des microorganismes. Le réservoir principal des microorganismes est l'être humain. Donc, tout contact avec une victime potentiellement infectée ou contaminée (peau, sang, liquides biologiques, matériels, surfaces souillées ...) est à risque. Dans la plupart des cas, les mains sont le vecteur : on parle de transmission manuportée. La transmission peut se faire par contact avec du matériel souillé utilisé par le secouriste, les déchets d'activité de soins manipulés sans gants...

2.2 Par les gouttelettes de « Pflugge »

Ce sont de fines gouttes d'eau émises en respirant, en parlant ou en toussant, qui contiennent les micro-organismes présents dans les voies aériennes et digestives supérieures. Comme elles sont lourdes, elles ne restent pas longtemps en suspension dans l'air et sont contaminantes sur une courte distance (inférieure à 1 mètre). Elles sont le vecteur de transmission de nombreuses infections virales et bactériennes : grippe, angine, méningite ...

2.3 Par l'air

Les supports de cette contamination sont de très fines particules provenant de gouttelettes déshydratées ou de poussières d'origine cutanée, textile ou végétale. Même en absence de la source, l'air reste contaminant et les particules demeurent longtemps en suspension dans l'air. L'air est le vecteur de transmission de maladies : tuberculose, varicelle... .

2.4 Par les véhicules communs

Comme l'eau (contaminée par des déjections humaines), la nourriture (toxi-infection alimentaire), certains médicaments (hormones de croissance contaminée, sang contaminé...), matériel médical mal désinfecté (endoscopes...).

2.5 Par les vecteurs

Comme les mouches, moustiques (paludisme), rats, poux, puces... Ce mode de transmission est variable selon les pays.

3. PRÉCAUTIONS POUR LIMITER LA TRANSMISSION DES INFECTIONS

L'équipe de secouristes ignore souvent l'affection que présente la victime qu'elle prend en charge. Pour limiter le risque de transmission d'infections entre la victime et le secouriste, il faut prendre systématiquement des précautions dites « standards ». Dans certaines situations, il faudra prendre des précautions « particulières ».

3.1 Les précautions standards

Ces précautions doivent être appliquées par tous les secouristes pour toute prise en charge de victime. Le principe est de considérer tout patient comme porteur potentiel d'agents infectieux connus ou inconnus.

Elles ont deux objectifs : la protection du personnel et la protection de la victime.

Ces précautions standards concernent :

- **L'hygiène corporelle** qui respecte les principes d'hygiène individuelle élémentaire (douche quotidienne, ongles très courts, hygiène des mains...);
- Le **lavage des mains** ou « traitement hygiénique » des mains par friction entre chaque changement de gants, entre deux victimes, entre deux activités en général, (voir RNC PSE 1);
- Le **port de gants** d'examen non stériles, à usage unique (non poudrés afin d'éviter une réaction allergique en cas de lavage des mains avec une solution ou un gel hydro-alcoolique);
- Le port d'une **tenue adaptée, confortable et lavable**. Elle doit être changée au moins quotidiennement et systématiquement en cas de souillure par du sang ou des liquides biologiques; elle sera lavée séparément;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- **Le port de masque à usage unique** associé à des **lunettes ou visière de protection**, lors d'aspirations par exemple, est destiné à protéger l'équipier secouriste contre la projection de gouttelettes de salive ou de sécrétions respiratoires ;
- Le respect des procédures de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et du matériel souillé par des liquides biologiques ;
- Le respect des **procédures en cas d'accident d'exposition au sang (AES)** ;
- Le recouvrement de toute plaie par un pansement ;
- L'utilisation sur le brancard de draps à usage unique ou lavés après chaque transport ;
- Le nettoyage ou le remplacement de la couverture après chaque transport ;
- L'entretien des surfaces souillées (voir fiche technique).

3.2 Les précautions particulières

Les précautions particulières sont complémentaires aux précautions standards. Elles consistent à la mise en œuvre de mesures barrières basées sur les voies de transmission spécifiques des micro-organismes pathogènes transportés ou émis par la victime.

Elles doivent être appliquées pour réduire la transmission de microorganismes pathogènes (comme les bactéries multi-résistantes), de maladies transmissibles (comme la tuberculose) ou particulières liées au bio terrorisme (variolo, charbon, etc.).

Ces précautions seront appliquées sur **consignes des autorités sanitaires** :

- **Le port de gants à usage unique** non stériles dès l'entrée dans la pièce ou le véhicule dans lequel se situe la victime ;
- **Le lavage des mains** avec un savon désinfectant ou la désinfection des mains par friction avec un produit hydro-alcoolique avant de sortir de la pièce ou du véhicule dans lequel se situe la victime. Il ne faut plus toucher l'environnement de la victime après avoir ôté les gants et s'être lavé les mains ;
- Le port, par le secouriste, **d'un masque de protection classé FFP2**. Il doit être bien ajusté sur le visage et son usage est limité dans le temps (2 à 3 heures, variable selon le fournisseur). Il faut éviter toute manipulation du masque pendant la durée du port, sinon les mains pourraient être contaminées. Lorsque le masque a été ôté, il doit être éliminé dans les DASRI. Lors du déshabillage, le masque sera ôté en dernier et il sera suivi obligatoirement d'un lavage et d'une désinfection des mains ;
- Le masque doit être porté avant d'entrer dans la pièce où se situe la victime ;
- Le port par la victime **d'un masque de type chirurgical ou de protection respiratoire** (sans soupape d'expiration) évite ou limite la dissémination des particules infectieuses ;
- **La limitation des déplacements de la victime** ;
- **Le nettoyage et la désinfection du véhicule après le transport** ;
- **Le transport individuel de la victime** (pas de transport collectif) ou la prise en charge de la victime dans une pièce isolée ;
- L'enveloppement de la victime dans un drap à usage unique ;
- **Le port d'une surblouse** et d'une **protection des cheveux** (charlotte) en cas de contact avec la victime ou avec des surfaces ou matériels pouvant être contaminés ;
- L'utilisation maximale de **matériels à usage unique**.

4. ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG ET PROCÉDURE DE SOINS IMMÉDIATS

On définit un AES comme toute exposition percutanée (par piqûre ou coupure) ou tout contact sur une peau lésée ou des muqueuses (bouche, yeux) avec du sang ou un liquide biologique souillé par du sang.

Le sang et les liquides biologiques peuvent véhiculer des agents infectieux divers comme les bactéries, les champignons, les parasites, les virus. Pour la plupart, on dispose de médicaments anti-infectieux efficaces. En revanche, pour les virus concernés dans l'AES (VIH, VHB, VHC), il n'y a peu de traitement curatif. Par ailleurs, en dehors de toute maladie, le sang est normalement stérile.

Les risques sont plus importants pour une exposition percutanée avec effraction cutanée par un objet piquant, tranchant ou coupant que par un simple contact avec la peau ou les muqueuses. Attention, il ne faut pas négliger une projection de sang dans les yeux.

4.1 Les liquides biologiques

On définit par liquides biologiques, tous les éléments liquides issus du corps humain comme le sang, la salive, les urines, les vomissures, le liquide amniotique, le liquide céphalo-rachidien...

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

En ce qui concerne le sperme et les sécrétions vaginales, le risque de transmission est possible pour les trois virus.

Les risques avec la salive sont faibles. Cependant, dès que la salive contient du sang (gencives fragiles, traumatisme facial...) on revient aux liquides biologiques à risque prouvé.

4.2 Prévenir un AES

4.2.1 Avant l'intervention :

La prévention commence bien en amont de l'accident par la vaccination contre l'hépatite B. Il faut également disposer d'équipements de protection qui doivent être portés par les secouristes, comme les gants, les lunettes de protection, ainsi que du matériel de sécurité.

Tout le personnel doit avoir reçu une formation spécifique relative à la prévention des accidents exposant au sang.

4.2.2 Pendant l'intervention :

Les précautions standard doivent être appliquées pour tous, dès la prise en charge de toute victime.

Les équipiers secouristes doivent impérativement porter tous les équipements de sécurité adaptés au type d'intervention (en désincarcération, ne pas oublier de baisser la visière ; en intervention, travailler avec les manches longues ; mettre des gants à usage unique, voire un double « gantage », en cas d'hémorragie externe...).

Il faut être vigilant en présence d'objets coupants ou piquants sur les lieux d'intervention.

Respecter les procédures dans la manipulation des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

4.2.3 Après l'intervention :

Après toute intervention, la peau, la tenue, le matériel ainsi que l'ambulance peuvent avoir été contaminés par du sang ou un liquide biologique susceptible d'en contenir et doivent faire l'objet de mesures adaptées.

4.3 Reconnaître un AES

L'AES est présent lorsque :

- Une coupure ou une piqûre s'est produite avec un objet ayant été en contact avec un liquide biologique contaminé par du sang (vomissements, sécrétions oropharyngées...).
- Du sang ou un liquide biologique contenant du sang est projeté sur une muqueuse, en particulier les yeux et la bouche, ou sur une peau lésée (lésions non cicatrisées, maladies de la peau...).

4.4 Réaliser les soins immédiats

La conduite à tenir après un AES doit être connue de toute personne potentiellement exposée :

1 - Si possible interrompre les gestes de secours en cours

2 - Procéder à des soins locaux immédiats :

- Ne pas faire saigner ;
- Nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis réaliser l'antisepsie avec un dérivé chloré stable ou fraîchement préparé (soluté de Dakin ou éventuellement de l'eau de Javel à 9° chlorométrique diluée au 1/5^{ème}). A défaut, l'antisepsie sera effectuée avec tout antiseptique à large spectre disponible (produits iodés) en assurant un temps de contact d'au moins 5 minutes. Ne pas utiliser les produits pour traitement hygiénique des mains par friction.
- En cas de projection sur les muqueuses, en particulier au niveau de la conjonctive, rincer abondamment, de préférence avec un soluté isotonique (sérum physiologique) ou sinon à l'eau au moins 5 minutes.
- Rendre compte immédiatement à son responsable d'équipe ou son autorité d'emploi afin de poursuivre la procédure de soins et réaliser les formalités administratives obligatoires.

5. LES DIFFÉRENTS TYPES DE DÉCHETS PRODUITS EN INTERVENTION ET LES MATÉRIELS NÉCESSAIRES À LEUR ÉLIMINATION

Au cours d'une intervention de secours à personnes, certains gestes techniques produisent des déchets particuliers qui présentent un risque pour le secouriste et son environnement. Ces déchets sont appelés déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et nécessitent une prise en charge particulière au niveau du stockage, de la manipulation et de l'élimination.

Les DASRI contiennent des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'ils causent une maladie chez l'Homme ou chez d'autres organismes vivants.

Sont aussi considérés comme DASRI :

- Les matériels piquants ou coupants destinés à l'abandon, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Les équipements de protection individuelle non réutilisables portés par les secouristes ou les victimes.

5.1 Les différents types de déchets produits en intervention

Pour l'équipier secouriste, trois types de déchets doivent être identifiés, chacun devant être déposé dans des sacs spécifiques, ayant une filière d'élimination appropriée (incinération pour les DASRI, décharge municipale pour les déchets ménagers). Le tri est une opération importante.

5.1.1 Déchets d'activités de soins non contaminés assimilables aux ordures ménagères

Ce sont des déchets qui ne présentent, ni risque infectieux, ni risque chimique, toxique ou radiologique. Ils sont essentiellement constitués d'emballages, cartons et autres conditionnements de produits, papiers, essuie-mains, gants à usage unique utilisés pour l'entretien du véhicule.

On les appelle « déchets assimilables à des ordures ménagères ».

5.1.2 Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux sont :

- Les dispositifs médicaux ou matériaux piquants, coupants, tranchants, dès leur utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ;
- Les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique, les tubes de prélèvements sanguins, les dispositifs de drainage ;
- Tout dispositif de soins et tout objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique, en particulier les sondes d'aspiration ;
- Les draps à usage unique pour brancard ;
- Tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins, même non souillé (seringue, tubulure, sonde, canule, drain...).

Le tri des DASRI se fait en fonction des propriétés physiques du déchet. On distingue donc les déchets mous, des objets piquants, tranchants ou coupants, encore appelés objet perforants.

Remarque : Si les déchets d'activités de soins sont mélangés dans un contenant à des déchets non dangereux, l'ensemble est considéré comme infectieux et éliminé en tant que DASRI.

5.1.3 Autres déchets d'activités de soins à risques mais non infectieux

Ces déchets sont issus des activités de soins et présentent des risques de type chimique et/ou toxique (médicaments par exemple) ou radiologique. Ce sont aussi les batteries et piles et les boîtes ou plaquettes contenant des médicaments qui ne peuvent être éliminés par la voie d'élimination des ordures ménagères. Ces déchets font l'objet de collectes particulières.

5.2 Les matériels nécessaires et réglementaires pour la collecte des déchets

Dès la production des déchets, les équipiers secouristes doivent procéder à un tri rigoureux afin de respecter les filières d'élimination spécifique et diminuer le risque d'exposition d'un tiers à des agents potentiellement pathogènes.

L'équipier secouriste doit disposer des conditionnements réglementaires et adaptés aux types de déchets produits :

5.2.1 Déchets d'activités de soins non contaminés assimilables aux ordures ménagères

Dans le véhicule ou le local de soins, ils doivent être stockés dans des sacs en matière plastique d'un modèle réservé aux déchets domestiques, comme, par exemple, les sacs destinés au tri sélectif des ordures ménagères, ou dans un autre sac d'une couleur différente de celle des emballages pour déchets mous de DASRI.

Une fois ces sacs pleins, ils doivent être fermés et stockés dans un conteneur spécifique, puis évacués selon la filière des ordures ménagères.

5.2.2 Déchets d'activités de soins à risques infectieux

a) Objets perforants

Les déchets perforants à usage unique doivent être placés systématiquement et immédiatement après utilisation dans des emballages spécifiques.

Ces **boîtes et mini collecteurs pour les déchets perforants** (norme NF X 30-500, décembre 1999) :

- Sont de couleur dominante jaune et résistantes aux perforations (fig. 2.1 a) ;
- Sont remplis au maximum à 80 % de leur capacité réelle ;
- Portent les indications réglementaires et normalisées.



Fig. 2.1.a

b) Déchets solides et mous

Les **sacs pour DASRI solides et mous** (norme NF X 30-501, février 2001) sont des sacs en plastique ou des sacs en papier doublés intérieurement de matière plastique, étanches, de couleur extérieure uniformément jaune et d'un volume maximum de 110 litres (fig. 2.1 b).

La limite de remplissage est indiquée sur le sac de façon à permettre une fermeture correcte et une préhension par sa partie supérieure.

Les emballages portent les indications suivantes :

- Un repère horizontal indiquant la limite de remplissage ;
- Le symbole « danger biologique » ;
- Un pictogramme précisant qu'il est interdit de collecter les déchets perforants non-pré conditionnés ;
- Le nom du producteur des déchets.



Fig. 2.1.b

c) Pour le conditionnement des emballages précédents :

Des **caisses pour les DASRI et assimilés solides** (norme NF EN 12740, octobre 1999) sont disponibles pour regrouper les sacs pour DASRI solides et mous ainsi que les boîtes et mini collecteurs. Elles seront collectées par une société agréée et portent les indications réglementaires (fig. 2.2).



Figure 2.2 : Caisse pour les DSARI (norme NF EN 12740, octobre 1999)

a- ouverte prête à l'utilisation

b- fermée prête à être collectée

6. RÈGLES GÉNÉRALES D'UTILISATION DES DÉTERGENTS ET DES DÉSINFECTANTS

Il existe deux niveaux de risques infectieux en fonction de la nature du tissu humain avec lequel ce matériel entre en contact, lors de son utilisation :

- Niveau de risque moyen : pour les matériels en contact avec une muqueuse ou une peau lésée superficiellement : composants de l'insufflateur manuel (ballons, masques, valves...), thermomètre, bocal à aspiration...
- Niveau de risque faible : pour le matériel qui entre en contact avec la peau intacte du patient ou sans contact direct avec le patient : stéthoscope, tensiomètre, brancard, matelas coquille, autres types de surfaces...

6.1 Définitions

Le nettoyage et la désinfection des matériels utilisent des détergents et des désinfectants.

Un **détergent** est un produit dont la composition est spécialement étudiée pour le nettoyage selon un processus qui permet aux salissures de se détacher de leur substrat et d'être mises en solution ou en dispersion.

Un **désinfectant** est un produit ou un procédé utilisé pour éliminer ou tuer les micro-organismes et/ou inactiver les virus indésirables portés par les milieux inertes contaminés, en fonction des objectifs fixés.

La **désinfection** a pour but d'éliminer de façon dirigée les germes de manière à empêcher la transmission de micro-organismes potentiellement pathogènes.

Les produits détergents et désinfectants à usage sur les matériaux ne doivent pas être utilisés sur la peau.

Le nettoyage-désinfection peut être effectué de deux manières en fonction du degré de risque :

- Soit en un temps en employant un produit détergent-désinfectant ;
- Soit en trois temps, en utilisant successivement un détergent, un rinçage puis un désinfectant.

Les solutions détergentes-désinfectantes doivent posséder des propriétés bactéricides, fongicides et virucides conformes aux normes AFNOR et Européennes d'efficacité antimicrobienne.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Par commodité, il est plus aisé d'utiliser un seul produit qui convient aux surfaces, mobiliers et matériels médico-secouristes. C'est pourquoi, il est recommandé d'utiliser un produit combiné qui présente la double propriété d'être un détergent et un désinfectant. Il peut être utilisé pour le sol et les matériels. Ce produit doit être compatible avec les matériels utilisés.

6.2 Principes généraux

Le principe de l'entretien des véhicules sanitaires et du matériel de secourisme se décompose en trois modes d'actions :

- Dépoussiérage par essuyage humide qui limite la mise en suspension de poussières ;
- DéterSION à l'aide d'un détergent qui élimine les salissures ;
- Désinfection par contact qui détruit la population microbienne résiduelle.

Ces étapes peuvent être réduites en fonction du type de produit d'entretien utilisé.

Quelques principes généraux doivent être respectés pour toutes surfaces, locaux et véhicules :

- Se protéger en portant des équipements de protection individuelle ;
- Nettoyer du propre vers le sale ;
- Nettoyer du haut vers le bas, du fond du véhicule vers l'extérieur ;
- Travailler en commençant par les locaux les moins contaminés ;
- Ne pas mélanger les produits désinfectants entre eux ;
- Respecter les dilutions, les dosages et les temps de contact prescrits ;
- Utiliser du matériel propre et en bon état, réservé à cet usage ;
- Travailler sans salir (éclaboussures, traces...).

Les déchets présentant des risques infectieux doivent être collectés et éliminés selon la procédure de gestion des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Le nettoyage et la désinfection du matériel doivent distinguer le matériel immergeable du matériel non immergeable.

NB : Les éponges sont interdites car elles constituent des réservoirs de micro-organismes potentiellement pathogènes.

TECHNIQUE 2.1 – ÉLIMINATION DES DÉCHETS À RISQUE INFECTIEUX PRODUITS EN INTERVENTION

1. Justification

Cette action d'élimination permet d'éviter la contamination, la transmission de maladie et la fréquence des AES.

2. Indications

Après la prise en charge de chaque victime, l'équipier secouriste doit veiller à l'élimination correcte et réglementaire des DASRI.

3. Matériel

Lors de la manipulation, l'équipier secouriste doit avoir à sa disposition les emballages adaptés à tous les types de déchets qu'il produit et les équipements de protection individuelle nécessaires.

Les emballages des DASRI sont décrits précédemment. Ils sont à usage unique, doivent pouvoir être fermés temporairement en cours d'utilisation et doivent être fermés définitivement avant leur enlèvement.

Il doit mettre immédiatement les déchets dans les emballages disposés à portée de main, mettre immédiatement l'aiguille usagée dans le collecteur à objets perforants.

4. Réalisation

4.1 Élimination 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 ;
- A l'issue, retirer les gants ;
- Effectuer un lavage ou un traitement hygiénique des mains par friction.

4.2 Élimination 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 ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 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 ;
- A l'issue, retirer les gants ;
- Effectuer un lavage ou un traitement hygiénique des mains par friction.

4.3 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.

5. Risques

La manipulation des déchets à risque infectieux, au cours des différentes phases de leur élimination, peut entraîner une contamination de l'équipier secouriste, s'il ne respecte pas les procédures décrites ci-dessus.

6. Evaluation

En aucun cas, au cours de son activité ou au cours de l'élimination des DASRI, l'équipier secouriste ne doit se contaminer.

7. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Porter les équipements de protection adaptés.
- Respecter les procédures d'élimination des déchets à risques infectieux.
- Utiliser correctement les matériels dédiés à l'élimination des déchets à risque infectieux.

TECHNIQUE 2.2 – NETTOYAGE ET DÉSINFECTION D'UN VÉHICULE OU D'UN LOCAL

1. Justification

La diversité des victimes véhiculées multiplie les risques de transmission de micro-organismes pathogènes. Certains d'entre eux sont résistants dans l'environnement extérieur et peuvent se transmettre aux intervenants secouristes et à d'autres victimes fragilisées du fait de leur pathologie et, par conséquent, plus susceptibles de développer une infection.

L'entretien doit permettre d'assurer :

- La propreté visuelle.
- La propreté micro biologique.

Les objectifs sont donc d'éviter une contamination et une transmission d'infection, non seulement à la victime transportée, mais aussi au personnel secouriste et à son entourage. En effet, le véhicule peut être vecteur de la dissémination d'agents pathogènes.

2. Indications

Cette procédure est applicable pour les véhicules sanitaires ou un local destiné à être utilisé comme poste de secours.

Les opérations de nettoyage - désinfection doivent être réalisées :

- Entre chaque victime prise en charge dans le véhicule ou à l'issue de chaque transport : **protocole simplifié** ;
- Quotidiennement avant la prise de service d'une nouvelle équipe ou avant le début d'une mission : **protocole quotidien** ;
- A l'issue d'un transport d'une victime à risque infectieux particulier ou de manière périodique à une fréquence hebdomadaire ou recommandée par l'autorité d'emploi : **protocole de désinfection approfondie**.

3. Matériel

Afin de réaliser le nettoyage et la désinfection d'un véhicule ou d'un local, le matériel suivant est 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 ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 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.

4. Réalisation

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.

Les **protocoles quotidien et approfondi** doivent 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 (fig. 2.3).

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.

4.1 Règle générale

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.

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.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

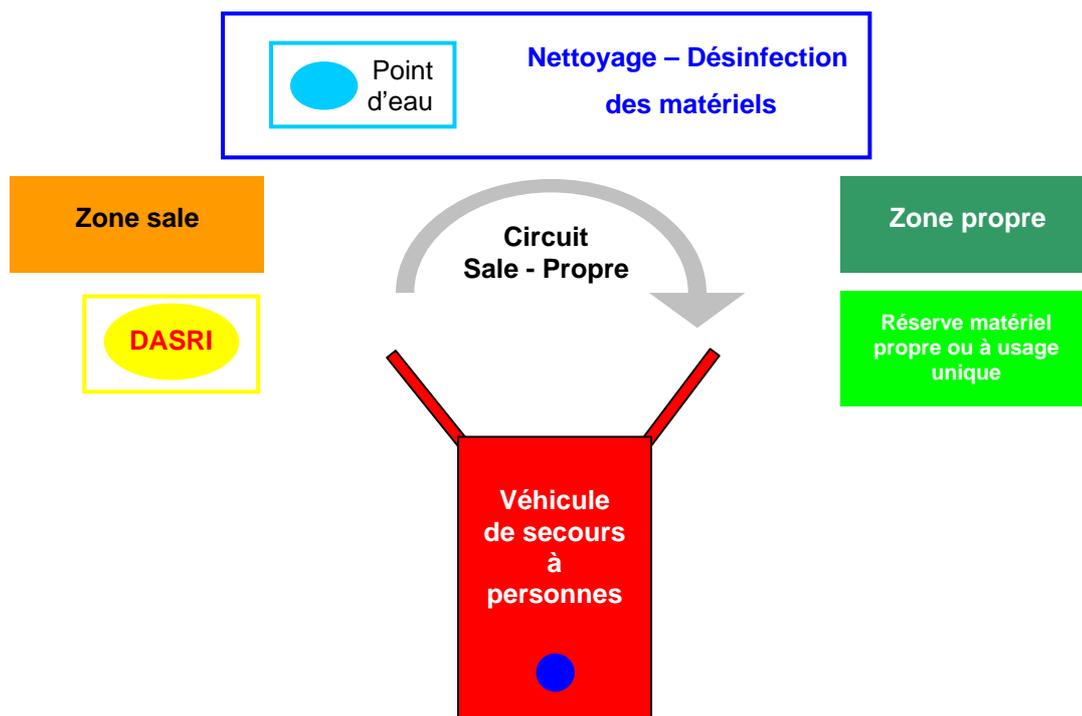


Figure 2.3 : Organisation d'un endroit adapté aux protocoles quotidien et approfondi

4.2 Protocole simplifié

a) Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire

1. 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 ;
2. Etaler 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 ;
3. Jeter la lavette dans le sac à déchets mous prévu pour les déchets d'activités de soins à risque infectieux.

4.3 Protocole quotidien

Protocole à réaliser seulement après le protocole précédent

a) Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire

1. Réaliser les étapes 1 à 3 du protocole simplifié.
2. Dépoussiérer le sol à l'aide d'un aspirateur (laisser le corps de celui-ci à l'extérieur du véhicule).
3. 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).
4. Remplir un seau d'une autre couleur (seau n°2 ou seau de rinçage - bleu) avec de l'eau propre du réseau.
5. Tremper la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
6. 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 ».
7. 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.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

8. Dès que l'eau du seau n°2 devient suffisamment trouble, la vider et remplir le seau n°2 d'eau claire.
9. Recommencer ces étapes autant de fois que le sol de la cellule sanitaire n'est pas propre visuellement.
10. Laisser sécher le sol avant de pénétrer dans la cellule sanitaire.
11. 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.

b) Nettoyage et désinfection de la cabine de conduite

1. A l'aide d'un aspirateur, aspirer méthodiquement les sièges, puis le sol, en maintenant le corps de l'aspirateur à l'extérieur du véhicule.
2. A 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.
3. Etaler 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.
4. Réaliser les étapes 3 à 11 du protocole précédent.

4.4 Protocole approfondi

a) Nettoyage et désinfection de la cellule sanitaire

- 1- Sortir de la cellule sanitaire l'ensemble des matériels stockés à l'intérieur.
- 2- Déposer ces matériels sur un plan de travail réservé pour accueillir le matériel non désinfecté.
- 3- Dépoussiérer le sol à l'aide d'un aspirateur (laisser le corps de celui-ci à l'extérieur du véhicule).
- 4- Réaliser les étapes 3 à 5 du protocole quotidien.
- 5- Nettoyer les surfaces de la cellule sanitaire en commençant par le plafond et en descendant progressivement sur les parois. Chaque fois que cela est nécessaire, rincer la lavette dans le seau n°2, essorer et tremper à nouveau dans le seau n°1. Ne pas oublier les tiroirs et l'intérieur des placards. Bien insister sur le support de brancard.
- 6- Tremper la frange dans le seau n°1 et la fixer à l'extrémité du balai.
- 7- 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 » comme les étapes 6 à 11 du protocole quotidien.
- 8- A l'extérieur du véhicule, nettoyer l'ensemble du matériel de la cellule, selon la procédure de nettoyage-désinfection du matériel de secourisme (technique 2.3).
- 9- Réintégrer l'ensemble du matériel nettoyé et désinfecté à l'intérieur de la cellule en ayant vérifié leur état de fonctionnement.

b) Nettoyage et désinfection de la cabine de conduite

Il est identique au nettoyage et désinfection quotidien.

5. Risques

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

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

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...).

6. Evaluation - Traçabilité

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.

7. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Porter les équipements de protection adaptés.
- Respecter les procédures de nettoyage et de désinfection adaptées à la situation.
- Utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés.

TECHNIQUE 2.3 – NETTOYAGE ET DÉSINFECTION DU MATÉRIEL DE SECOURS

1. Justification

Des infections peuvent être transmises à la victime ou à l'intervenant secouriste par le biais de matériel non désinfecté à l'issue de son utilisation. Le nettoyage suivi de la désinfection permet d'assurer la propreté microbiologique du dispositif médico-secouriste.

2. Indications

Cette procédure est applicable pour les matériels de secours réutilisables.

Cette opération doit être réalisée systématiquement après la prise en charge d'une victime si le matériel a été mis en œuvre, ou de manière périodique (en général hebdomadaire), lors du protocole de désinfection approfondi du véhicule sanitaire.

3. Matériel

En plus du matériel listé dans la fiche technique 2.2, sont recommandés :

- Un bac pour l'immersion du matériel de secourisme ;
- Deux plans de travail, l'un destiné au matériel sale, l'autre au matériel propre.

4. Réalisation

4.1 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 :

1. Se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique si cela est faisable ;
2. Mettre des gants à usage unique non stériles ;
3. Jeter le matériel à usage unique dans les emballages prévus en respectant les règles du tri.

A l'issue du nettoyage-désinfection :

1. Retirer les gants et les jeter dans le sac jaune à déchets mous ;
2. Se laver les mains ou pratiquer un traitement hygiénique des mains avec un gel hydro-alcoolique.

4.2 Procédure de nettoyage désinfection des matériels

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

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 2- Déposer ces matériels sur un plan de travail réservé pour accueillir le matériel non désinfecté.
- 3- 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 :

- 1- Démontez le matériel démontable et faire tremper dans le bac les parties immergeables ainsi que la brosse de nettoyage ;
- 2- Laissez le matériel en contact dans la solution détergente-désinfectante pendant le temps imposé par la notice technique du produit utilisé. Au minimum, respectez un temps de contact de 15 minutes ;
- 3- A l'aide de la brosse de nettoyage, brossez méthodiquement les différentes pièces ;
- 4- Rincer abondamment les pièces une par une sous l'eau courante ;
- 5- Sécher avec un support absorbant à usage unique chaque pièce ;
- 6- Remonter et vérifier l'état de fonctionnement du matériel ;

b) Matériel non immergeable :

- 1- Démontez les parties démontables ;
- 2- 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 ;
- 3- Étaler la solution pulvérisée sur ce matériel à l'aide d'une lavette en non-tissé à usage unique, propre et sèche,
- 4- Laisser sécher et ne pas rincer,
- 5- 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.

5. Risques

Les risques sont identiques à ceux de la fiche technique 2.2.

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

6. Evaluation - Traçabilité

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.

Ces procédures écrites doivent respecter les mêmes procédures de traçabilité que celles du nettoyage des véhicules ou des locaux.

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.

7. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Porter les équipements de protection adaptés.
- Respecter les procédures de nettoyage et désinfection de chaque matériel et les règles données par le fabricant.
- Utiliser correctement les détergents et les désinfectants employés.

PARTIE 3

LES BILANS

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de réaliser et transmettre les bilans d'une victime. Plus précisément, il s'agit de :

- Réaliser et justifier un bilan circonstanciel.
- Réaliser et justifier un bilan d'urgence vitale.
- Réaliser et justifier un bilan complémentaire.
- Réaliser et justifier la surveillance.
- Notifier et transmettre les informations.
- Réaliser les techniques suivantes :
 - Mesure de la pression artérielle à l'aide d'un tensiomètre ;
 - Mesure de la saturation capillaire en oxygène à l'aide d'un oxymètre (optionnel) ;
 - Mesure de la température à l'aide d'un thermomètre (optionnel).

2. PRINCIPES

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

Le bilan débute à l'instant même de l'arrivée de l'équipe secouriste sur les lieux de l'intervention et se poursuit pendant toute la durée de l'intervention. Il doit être rigoureux et structuré et suffisamment rapide pour ne pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours. Sa transmission doit permettre au médecin régulateur d'évaluer l'état de la victime afin d'adapter sa réponse.

On peut déterminer :

1. Le bilan circonstanciel ;
2. Le bilan d'urgence vitale ;
3. Le bilan complémentaire ;
4. La surveillance.

Toutefois, il convient de faire la distinction entre :

- Le **bilan** qui résulte de l'examen de la situation et de la ou des victimes par l'équipier ;
- La **transmission du bilan**, échange verbal qui s'effectue entre l'équipier secouriste et son chef ou parfois directement entre l'équipier et le médecin.

3. LE BILAN CIRCONSTANCIEL

Le bilan circonstanciel, encore appelé d'ambiance ou d'approche, est réalisé en quelques secondes par le chef du dispositif ou un équipier désigné par lui. Il constitue le temps initial de l'action de l'équipier secouriste, action qui se résume au recueil des informations concernant la ou les victimes et leur environnement. Il permet d'apprécier la situation, d'en évaluer les risques et de prendre les mesures adaptées, notamment en ce qui concerne la sécurité.

Le bilan circonstanciel permet de répondre aux questions suivantes :

- **Que s'est-il passé ?**
- **Existe-t-il un danger ?**
- **Les secours sont-ils suffisants pour le moment ?**
- **Les informations en ma possession sont-elles correctes ?**

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

- Déterminer la nature de l'intervention ;
- Assurer la sécurité de l'intervention (protection des lieux de l'accident, prévention du sur-accident, extraction d'une victime d'un milieu potentiellement hostile) ;
- Demander des moyens de secours complémentaires ;
- Compléter et corriger les informations de départ.

3.1 Déterminer la nature de l'intervention

Dès l'arrivée sur les lieux, l'équipier secouriste doit rechercher tous les indices qui peuvent l'aider à déterminer la nature de l'intervention (accident, maladie, intoxication...) et les circonstances de l'accident, s'il y a lieu. Cette recherche est utile pour la sécurité de l'intervention et la prise en charge correcte de la victime. Elle est déterminée en interrogeant la victime, si elle est consciente, mais aussi son entourage ou les témoins. Ces renseignements seront, en règle générale, fournis au chef de l'intervention.

3.2 Assurer la sécurité de l'intervention

L'analyse de la situation permet d'identifier des risques visibles (véhicules accidentés, structure instable, situation violente...) ou moins visibles (risque électrique, présence de substances toxiques...),

La sécurité d'une intervention est obtenue par :

- Le port d'une tenue de protection adaptée (cf. RNC PSE1) ;
- L'absence de création de risque supplémentaire (véhicules de secours correctement stationnés...) ;
- La protection de la zone avec les moyens immédiatement à disposition (cf. RNC PSE1) ;
- Le dégagement d'urgence d'une victime exposée à un danger qui ne peut être supprimé ;
- L'intervention d'équipes spécialisées face à des risques particuliers.

Cependant, l'équipier secouriste ne doit pas conclure trop vite et ne pas oublier qu'un bilan complémentaire est toujours nécessaire : la chute d'une personne d'une échelle peut très bien avoir été provoquée par un malaise.

3.3 Demander des moyens de secours complémentaires

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

3.4 Compléter et corriger les informations de départ

En règle générale, l'équipier secouriste dispose, en se rendant sur les lieux de la mission, d'un certain nombre d'informations. Il s'agit :

- De l'adresse de l'événement ;
- De la nature de l'intervention présumée.

Le bilan circonstanciel lui permet de les compléter et, éventuellement, de corriger des données qui sont fausses ou insuffisantes, notamment :

- Le nombre de victimes ;
- Leur gravité ;
- La sécurité de la zone d'intervention et de l'évolutivité possible de la situation.

Tous ces renseignements seront fournis au responsable de l'équipe qui en assure la synthèse et la transmission.

4. LE BILAN D'URGENCE VITALE

Le bilan d'urgence vitale a pour but de rechercher une détresse vitale qui menace immédiatement et à très court terme la vie de la victime et qui nécessite la mise en œuvre rapide de gestes de secours avant toute autre action.

Il est réalisé par un équipier secouriste dès que la sécurité de la zone d'intervention est assurée.

Au cours du bilan d'urgence vitale, l'équipier secouriste doit :

- Rechercher une détresse immédiatement vitale ;
- Identifier la plainte principale de la victime ;
- Rechercher une détresse vitale moins évidente ;
- Transmettre les informations recueillies.

4.1 OBSERVER pour se faire une idée générale de la victime

L'approche de la victime, par l'équipier secouriste, permet de noter rapidement :

- Le sexe de la victime ;
- Son âge approximatif ;
- L'environnement immédiat qui permet de déterminer s'il s'agit d'un blessé, d'une personne victime d'un malaise ou d'une maladie (en cas de doute, toujours considérer que la personne a été victime d'un traumatisme) ;
- La position de la victime et l'existence d'une détresse vitale évidente comme :
 - Une obstruction totale des voies aériennes ;
 - Une hémorragie.

4.1.1 L'obstruction brutale et grave des voies aériennes

Si la victime présente une obstruction totale des voies aériennes, il convient sans délai de mettre en œuvre les manœuvres de désobstruction des voies aériennes adaptées à l'âge de la victime (cf. RNC PSE 1).

4.1.2 L'hémorragie visible

Devant une hémorragie externe, l'équipier secouriste réalise immédiatement une technique d'arrêt du saignement abondant en utilisant les moyens dont il dispose et en se protégeant les mains (cf. RNC PSE 1).

4.2 ÉCOUTER la victime pour identifier la plainte principale ou reconnaître une inconscience

Cette recherche est réalisée en quelques secondes en demandant à la victime :

« *Comment ça va ? Ouvrez les yeux, serrez-moi la main, de quoi vous plaignez-vous ?...* ».

Elle permet :

1. De reconnaître une inconscience si la victime ne répond pas et ne réagit pas ;
2. D'identifier la plainte principale de la victime si elle est consciente.

La recherche de la plainte principale de la victime permet à l'équipier secouriste de tenir compte de cette plainte pour la poursuite de son bilan et d'éviter une aggravation éventuelle. Cependant, comme une plainte peut en cacher une autre, l'équipier secouriste doit poursuivre l'examen de la victime en lui précisant, si nécessaire, que l'on s'occupera plus tard (bilan et gestes de secours complémentaires) de ce qui la préoccupe.

L'inconscience est une détresse. Devant une victime inconsciente, l'équipier secouriste réalisera immédiatement une liberté des voies aériennes.

4.3 RECHERCHER les signes d'une détresse vitale potentielle

4.3.1 La victime est inconsciente

Devant une victime inconsciente, l'équipier secouriste recherche immédiatement la présence de mouvements respiratoires après avoir assuré la liberté des voies aériennes.

Si la respiration est présente : placer la victime en position latérale de sécurité (PLS) et surveiller attentivement sa respiration (cf. RNC PSE 1).

Si la respiration est absente : rechercher le pouls.

La présence ou non de signes de circulation et, notamment, du pouls impose la réalisation de gestes de réanimation comme :

- Les compressions thoraciques (cf. RNC PSE 1) ;
- La respiration artificielle (cf. RNC PSE 1) ;
- Le choc électrique externe (cf. RNC PSE 1).

4.3.2. La victime est consciente

Même si une victime est consciente, l'équipier secouriste doit rechercher des signes qui traduisent une altération d'une ou plusieurs fonctions vitales dont l'évolution peut se faire très rapidement vers une inconscience, un arrêt respiratoire et un arrêt circulatoire (cf. RNC PSE 1).

Pour cela, l'équipier secouriste doit examiner la victime et rechercher successivement :

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 1- Une perte de connaissance et une désorientation de la victime ;
- 2- Une perte de la motricité ;
- 3- Une anomalie des pupilles ;
- 4- Une altération de la respiration ;
- 5- Une altération du pouls ;
- 6- Une modification de l'aspect de la peau et des muqueuses ;

A) La détresse neurologique

1 – Identifier la perte de connaissance et l'orientation de la victime

Exemples de questions à poser :

- « **Que s'est-il passé ?** »
- « **Quel est votre nom ?** »
- « **Quel jour sommes-nous ?** »
- « **Où sommes-nous ?** »..

En posant quelques questions à la victime ou à son entourage, l'équipier secouriste peut rapidement :

- Identifier une **perte de connaissance**, souvent associée à une amnésie de l'accident ou du malaise ;
- Identifier une **désorientation** de la victime ; celle-ci a perdu ses repères dans le temps (elle ne sait plus quand on est...) et/ou dans l'espace (elle ne sait plus où elle est ...). Cette désorientation peut être accompagnée d'une somnolence voire, au contraire, d'une agitation.

2 – Identifier la perte de la motricité

La *motricité* des membres supérieurs et inférieurs d'une victime est recherchée chez une victime consciente en lui demandant de remuer les doigts, puis les orteils. L'**impossibilité de bouger une ou plusieurs extrémités (paralysie)** traduit une détresse neurologique.

3 – Identifier l'anomalie des pupilles

L'équipier secouriste doit examiner les pupilles de la victime. Normalement, elles sont de diamètres identiques. Des **pupilles inégales** permettent de suspecter une détresse neurologique liée à un traumatisme crânien ou oculaire, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxication.

B) La détresse respiratoire

4 – Identifier l'altération de la respiration

L'évaluation de la respiration, par l'observation de la partie supérieure de l'abdomen et de la partie inférieure du thorax, d'une victime porte sur :

- La fréquence de la respiration (compter sur une minute) (tableau 3.1) ;
- Son amplitude (tableau 3.2) ;
- Sa régularité et l'absence de pause de plus de 6 secondes entre les mouvements respiratoires ;
- La saturation capillaire en oxygène mesurée avec un oxymètre de pouls, si l'équipier a été formé à son utilisation (cf. technique 3.2).

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Adulte (et adolescent)	12 à 20
Enfant (1 an à l'âge de la puberté)	20 à 30
Nourrisson (< 1 an)	30 à 60
Nouveau né (< 1 semaine)	40 à 60

Normale	<i>Respiration silencieuse</i>
Superficielle	<i>Mouvements du thorax et de l'abdomen à peine perceptibles (difficiles à compter)</i>
Difficile	<i>Effort respiratoire Contraction des muscles du haut du thorax et du cou Pincement des ailes du nez (enfant et nourrisson)</i>
Bruyante	<i>Sifflements, ronflements, gargouillements, râles</i>

Une respiration rapide, superficielle, difficile ou bruyante ou une baisse de la saturation du sang en oxygène traduit une détresse respiratoire.

C) La détresse circulatoire

5 – Identifier l'altération du pouls

L'évaluation du pouls est obtenue par la palpation d'une artère :

- Au niveau du poignet (pouls radial) et au niveau du cou (pouls carotidien) ;
- Au niveau du pli de l'aîne (pouls fémoral) en cas d'impossibilité de contrôler le pouls carotidien ;
- Au niveau de la face interne du bras chez le nouveau né et le nourrisson (pouls huméral).

L'équipier secouriste doit déterminer :

- La fréquence cardiaque (nombre de battements par minute) (tableau 3.3) ;
- La régularité du pouls et l'absence de pause ;
- L'amplitude ou force du pouls ;
- La pression artérielle mesurée avec un tensiomètre (cf. FT 3.1 – la pression artérielle).

Un **pouls rapide ou lent** permanent accompagné de la **difficulté ou de l'impossibilité de le percevoir** (pouls carotidien mieux perçu que le pouls radial ou impossibilité de percevoir les deux) traduit une détresse circulatoire.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Adulte (et adolescent)	60 à 100*
Enfant (1 an à l'âge de la puberté)	70 à 140
Nourrisson	100 à 160
Nouveau né	120 à 160

(*) Certains sportifs peuvent avoir une fréquence cardiaque basse physiologique (40 à 50).

6 – Identifier la modification de l'aspect de la peau et des muqueuses

La couleur des muqueuses est appréciée en observant la face interne des paupières ; la température et l'humidité de la peau en plaçant le dos ou le plat de la main sur le front de la victime.

Les muqueuses sont normalement roses et la peau chaude et sèche.

Les détresses vitales amènent souvent une modification de cet aspect. **Des muqueuses pâles, une peau froide et/ou très humide et des genoux marbrés, traduisent une détresse circulatoire.** Dans certaines formes de détresses circulatoires, la peau peut aussi être anormalement chaude.

4.4 Transmettre le bilan d'urgence vitale

À l'issue du bilan d'urgence vitale, l'équipier secouriste doit immédiatement informer son responsable pour lui indiquer :

- L'âge et le sexe de la victime ;
- L'existence d'une détresse vitale évidente ;
- La plainte principale de la victime (inconscience ou autre) ;
- La présence d'une détresse vitale recherchée (arrêt respiratoire, circulatoire, autre détresse) ;
- Les gestes de secours d'urgence nécessaires et en cours.

En présence d'une urgence vitale, les gestes de secours sont débutés, puis le bilan est transmis pour avis et renfort médical.

Devant des signes de détresse évidente, l'équipier secouriste ne doit pas perdre de temps à mesurer la pression artérielle ou la saturation capillaire en oxygène de la victime pour transmettre le bilan d'urgence vitale et obtenir un avis médical.

5. LE BILAN COMPLÉMENTAIRE

Après avoir réalisé un bilan d'urgence vitale et débuté la prise en charge d'une éventuelle détresse vitale, le bilan complémentaire permet à l'équipier secouriste d'effectuer les gestes de secours pour une victime qui présente des signes de malaise, d'aggravation d'une maladie ou une ou plusieurs lésions secondaires à un traumatisme et de recueillir toutes les informations nécessaires à la demande d'un avis médical.

5.1 La victime présente un malaise ou une aggravation brutale d'une maladie

L'équipier secouriste doit, devant une victime qui présente un malaise ou une maladie :

- Interroger la victime pour :
 - Analyser ses plaintes ;
 - Rechercher ses antécédents.
- Examiner la victime pour identifier des signes visibles de malaise ou de traumatisme.

5.1.1 INTERROGER la victime

1 - Analyser les plaintes

La victime consciente qui présente un malaise ou une aggravation brutale d'une maladie exprime en règle générale le ou les troubles qu'elle perçoit.

L'équipier secouriste peut lui demander : « Qu'est qui ne va pas ? Que vous est-il arrivé ? ».

L'équipier secouriste doit :

- Ecouter la victime ;
- Ne pas chercher à interpréter ce qu'elle dit ;
- Demander à l'entourage de confirmer les dires (si possible) ;
- Noter les plaintes exprimées.

Pour chaque plainte exprimée et, particulièrement, pour la douleur, l'équipier secouriste doit demander à la victime de préciser :

- Les circonstances de survenue et le facteur déclenchant (**P**rovoqué par) ;
- Ses caractéristiques : brûlure, serrement, fourmillements... (**Q**ualités) ;
- Sa localisation (**R**égion atteinte du corps) ;
- Son intensité et son évolution (**S**évérité...) ;
- La durée : depuis combien de temps ? (**T**emps de la plainte).

NB : Analyser une plainte, c'est rechercher son **PQRST**.

Les plaintes exprimées par la victime, leur analyse et la recherche des signes de gravité (cf. RNC PSE 1), donne des informations essentielles qui doivent être communiquées à un médecin.

2 - Rechercher les antécédents (MHTA)

L'équipier secouriste doit faire préciser :

- Si la victime présente une **M**aladie connue ou si elle a déjà présenté des malaises identiques ;
- Si un médecin a été consulté à cette occasion ou si la victime a été **H**ospitalisée ;
- Si la victime prend un **T**raitement médical ou doit prendre des médicaments lorsqu'elle perçoit ces troubles ;
- Si la victime présente une **A**llergie connue.

5.1.2 EXAMINER la victime

Puis, l'équipier secouriste doit rechercher les signes visibles. Pour cela, il doit regarder les parties du corps pour lesquelles la victime se plaint de douleurs ou de sensations particulières, et transmettre toutes les anomalies constatées.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Cependant, certaines manifestations traduisant une atteinte du cerveau doivent être recherchées systématiquement car elles ne s'accompagnent pas de douleur ni de sensation particulières. Ce sont :

- Une asymétrie de l'expression faciale ;
- Une anomalie de l'extension des membres supérieurs ;
- Une anomalie de la parole.

Cette recherche s'effectue de la manière suivante :

1 - Asymétrie de l'expression faciale

Demander à la victime de sourire ou de montrer les dents.

- Normal : les deux côtés du visage bougent symétriquement (fig. 3.1a),
- Anormal : un des côtés du visage ne suit pas l'autre dans ses mouvements (fig. 3.1b).

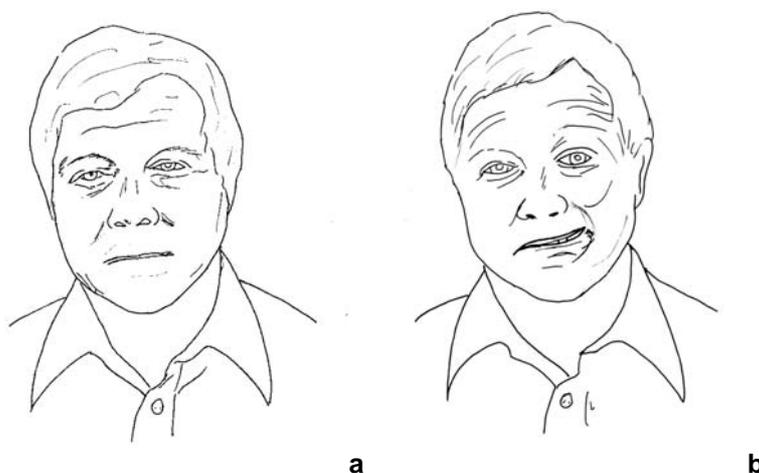


Figure 3.1 : Expression faciale (a) normale, (b) anormale

2 - Anomalie de l'extension des membres supérieurs

Demander à la victime (assise ou allongée) de fermer les yeux et d'étendre les bras devant elle pendant 10 secondes.

- Normal : les deux bras bougent symétriquement (fig. 3.2a),
- Anormal : un des deux bras ne bouge pas ou ne s'élève pas autant que l'autre ou chute progressivement (fig. 3.2b).

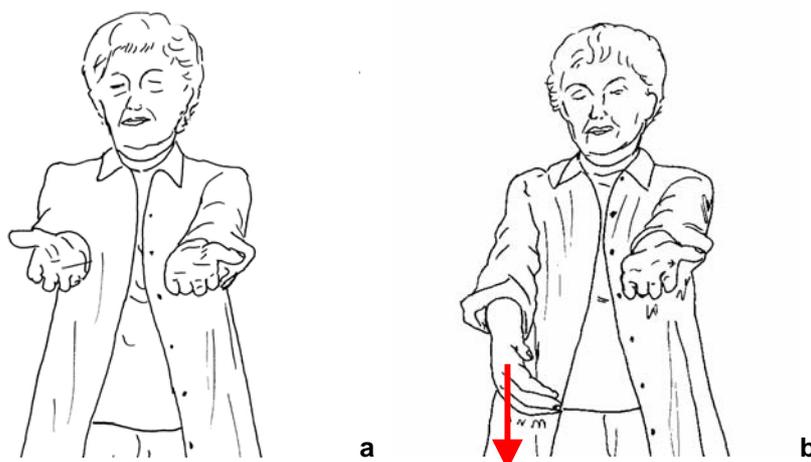


Figure 3.2 : extension des membres supérieurs (a) normale, (b) anormale

3 - Anomalie de la parole

Demander à la victime de répéter une phrase simple.

- Normal : la victime répète les mêmes mots à un rythme normal ;
- Anormal : la parole est empâtée, la victime ne répète pas les mêmes mots ou est incapable de parler.

NB : Si l'équipier secouriste a constaté, lors du bilan d'urgence vitale, une anomalie de la température de la victime (victime anormalement chaude ou froide), il peut à ce moment là, mesurer la température de la victime s'il est équipé d'un thermomètre adapté (cf. FT 3.3 – la mesure de la température).

5.2 La victime présente un traumatisme

Devant une personne victime d'un traumatisme, l'équipier secouriste doit :

- Interroger la victime pour :
 - Rechercher le mécanisme de l'accident ;
 - Analyser les plaintes de la victime ;
 - Rechercher ses antécédents.
- Examiner la victime pour rechercher des lésions.

5.2.1 INTERROGER la victime

1 - Rechercher le mécanisme de l'accident

Le mécanisme de l'accident est évalué en interrogeant la victime et les témoins. La connaissance du mécanisme de l'accident informe l'équipier secouriste sur la violence du choc, facilite l'examen, la recherche d'une lésion et apporte des renseignements essentiels à la prise en charge médicale de la victime.

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

a) Violence du choc

La violence du choc générateur des lésions est appréciée par l'équipier secouriste, les exemples suivants traduisent la violence d'un choc et doivent faire rechercher des lésions sérieuses :

- Chute d'une grande hauteur ;
- Explosion ;
- Collision entre véhicules ;
- Victime éjectée ou renversée par un véhicule ;
- Présence d'autres blessés graves ;
- Victime qui présente une détresse vitale ;
- ...

Il en est de même lors de l'absence de port de la ceinture de sécurité ou d'un casque de protection qui permettent alors de suspecter un traumatisme de la colonne vertébrale ou du crâne.

b) Mécanisme proprement dit

Le mécanisme de l'accident permet de rechercher ou de suspecter des lésions. L'équipier secouriste doit le noter et en informer les secours.

Par exemple, suite à un accident de la circulation, il précisera si le choc était frontal, latéral ou arrière, si la victime était porteuse d'une ceinture de sécurité et si l'airbag s'est déclenché. Lors d'une chute, il indiquera la hauteur de cette chute et ce sur quoi la victime est tombée.

2 - Identifier les plaintes de la victime

Les **douleurs** ressenties par la victime aident l'équipier secouriste à rechercher les lésions.

La **perte de la motricité, de la sensibilité** et des **sensations particulières** comme des fourmillements ou des décharges électriques dans les membres, font suspecter une atteinte des nerfs ou de la moelle épinière.

3 - Rechercher les antécédents

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

C'est pourquoi, il est important de poser les questions suivantes :

- Avez-vous une maladie connue ? Exemple : maladie du cœur, asthme, diabète...
- Avez-vous déjà été hospitalisé ?
- Suivez-vous actuellement un traitement ?
- Etes-vous allergique ? A quoi ?

Si le blessé est inconscient, rechercher un membre de sa famille ou un ami qui pourra répondre à ces questions.

5.2.2 EXAMINER pour rechercher les signes de traumatisme

L'équipier secouriste doit regarder les zones douloureuses de la victime à la recherche de signes de traumatismes mais aussi palper les zones indolores à la recherche d'une douleur déclenchée. Il recherche :

- Les **contusions**.
- Les **gonflements** : hématomes, œdèmes ;
- Les **déformations** ;
- Les **plaies** et leur aspect : écorchure, coupure, plaie punctiforme, lacération ;
- Les **brûlures** et leur aspect : rougeur, présence de cloques intactes ou percées, zone blanchâtre, noirâtre ou brunâtre.

1 - Le traumatisme est mineur ou manifestement localisé (faux mouvement, chute de faible hauteur...)

La recherche des lésions est orientée par les plaintes de la victime et notamment la douleur. L'équipier secouriste observe les zones du corps dont se plaint la victime, à la recherche de signes de traumatismes.

2 - Le traumatisme est violent, la localisation des lésions n'est pas possible (troubles de la conscience...) ou en cas de doute

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Réaliser un bilan complet des lésions (nature, localisation et étendue) sans mobiliser la victime. Ce bilan, systématique, s'effectue en regardant et en palpant si nécessaire la victime « de la tête aux pieds ».

Devant tout traumatisme violent, faire maintenir la tête de la victime (prise latéro-latérale) et mettre en place un collier cervical.

- **Examiner la tête** : observer, passer les mains dans les cheveux à la recherche d'un saignement, repérer un écoulement par le nez ou les oreilles, examiner les pupilles, l'aspect de la peau. Rechercher aussi une déformation de la bouche et la présence de vomissements ;
- **Examiner le cou** : lors de la mise en place du collier cervical, observer et passer les mains sous la nuque **sans déplacer ou surélever la tête** ;
- **Examiner le thorax** : soulever ou écarter les vêtements. Rechercher une contusion, une plaie et une anomalie du soulèvement de la poitrine (seule une partie du thorax se soulève) ;
- **Examiner l'abdomen** : soulever ou écarter les vêtements (en cas de difficulté d'examen et de suspicion de traumatisme sous jacent, les vêtements seront découpés), rechercher une contusion ou une plaie de l'abdomen (parfois accompagnée d'une sortie de l'intestin). Apprécier le soulèvement de l'abdomen à chaque inspiration ;
- **Examiner le dos de la victime** : glisser les mains sous la victime sans la mobiliser et sans la déplacer, à la recherche d'un saignement. Ne pas chercher à palper la colonne vertébrale. L'équipier secouriste peut profiter de manœuvre de relevage ou de déplacement de la victime pour examiner le dos ;
- **Examiner le bassin** : L'observation du bassin par un équipier secouriste est toujours difficile et désagréable pour la victime ; ne la réaliser que si la victime a subi un traumatisme à ce niveau ;
- **Examiner les membres supérieurs et inférieurs** : réaliser un examen systématique de chaque membre. Retirer les chaussures et les chaussettes si possible.
 - **Si un membre est traumatisé** (douleur, gonflement, déformation), rechercher l'état de la circulation à son extrémité en examinant la motricité, la sensibilité, l'aspect de la peau (couleur, température), le temps de recoloration cutanée et, pour le membre supérieur, le pouls radial.
 - **Chez la victime inconsciente**, soulever ou écarter les vêtements pour palper chaque membre, de sa racine à son extrémité, sans le mobiliser, en l'empaumant latéralement et en appuyant délicatement à deux mains. Cette technique permet de localiser certaines déformations.
 - **Chez la victime consciente**, examiner la sensibilité tel que décrit au § 3.1.

A l'issue du bilan complémentaire, l'équipier secouriste doit :

- **Transmettre le bilan pour demander un avis médical (soit à son responsable d'équipe, soit directement au médecin) ;**
- **Réaliser les gestes de secours nécessaires (position d'attente, pansements, immobilisation...) dans l'attente d'un renfort ou d'une mise en condition de transport de la victime (immobilisation, relevage, installation sur un brancard...).**

6. LA SURVEILLANCE

Le bilan d'urgence vitale et complémentaire aide l'équipier secouriste à déterminer l'état initial de la victime. L'état d'une victime peut toutefois s'aggraver rapidement pendant sa prise en charge ou, au contraire, s'améliorer.

L'équipier secouriste doit surveiller la victime en permanence en :

- Lui parlant, en lui expliquant ce qui se passe pour la réconforter ;
- Appréciant son état de conscience ;
- Recherchant une modification de ses plaintes : Avez-vous plus ou moins mal, la douleur est-elle toujours la même ?... (cf. RNC PSE 1) ;
- Appréciant l'aspect de sa peau ;
- Contrôlant régulièrement la fréquence respiratoire et cardiaque.

Si l'état de la victime s'aggrave, l'équipier secouriste refait un bilan d'urgence vitale, rend compte à son responsable d'équipe ou demande un avis médical et adapte immédiatement la conduite à tenir.

L'efficacité des gestes de secours réalisés est aussi contrôlée régulièrement : arrêt des hémorragies, reprise de signes de circulation ou de respiration, qualité d'une immobilisation, protection contre le chaud, le froid...

Lors du transport d'une victime, il est parfois nécessaire de renouveler le bilan complémentaire et d'effectuer les gestes appropriés à toute modification de ce bilan.

7. NOTIFIER ET TRANSMETTRE LES INFORMATIONS

L'équipier secouriste doit être capable de transmettre les résultats du bilan réalisé sur une victime pour :

- Demander du renfort ;
- Obtenir un avis médical ;
- Rendre compte de son activité.

Le bilan est transmis :

- Après le bilan circonstanciel, pour demander des renforts supplémentaires ou pour compléter les informations de départ ;
- Dès la découverte d'une urgence vitale afin d'obtenir le plus rapidement possible le renfort d'une équipe médicale ;
- A l'issue du bilan complémentaire, pour informer des plaintes et des lésions présentées par la victime et des gestes de secours qui ont été entrepris ;
- Devant toute modification de l'état de la victime au cours de sa surveillance que ce soit en attendant une équipe médicale ou lors de son transport.

Le bilan est transmis par l'équipier secouriste :

- Lors d'une activité en équipe ou en binôme, au responsable d'équipe.
- Ou, à la demande du responsable d'équipe :
 - Au médecin régulateur ;
 - Au PC de l'autorité d'emploi de l'équipier secouriste ;
 - A l'équipe médicale qui assure la prise en charge de la victime.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Le message transmis doit être concis, complet, structuré et logique et, en cas d'évolution, présenté de façon chronologique.

Si un renfort particulier est souhaité, celui-ci doit être clairement exprimé.

La façon la plus simple pour présenter le bilan d'une victime est d'utiliser la même démarche que celle qui a permis de le réaliser.

1. Se présenter et indiquer l'origine du message ;
2. Rappeler le lieu ou l'adresse de l'intervention ;
3. Donner le sexe et l'âge approximatif de la victime ;
4. Indiquer les circonstances de l'accident ou de la maladie ;
5. Préciser la plainte principale de la victime ;
6. Donner les informations concernant l'état de ses fonctions vitales : conscience, respiration et circulation ;
7. Indiquer les signes et les lésions découverts ;
8. Préciser les antécédents de la victime ;
9. Donner les renseignements concernant les gestes de secours réalisés ou en cours d'exécution.

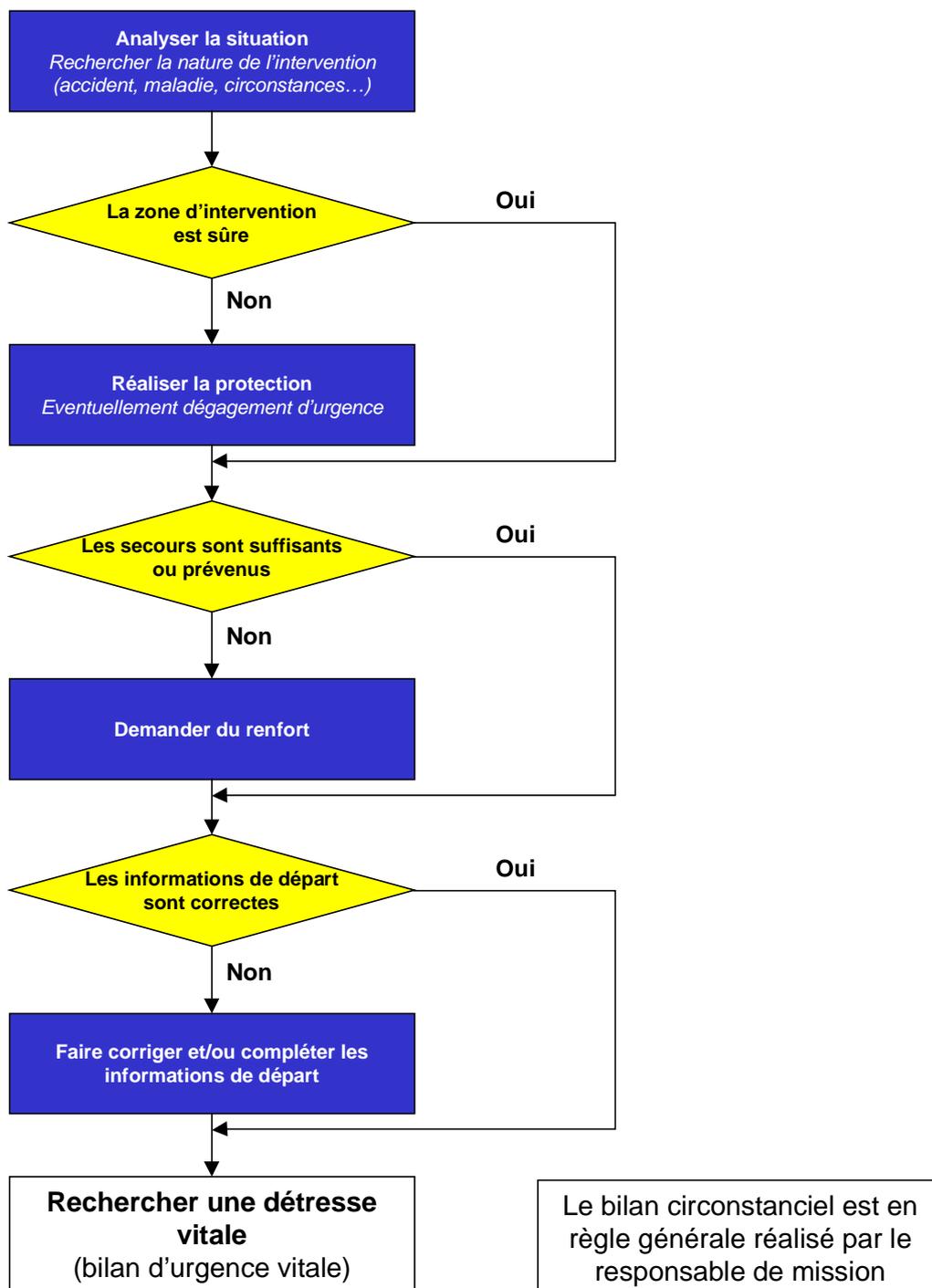
De même, toutes les informations recueillies seront notifiées sur un document qui peut être à la fois le rapport d'intervention et la fiche de liaison avec le personnel médical qui prend en charge la victime.

La rédaction de ces documents est sous la responsabilité du chef de la mission de secours.

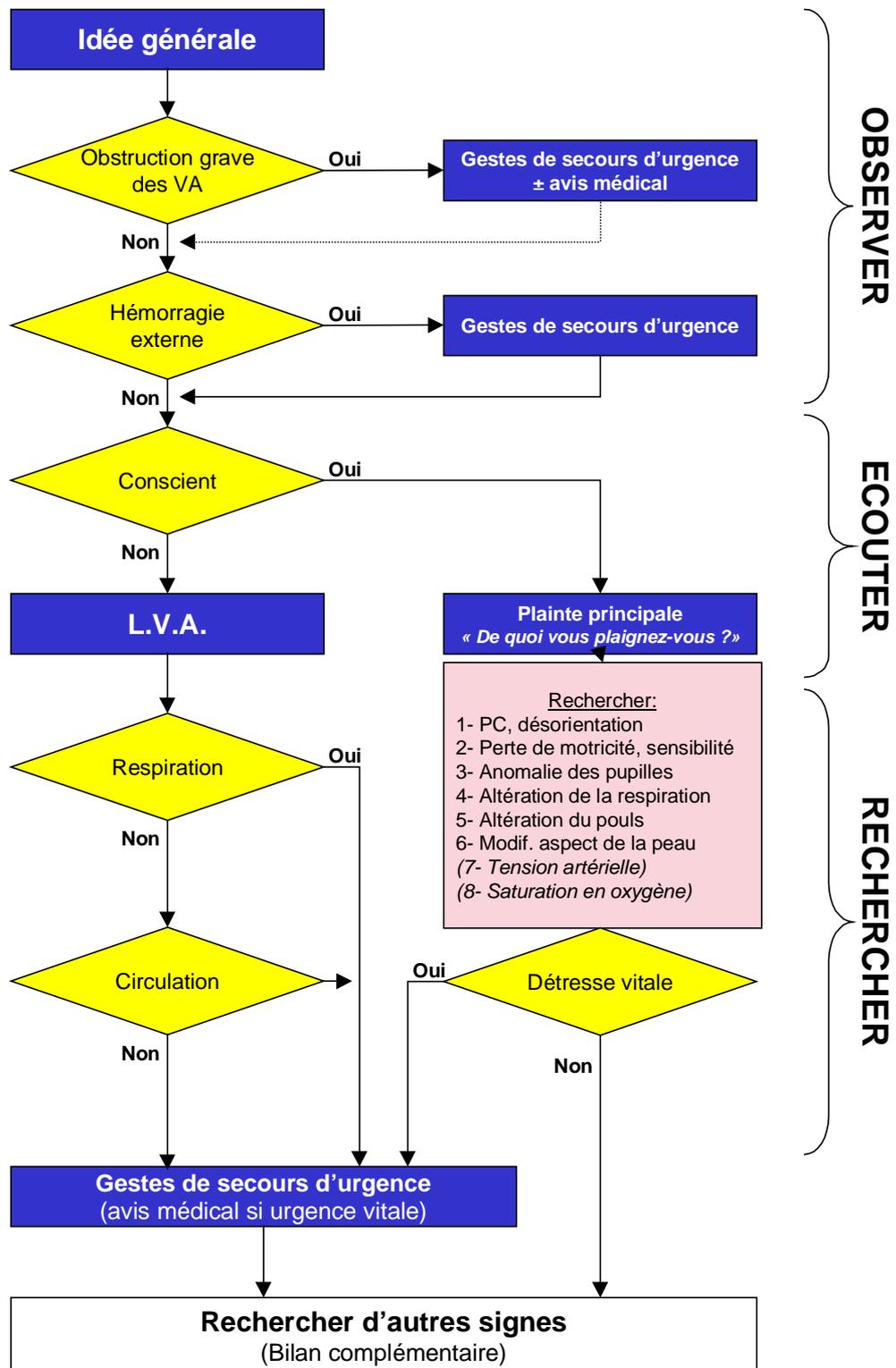
8. SCHÉMA GÉNÉRAL DE L'ACTION DE SECOURS

8.1 Bilan circonstanciel

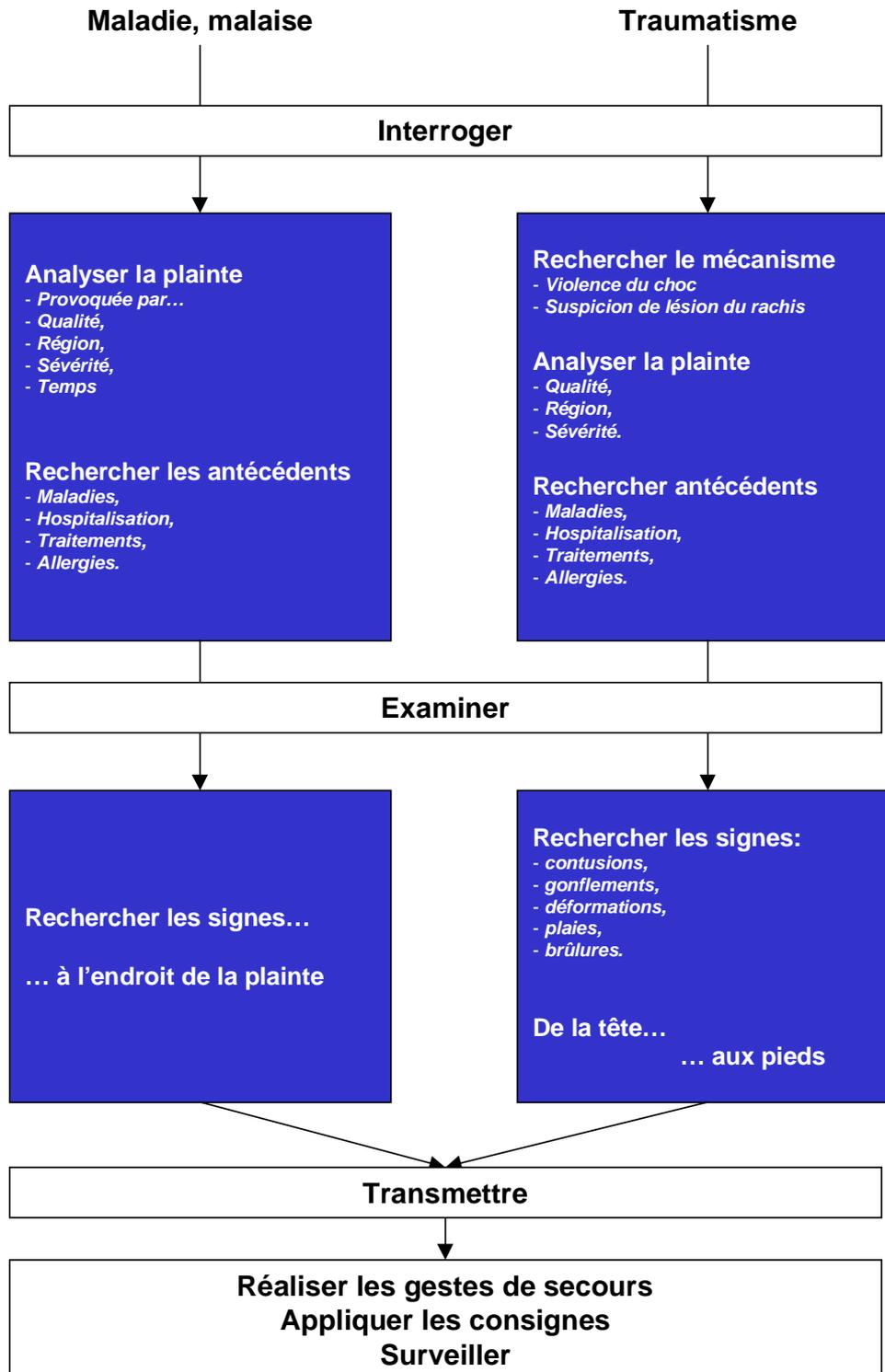
APPROCHER



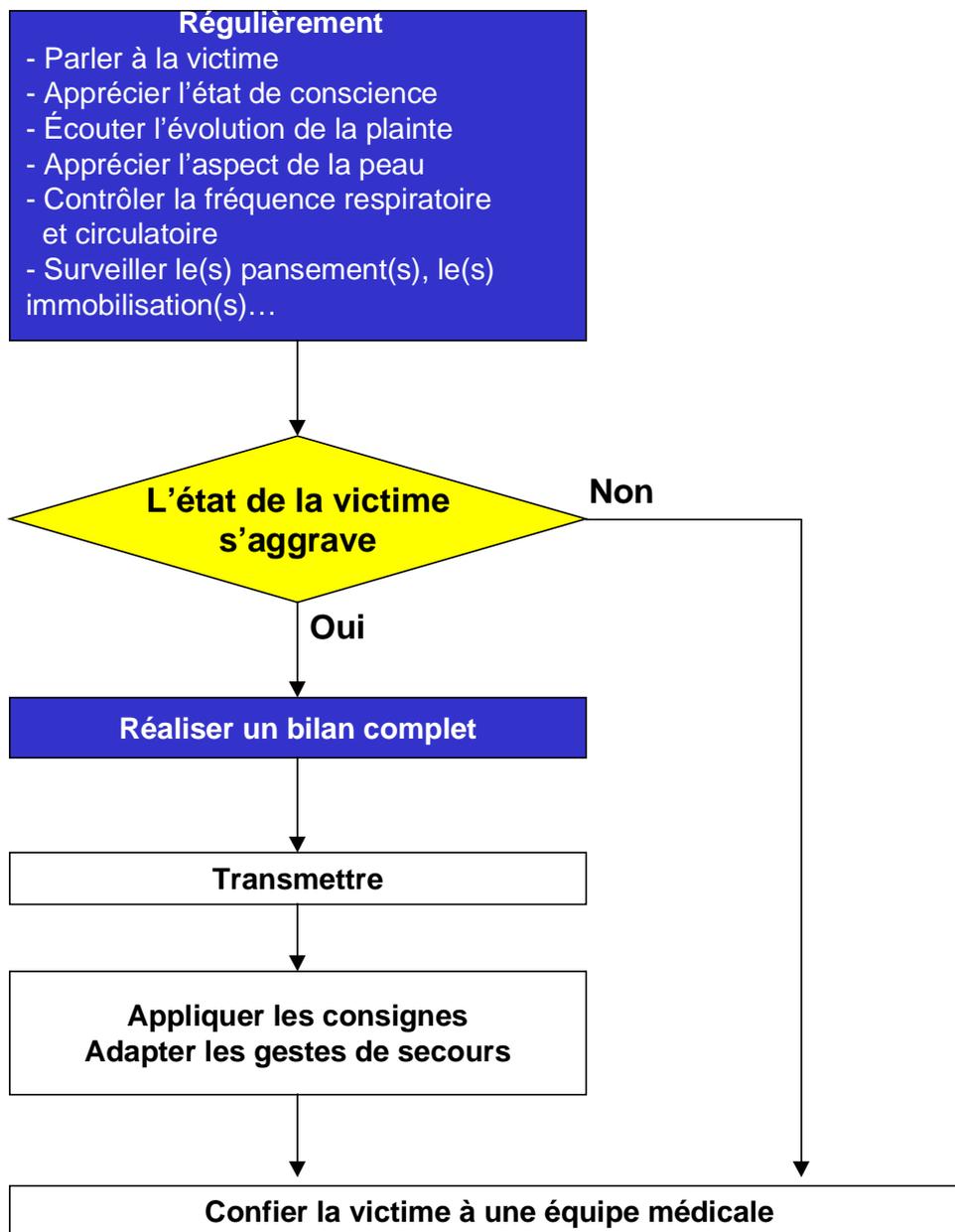
8.2 Bilan d'urgence vitale



8.3 Bilan complémentaire



8.4 Surveillance



TECHNIQUE 3.1 – MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

1. Justification

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

La mesure de la pression artérielle apporte au médecin régulateur des indications supplémentaires sur l'état de la victime.

2. Indications

La pression artérielle est un indicateur de la fonction circulatoire.

La mesure de celle-ci est réalisée par l'équipier secouriste, chaque fois que possible, lors de la recherche d'une détresse vitale. Toutefois, elle ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre d'un geste de secours d'urgence.

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.

3. Matériel

La mesure de la pression artérielle est possible grâce à un appareil, le tensiomètre. Le tensiomètre agit en mesurant la contre pression exercée au niveau du bras par un brassard pneumatique.

Il existe des appareils manuels, automatiques et électroniques.

3.1 Le tensiomètre manuel

Le tensiomètre manuel est composé (fig. 3.3) :

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



Fig. 3.3

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, le stéthoscope est composée :

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

3.2 Le tensiomètre électronique et automatique

Il est composé (fig. 3.4) :

- D'une centrale, alimentée par une batterie, sur laquelle s'affichent les chiffres de la pression artérielle et la fréquence cardiaque ;
- D'un manchon gonflable qui sera placé autour du bras de la victime (identique au tensiomètre manuel) ;
- De tuyaux qui relient le manchon à la centrale.



Figure 3.4 : tensiomètre automatique et électronique

4. Réalisation

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.

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.

Le chiffre le plus bas (80) est appelé **pression diastolique**.

4.1 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 2 cm 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 (fig. 3.5 a).
- Maintenir la poire de gonflage d'une main et fermer la valve (fig. 3.5 b).
- Avec les doigts de l'autre main, localiser le pouls radial de la victime (fig. 3.5 c).
- 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 cadran (2 à 3 mm de Hg par seconde).

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Noter la pression sur le cadran dès que vous percevez à nouveau le pouls radial. Ce chiffre correspond à la pression systolique (fig. 3.5 d).
- Dégonfler totalement le brassard.

Cette méthode de mesure de la pression artérielle ne permet pas de mesurer la pression diastolique.

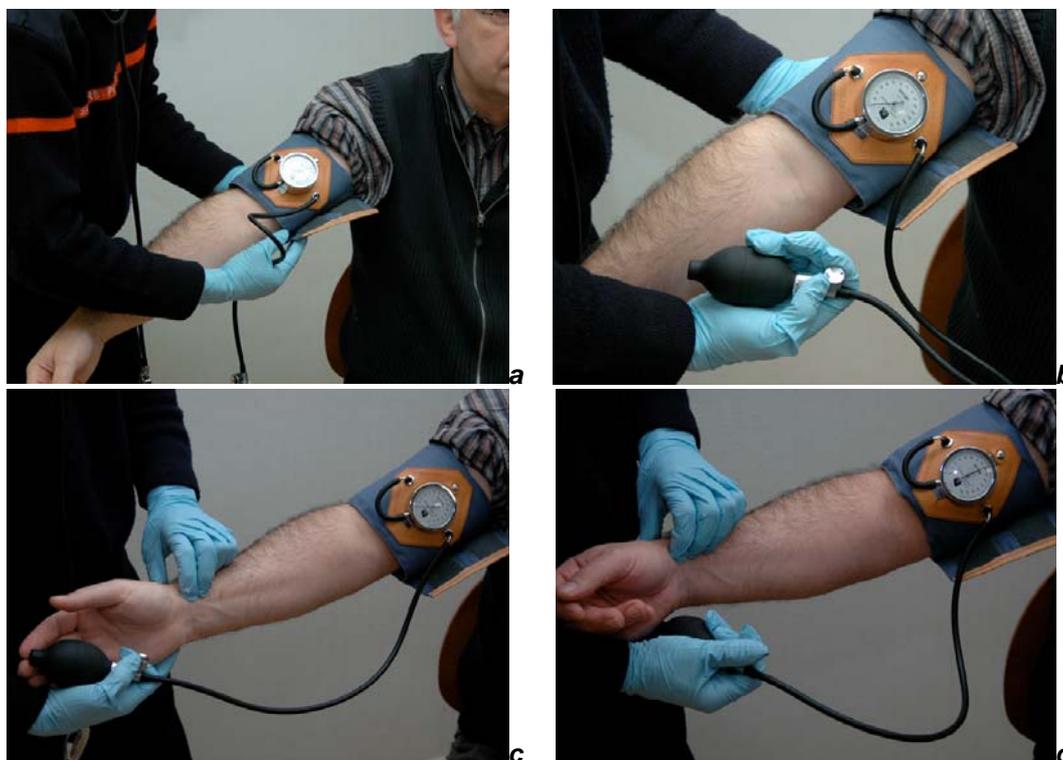


Figure 3.5 : mesure de la pression artérielle par palpation

4.2 Mesure de la pression artérielle par auscultation

La mesure de la pression artérielle par auscultation nécessite un tensiomètre manuel et un stéthoscope.

- Placer le manchon du manomètre de la même façon que pour la mesure de la pression artérielle par palpation.
- 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 (fig. 3.6).
- 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.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- La pression artérielle est indiquée en donnant la pression systolique puis la pression diastolique, par exemple 120 / 80.
- Dégonfler totalement le brassard.



4.3 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 (fig. 3.7).

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.



5. Risques

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.

6. Evaluation

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.

7. Entretien

Nettoyer régulièrement les brassards (partie textile), surtout s'il y a des taches de sang, et le stéthoscope.

Disposer de batteries de rechange si l'appareil fonctionne avec des batteries à usage unique ou le mettre en charge.

Faire vérifier régulièrement les appareils électroniques et l'état des poches pneumatiques.

8. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Positionner correctement le brassard à tension.
- Gonfler le brassard à une pression supérieure à la pression systolique (disparition du pouls radial ou du bruit du pouls brachial).
- Dégonfler lentement le brassard à tension.
- Repérer les moments pour relever la pression sur le manomètre.
- Respecter le mode d'emploi s'il s'agit d'un appareil automatique.

TECHNIQUE 3.2 – MESURE DE LA SATURATION CAPILLAIRE EN OXYGÈNE

1. Justification

La mesure de la saturation capillaire en oxygène reflète l'efficacité du transport de l'oxygène de l'air respiré jusqu'aux capillaires, lieu d'échange avec les cellules.

2. Indications

L'oxymètre de pouls est un appareil électronique qui mesure la quantité d'oxygène (O_2) 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. Elle est utile en particulier :

- 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.

3. Matériel

L'oxymètre de pouls (fig. 3.8) 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).



Figure 3.8

4. Réalisation

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 SpO_2) (fig. 3.9).

La SpO_2 est le reflet, exprimé en pourcentage, de la quantité d'oxygène transportée par le sang. Le pourcentage normal de la SpO_2 se situe entre 95 % et 100 %.



Figure 3.9 : Mesure de la saturation

5. 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).

6. Evaluation

La mise en place correcte de l'appareil et la mesure régulière de la pression artérielle par un équipier secouriste sont les garants de l'efficacité de la technique.

7. Entretien

Nettoyer l'appareil en respectant les recommandations du fabricant.

8. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Positionner correctement le capteur de lecture de la saturation.
- Respecter le mode d'emploi de l'appareil.
- Lire et transmettre la mesure réalisée.

TECHNIQUE 3.3 – MESURE DE LA TEMPÉRATURE

1. Justification

La température tympanique est le reflet exact de la température de l'organisme. Sa mesure permet de :

- Compléter le bilan secouriste ;
- Confirmer la sensation de victime chaude ou froide (évaluation de l'aspect de la peau et des muqueuses) ;
- Mieux apprécier l'état de la victime.

2. Indications

La mesure de la température est réalisée lorsque la victime semble anormalement chaude ou froide, après avoir évalué l'aspect de la peau et des muqueuses.

La mesure de la température d'une victime est réalisée à l'aide d'un thermomètre. Seule est décrite ici, la mesure de la température en utilisant un thermomètre tympanique.

3. Matériel

Le thermomètre tympanique est habituellement composé de (fig. 3.10) :

- 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.

Comme tout matériel, l'équipier secouriste doit se familiariser avec le mode d'emploi de l'appareil dont il dispose.

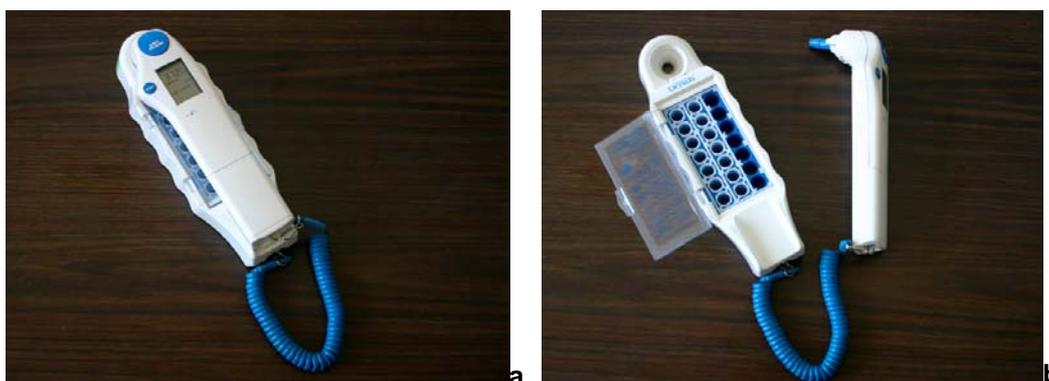


Figure 3.10 : Thermomètre électronique tympanique

4. Réalisation

- Mettre un couvre-sonde à usage unique sur l'extrémité de la sonde avant toute mesure de la température (fig. 3.11 a) ;
- Saisir le pavillon de l'oreille et exercer une légère traction vers le haut et vers l'arrière (fig. 3.11 b) ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 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 (fig. 3.11 c) ;
- 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 (fig. 3.11 d) ;
- Ejecter le couvre sonde dans le conteneur de déchets d'activités de soin.

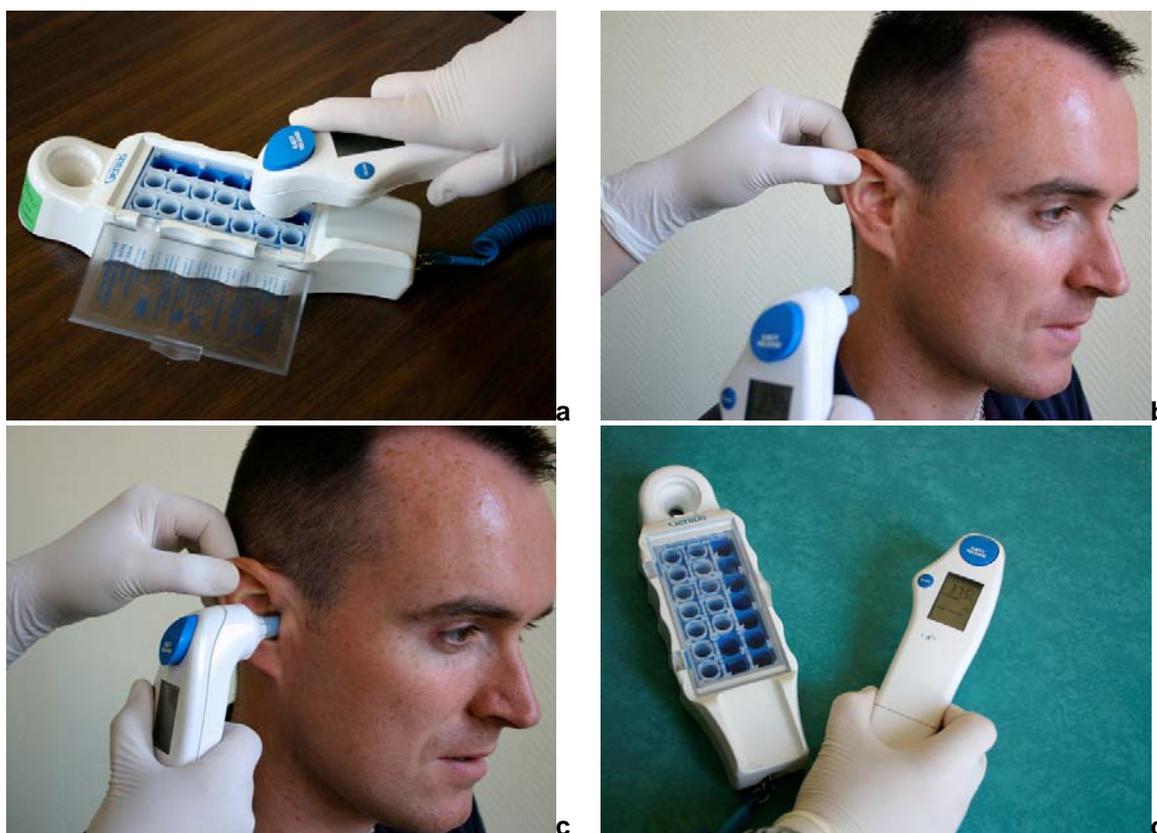


Figure 3.11 : Utilisation du thermomètre électronique tympanique

5. 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 ;
- 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.

6. Evaluation

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

7. Entretien

Les couvre-sondes sont à usage unique.

Nettoyer l'appareil selon les recommandations du fabricant.

8. Points clés

L'équipier secouriste doit :

- Utiliser un couvre-sonde pour chaque victime.
- Positionner la sonde dans le conduit auditif, vers l'avant et en haut.
- Transmettre la température recueillie.

PARTIE 4

LES ATTEINTES LIÉES AUX CIRCONSTANCES

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de prendre en charge une victime d'une atteinte liée aux circonstances. Plus précisément, il s'agit de :

- Prendre en charge une personne victime d'une morsure ou d'une piqûre.
- Prendre en charge une personne victime d'un accident électrique.
- Prendre en charge une personne victime d'une intoxication.
- Prendre en charge une personne victime d'un effet de souffle.
- Prendre en charge une personne victime d'une compression prolongée des muscles.
- Prendre en charge une personne victime d'une exposition prolongée à la chaleur.
- Prendre en charge une personne victime d'un accident dû au froid.
- Prendre en charge une personne victime de pendaison ou de strangulation.

2. PRINCIPE

Les atteintes liées aux circonstances regroupent un ensemble de lésions survenues dans des circonstances particulières ou provoquées par un environnement hostile. Dans tous les cas, l'équipier secouriste doit appliquer la conduite à tenir générale devant une victime : bilan de circonstance, bilan d'urgence vitale, bilan complémentaire, gestes de secours nécessaires et surveillance. Toutefois, il doit aussi réaliser des gestes complémentaires spécifiques liés à ces circonstances ou à l'environnement dans lequel la victime a séjourné.

3. PERSONNE VICTIME D'UNE MORSURE OU D'UNE PIQÛRE

Les morsures d'animaux domestiques ou de serpents et les piqûres d'insectes ou d'animaux subaquatiques sont des accidents que l'équipier secouriste rencontre couramment.

3.1 Conséquences

Les piqûres ou morsures entraînent :

- Des plaies dont les risques sont l'hémorragie externe et l'infection, notamment pour les morsures d'animaux (cf. RNC PSE 1) ;
- L'inoculation de substances toxiques, encore appelées « venin », qui sont à l'origine d'effets :

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Toxique direct générant des manifestations locales désagréables (gonflement, rougeur, douleur...) pouvant se généraliser et entraîner une détresse vitale (ex. : venin de serpents exotiques) ;
- Liés à la réaction de l'organisme à l'inoculation d'un venin, encore appelé « réaction allergique ».
- Des maladies graves comme la RAGE qui apparaît plusieurs jours après la morsure d'un animal malade (chien...) et dont l'évolution est toujours mortelle après l'apparition des premières manifestations. Cette maladie est prévenue par la vaccination si elle réalisée juste après la morsure.

3.2 Signes de reconnaissance

Une piqûre ou une morsure se traduit par des manifestations visibles directes ou secondaires :

3.2.1 Manifestations directes

- Hémorragie externe ;
- Plaie sous forme de lacérations ou de coupures, si elle est provoquée par des dents pointues ou coupantes ;
- Plaie punctiforme unique ou multiple (piqûre d'hyménoptère, morsure de serpent...)

3.2.2 Manifestations secondaires

- Gonflement, rougeur et douleur locale, plus ou moins étendus autour de la piqûre ;
- Plus rarement, des signes de détresse vitale qui peuvent être :
 - Respiratoires, si la piqûre siège dans la bouche ou la gorge, car le gonflement qu'elle provoque peut entraîner une obstruction des voies aériennes ;
 - Circulatoires, par action d'un venin (action directe ou réaction allergique grave), plus particulièrement chez l'enfant ;
 - Neurologiques, par effet toxique de certains venins de serpents, d'araignées ou de scorpions...

3.3 Principe de l'action de secours

Devant une victime qui présente une piqûre ou une morsure d'animal, l'équipier doit :

- Arrêter le saignement et limiter le risque d'infection ;
- Limiter la diffusion du venin, si possible ;
- Demander un avis médical ;
- Rassurer la victime.

Le risque infectieux (infections graves, tétanos, rage) doit être pris en compte et, à ce titre, les sujets mordus doivent être examinés par un médecin.

3.4 Conduite à tenir

Intervenir en toute sécurité et mettre la victime hors de danger

Dans tous les cas, si la victime présente une détresse vitale (neurologique, respiratoire ou circulatoire) réaliser les gestes de secours qui s'imposent et alerter ou demander un avis médical immédiatement (cf. RNC PSE 1).

3.4.1 Morsure d'animal

- Arrêter le saignement en comprimant la plaie (cf. RNC PSE 1) ou laver la plaie à l'eau et au savon (ou antiseptique) si elle ne saigne pas.
- Protéger la plaie par un pansement stérile maintenu par un bandage propre (cf. RNC PSE 1).
- Demander ou faire demander un avis médical.

NB : La rage est une maladie virale potentiellement mortelle du système nerveux transmise par la salive lors de morsures d'animaux infectés.

Une victime mordue par un animal susceptible d'être infecté (région endémique, animal malade, animal non capturé...) doit obligatoirement suivre un traitement médical particulier. Une consultation médicale est indispensable. L'animal, quant à lui, doit légalement être mis en observation chez un vétérinaire et présenté, soit par ses propriétaires, soit par les forces de police s'il s'agit d'un animal errant.

3.4.2 Piqûre d'insecte

Rarement dangereuses, les piqûres d'insectes sont souvent désagréables ou douloureuses. Leur risque est lié à la multiplicité, la localisation (piqûres dans la bouche ou la gorge) ou la réaction allergique qu'elles peuvent entraîner chez certains sujets.

- Retirer le dard qui a permis à l'insecte d'injecter le venin, s'il est présent, en utilisant une pince à écharde sans écraser la poche à venin.
- Limiter la douleur et le gonflement en appliquant du froid (glace).
- Demander à la victime de consulter un médecin si la douleur ou le gonflement persiste ou si la rougeur s'étend.

Si la piqûre siège dans la bouche ou la gorge :

- Demander à la victime de sucer de la glace ;
- Demander un avis médical immédiat.

Dans le cas particulier où une victime est allergique au venin d'hyménoptères, l'équipier secouriste pourra l'aider, si nécessaire, à s'injecter son traitement antiallergique (kit d'urgence). Appeler le SAMU – centre 15.

3.4.3 Morsure ou piqûre d'animal marin

- Rassurer la victime ;
- Inactiver le venin en plaçant la zone atteinte dans l'eau chaude pendant 30 minutes au minimum (ce type de venin est en général détruit par la chaleur) ;
- Demander un avis médical.

3.4.4 Morsure de serpent

Les serpents sont habituellement peu dangereux dans notre pays, sauf s'il s'agit de certaines catégories de serpents exotiques importés ou vivant naturellement dans les DOM/COM.

La morsure de serpent est reconnaissable, localement, par une ou deux plaies punctiformes distantes de quelques millimètres.

- Allonger la victime, lui demander de rester calme, la rassurer.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Réaliser un **pansement compressif** sur la morsure (cf. RNC PSE 1) pour limiter la diffusion du venin. Vérifier que le pansement n'interrompt pas totalement la circulation du membre, vous devez pouvoir glisser un doigt dessous.
- **Immobiliser** le membre atteint à l'aide d'une attelle (cf. partie sur les immobilisations).

La compression et l'immobilisation concomitante de la zone atteinte limitent la diffusion du venin.

- Demander un avis médical.

NB : Toutes techniques d'aspiration, qu'elles soient buccales ou à l'aide d'appareil, sont formellement interdites car elles favorisent la diffusion du venin.

4. PERSONNE VICTIME D'UN ACCIDENT ÉLECTRIQUE

On désigne sous le terme d'accident électrique, l'ensemble des lésions provoquées par le passage d'un courant électrique dans l'organisme.

Il y a environ, en France, 200 accidents mortels par an liés à l'électricité. Ils surviennent dans des circonstances variées :

- Accidents du travail : activités industrielles, agricoles, artisanales ;
- Accidents domestiques : utilisation d'appareils ménagers électriques défectueux, surtout en ambiance humide (cuisine, salle de bain...), bricolage d'installation électrique sous tension ;
- Accidents de loisirs : parapente, pêche, cerf-volant à proximité de lignes à haute tension...

4.1 Description

On distingue différents types d'accidents électriques :

- L'accident par contact avec deux conducteurs sous tension ou un conducteur sous tension et la terre ;
- L'accident lié à la production d'un arc électrique ;
- Le foudroiement : action de la foudre sur le corps humain. La foudre est la forme d'électricité naturelle la plus dangereuse, responsable d'une vingtaine d'accidents mortels par an.

4.2 Conséquences

Le passage du courant dans l'organisme peut entraîner :

- Une perte de conscience par atteinte du système nerveux central ;
- Un arrêt de la respiration par atteinte du système nerveux ou téτανisation des muscles respiratoires ;
- Un arrêt de la circulation suite à un arrêt respiratoire prolongé ou par survenue d'un fonctionnement anarchique du cœur (fibrillation ventriculaire), lors du passage du courant à travers le cœur ;
- Une brûlure souvent grave, par flash ou arc électrique lors d'un court-circuit ;
- Une brûlure électrique interne sur le trajet de passage du courant dont seuls sont visibles les points d'entrée et de sortie qui doivent être systématiquement recherchés ;
- Des traumatismes divers, en particulier de la colonne vertébrale, notamment cervicale, si la victime a été projetée.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Les courants à haute tension (> 1000 volts) provoquent des brûlures profondes.

Les courants de basse tension (< 1000 volts) provoquent surtout des fonctionnements anarchiques du cœur (fibrillation ventriculaire).

4.3 Signes de reconnaissance

L'accident électrique est habituellement évoqué lors du bilan circonstanciel.

Les signes présentés par la victime ne sont pas spécifiques. La victime peut être consciente ou inconsciente, en arrêt respiratoire ou cardio-respiratoire, présenter des brûlures plus ou moins étendues ou des traumatismes associés.

Même si la victime ne présente aucun signe, des manifestations secondaires peuvent apparaître. Un avis médical est indispensable.

4.4 Principe de l'action de secours

Devant une victime d'un accident électrique, l'équipier secouriste doit :

- S'assurer qu'il intervient en toute sécurité (Cf. RNC PSE1) ;
- Réaliser les gestes de secours nécessaires face à une détresse vitale ou un ACR ;
- Refroidir les brûlures provoquées par flash ou par arc électrique qui viennent de se produire et les protéger ;
- Demander un avis médical pour toute victime d'accident électrique.

4.5 Conduite à tenir

- S'assurer que la victime n'est pas en contact direct ou indirect (eau...) avec un conducteur endommagé (fil électrique, appareil ménager sous tension...) ou un câble électrique de haute tension au sol.
- Si c'est le cas, faire écarter immédiatement les personnes présentes et leur interdire de toucher la victime.
- Si possible, couper le courant (débrancher l'appareil en cause...) ou faire couper le courant par une personne qualifiée (EDF, SNCF...) avant de toucher la victime.
- Ne pas s'approcher ou toucher la victime avant d'être certain que l'alimentation est coupée (pour le courant haute tension, avoir été averti par les autorités responsables).
- Réaliser un bilan d'urgence de la victime et les gestes de réanimation nécessaires. Devant un ACR mettre en œuvre le DAE.
- Devant une victime qui présente une détresse vitale, l'installer en position d'attente, alerter les secours médicalisés et administrer de l'oxygène dès que possible (cf. RNC PSE 1).
- Rechercher les lésions, notamment les brûlures par flash ou par arc électrique aux points d'entrée et de sortie.
- Devant une victime qui présente des brûlures : arroser et protéger les brûlures visibles.

Toute brûlure électrique doit être considérée comme une brûlure grave :

- Demander un avis médical quelle que soit la gravité des lésions.

5. PERSONNE VICTIME D'UNE INTOXICATION

On appelle intoxication, un trouble engendré par la pénétration dans l'organisme d'une substance appelée poison ou toxique.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Les poisons ou toxiques sont très nombreux. Il peut s'agir d'aliments contaminés, de plantes vénéneuses, de toxiques domestiques (lessives, détergents, décapants, désherbants...) ou de toxiques industriels (gaz toxiques, produits chimiques...). Les drogues, les médicaments et l'alcool peuvent également provoquer des intoxications.

Un poison peut pénétrer dans l'organisme par :

- Ingestion : Le poison est avalé et absorbé par le tube digestif (aliments contaminés, médicaments, produits domestiques...);
- Inhalation : Le poison pénètre par les voies respiratoires et est absorbé dans l'organisme par les poumons (gaz toxiques, aérosols...);
- Injection : Le poison pénètre dans l'organisme par une plaie (venins, piqûres...);
- Absorption : Le poison pénètre dans l'organisme à travers la peau saine (produits industriels : désherbants, pesticides...).

Les intoxications peuvent être d'origine accidentelle ou volontaire.

5.1 Conséquences

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

Les toxiques peuvent entraîner des troubles des fonctions vitales allant jusqu'à la mort.

Une intoxication peut provoquer des troubles non spécifiques immédiats ou qui peuvent apparaître secondairement :

- Une inconscience ;
- Un arrêt respiratoire ;
- Un arrêt cardio-respiratoire ;
- Une détresse vitale ;
- Des troubles digestifs (douleurs, vomissements de sang) ;
- Des brûlures...

5.2 Signes de reconnaissances

L'équipier secouriste peut se trouver dans deux situations différentes :

5.2.1 Les intoxications dues à un environnement toxique

Le toxique est dans l'air, sous forme de gaz ou de fines particules liquides en suspension (monoxyde de carbone, gaz carbonique, fumées d'incendie, gaz irritants, toxiques de guerre...). L'intoxication se fait par voie aérienne ou par absorption à travers la peau et elle touche toutes les personnes qui sont exposées. Le nombre de victimes peut être très élevé (cf. partie sur les situations avec de multiples victimes).

L'équipier secouriste peut reconnaître cette intoxication car :

- Le nuage toxique est parfois visible ;
- Il peut exister une forte odeur désagréable ou irritante ;
- Plusieurs personnes présentent les mêmes plaintes ou les mêmes signes ;
- La présence d'animaux malades ou morts peut orienter l'équipier secouriste.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Le problème principal reste, dans ce cas, la sécurité des équipiers secouristes. Ces derniers peuvent sans le savoir entrer en contact avec le toxique, d'autant plus que certains gaz mortels sont totalement inodores et invisibles comme le monoxyde de carbone.

5.2.2 Les intoxications par ingestion

Cette intoxication est volontaire, accidentelle ou liée à une erreur de dosage.

Des indices facilitent, lors du bilan circonstanciel ou complémentaire, la reconnaissance de cette intoxication, comme la présence :

- De comprimés ou de boîtes de médicaments vides (table, poubelle...) ;
- De flacons « suspects », à contenu non identifié ;
- De matériel à injection ;
- De bouteilles d'alcool ;
- D'une « lettre d'adieu » ;
- De plantes vénéneuses ou de fruits toxiques (enfants : « intoxication de la dînette »)...

5.3 Principe de l'action de secours

5.3.1 Les intoxications dues à un environnement toxique

- Assurer la sécurité des équipiers et mettre en sécurité la victime et les témoins éventuels ;
- Informer rapidement et transmettre les signes constatés.

5.3.2 Les intoxications par ingestion

- Identifier autant que possible le toxique ;
- Demander un avis médical et suivre les instructions.

5.4 Conduite à tenir

5.4.1 Les intoxications dues à un environnement toxique (Cf. partie sur les situations avec de multiples victimes)

- Suspecter la présence du toxique en fonction du bilan circonstanciel effectué en arrivant sur les lieux ou à la suite du déclenchement du détecteur de CO si l'équipe en possède ;
- Se protéger du toxique en restant à distance, si nécessaire en supprimant la cause et/ou en aérant le local ;
- Réaliser, si possible, un dégagement d'urgence pour soustraire le plus rapidement possible la victime de l'environnement toxique (Cf. RNC PSE 1) ;
- Réaliser le bilan d'urgence vitale et les gestes de secours, une fois à distance de l'atmosphère toxique ;
- Alerter immédiatement ou faire alerter les secours spécialisés nécessaires.

5.4.2 Les intoxications par ingestion

- Réaliser un bilan et les gestes de premiers secours nécessaires ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Lors de l'interrogatoire de la victime et de l'entourage, évaluer la situation et déterminer :
 - Les circonstances de survenue ;
 - La réalité de l'intoxication (certaines victimes simulent l'intoxication) ;
 - La nature du ou des toxiques en cause ;
 - La dose absorbée et l'heure l'absorption.
- Conserver les emballages et les flacons des produits en cause ;
- Ne pas faire vomir, ne pas faire boire sauf avis médical ;
- Demander un avis médical et respecter les consignes données ;
- Surveiller la victime.

Ne jamais administrer quoi que se soit par la bouche à une personne victime d'une intoxication sans avis médical (centre 15, centre anti-poison).

6. PERSONNE VICTIME D'UN EFFET DE SOUFFLE

On appelle « effet de souffle » ou encore « blast » un traumatisme engendré par une onde de choc, secondaire à une explosion.

Lors d'une explosion, la libération considérable d'énergie sous la forme de gaz à haute pression entraîne une augmentation brutale de la pression atmosphérique, suivie d'une dépression immédiate. La transmission de cette onde de pression et le déplacement d'une grande masse d'air sont les principaux mécanismes responsables des lésions d'un effet de souffle.

6.1 Conséquences

Un effet de souffle est responsable :

- De lésions internes de l'oreille, des poumons et du tube digestif par distension de l'air ;
- De lésions de la peau et de lésions des os et des articulations (fracture, entorse et luxation) par projection de la victime ou projection contre la victime d'objets divers (polycrissage) ;
- De brûlures graves en cas d'élévation de la température.

6.2 Signes de reconnaissance

Les circonstances de l'accident, comme la survenue d'une explosion, en particulier en milieu clos, sont suffisantes pour considérer que toutes les personnes exposées sont susceptibles de présenter un effet de souffle.

Dans le cadre d'une explosion :

- Les victimes sont souvent multiples (cf. partie sur les situations avec de multiples victimes) ;
- Une victime présente souvent de multiples lésions : plaies, brûlures, fractures et lésions internes qui peuvent, au début, passer inaperçues et se révéler secondairement.

Les signes auditifs comme un bourdonnement d'oreille, le saignement du conduit auditif ou la survenue d'une surdité sont des signes d'atteinte interne par effet de souffle.

La survenue d'une détresse vitale, respiratoire ou circulatoire traduit la gravité de l'atteinte.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

6.3 Principe de l'action de secours

Devant une victime exposée à un effet de souffle, l'équipier secouriste doit :

- S'assurer qu'il intervient en toute sécurité ;
- Appliquer les principes de prise en charge de multiples victimes ;
- Demander un avis médical même pour les victimes qui ne présentent aucun signe.

6.4 Conduite à tenir

- Assurer la sécurité de la zone, dégager la (les) victime(s) si nécessaire ;
- Regrouper les victimes en un point et appliquer les principes de prise en charge de nombreuses victimes (cf. partie sur les situations avec de multiples victimes) ;
- Examiner la ou les victime(s) et réaliser les gestes de secours qui s'imposent ;
- Demander un avis médical pour toute personne exposée au souffle ;
- Surveiller attentivement les victimes dans l'attente d'un relais.

Toutes les victimes exposées au souffle doivent être examinées par un médecin
--

7. PERSONNE VICTIME D'UNE COMPRESSION PROLONGÉE DES MUSCLES

La compression prolongée des masses musculaires d'une victime peut être, à plus ou moins brève échéance, mortelle.

Pour cela, il faut que la compression interrompe la circulation sanguine au niveau des masses musculaires comprimées et qu'elle dure plusieurs heures.

La compression musculaire est aussi appelée, « crush syndrom » ou « syndrome des ensevelis ». Elle est rencontrée lors :

- D'accidents du trafic routier ou ferroviaire, qui nécessitent une longue désincarcération ;
- D'ensevelissements (éboulement, avalanche...) ;
- D'effondrements de bâtiments (tremblement de terre, explosion...).

Dans ces circonstances, la compression s'exerce, le plus souvent, au niveau des membres.

7.1 Conséquences

L'arrêt de la circulation sanguine et la compression directe entraînent, progressivement, des lésions des muscles qui s'accompagnent d'une production de déchets qui sont toxiques pour l'organisme.

Ces déchets toxiques restent au niveau du membre, tant que ce dernier est comprimé, et sont d'autant plus importants que la compression dure longtemps.

Au moment du dégagement de la victime et de la levée de la compression qui rétablit la circulation sanguine, et en l'absence de traitement médical préventif, ces déchets entraînés par le sang dans tout l'organisme sont de véritables poisons, notamment pour le cœur et les reins.

Cela peut se traduire par :

- La survenue brutale d'un arrêt cardio-respiratoire juste après le dégagement ;
- Une détresse circulatoire ;
- Plus tard, par un blocage des reins de la victime.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Dans la plupart des cas, aucun signe n'apparaît immédiatement et il faudra systématiquement prévenir le SAMU – centre 15, si on a la notion d'une compression prolongée.

Dans tous les cas, ce sont les conséquences immédiates (arrêt cardio-respiratoire, détresse circulatoire) que l'on doit redouter sur le terrain.

Plus le dégagement est long, plus la durée de la compression sera prolongée et plus les risques lors de la levée de la compression seront grands.

7.2 Signes de reconnaissance

Une partie de la victime, habituellement un ou plusieurs de ses membres, est coincée sous une charge importante.

Si la partie du corps qui siège en dessous de la compression est accessible, elle est froide, pâle et insensible.

A la compression prolongée des masses musculaires peuvent s'associer d'autres lésions traumatiques créées par les mêmes circonstances : plaies, fractures, luxations...

7.3 Principe de l'action de secours

Toute suspicion de compression prolongée des masses musculaires doit être médicalisée.

Aucune levée de compression ne doit avoir lieu en l'absence d'un médecin ; si la levée de la compression est réalisée sans aucune précaution, la victime peut présenter une détresse circulatoire ou un arrêt cardio-respiratoire.

7.4 Conduite à tenir

Les gestes de premiers secours sont limités du fait de la situation de la victime (en général, peu accessible) et du risque lié aux circonstances de l'accident.

- Alerter immédiatement, informer de la situation afin d'obtenir des secours spécialisés et médicaux ;
- Examiner la victime autant que possible ;
- Evaluer la durée de la compression par rapport à l'horaire de l'événement ;
- Réaliser les gestes de secours nécessaires et possibles ;
- Protéger la victime du froid et des risques liés au dégagement (projections) ;
- Parler à la victime, la rassurer, surtout si celle-ci n'est pas accessible.

**La levée de la compression se fera après avis médical et en présence d'un médecin.
La pose de garrot ne sera jamais effectuée par l'équipier secouriste, sauf sur demande d'un médecin.**

8. PERSONNE VICTIME D'UNE EXPOSITION PROLONGÉE À LA CHALEUR

Plus la température ambiante est élevée, plus l'organisme a du mal à perdre de la chaleur.

De plus, si l'atmosphère est humide, la sueur (qui permet normalement un refroidissement du corps par évaporation) ne peut plus s'évaporer.

Dans de telles circonstances, en particulier si elles sont prolongées et accompagnées d'un exercice intense ou de la prise de drogues, une élévation de la température de l'organisme se produit.

8.1 Conséquences

Il existe 2 différents types de troubles liés à l'exposition prolongée à la chaleur :

- Le coup de chaleur ;
- L'insolation.

8.1.1 Le coup de chaleur

Le coup de chaleur survient chez les personnes qui sont exposées à la chaleur pendant plusieurs heures, voire plusieurs jours. L'organisme réagit, au début, par des sueurs abondantes qui, si elles ne sont pas compensées par un apport d'eau, entraînent une déshydratation.

Les nourrissons, les personnes âgées, les malades sont plus exposés à la survenue d'un coup de chaleur.

L'effort physique, lors d'activités sportives ou professionnelles, facilite également la survenue d'un coup de chaleur.

Sans secours et, particulièrement si la victime est isolée (seule à domicile), l'évolution peut être mortelle. Tel a été le cas des nombreux décès enregistrés lors de la canicule de l'été 2003 dans notre pays.

8.1.2 L'insolation

L'insolation survient chez des personnes qui sont exposées de manière directe et prolongée au soleil. Cette exposition brutale entraîne une détresse neurologique qui empêche l'organisme de lutter contre la chaleur ; la température du corps s'élève rapidement.

Sans secours immédiat, la mort de la victime peut survenir rapidement.

8.2 Comment reconnaître :

8.2.1 Le coup de chaleur ?

La victime présente, au début :

- Des maux de tête ;
- Des sueurs importantes ;
- Des crampes musculaires ;
- Une fatigue intense ;
- Des nausées ;
- Une température normale ou peu élevée.

Rapidement une détresse circulatoire s'installe et la température de l'organisme s'élève.

8.2.2 L'insolation ?

La victime présente :

- Des maux de tête ;
- Aucune sueur ;
- Une peau sèche, rouge et très chaude ;
- Des troubles du comportement et/ou de la conscience ;
- Une température très élevée.

Rapidement une détresse neurologique s'installe.

8.3 Principe de l'action de secours

- Dans tous les cas : soustraire la victime à la cause ;
- Faire boire de l'eau en petite quantité ;
- Refroidir la victime ;
- Demander un avis médical dans tous les cas.

8.4 Conduite à tenir

8.4.1 Le coup de chaleur

- Installer la victime à l'abri, dans un endroit frais, climatisé si possible ;
- Mettre la victime au repos dans la position où elle se sent le mieux ;
- Recouvrir la victime d'un linge humide, utiliser un brumisateur ou un ventilateur pour la refroidir. Chez l'enfant ou le nourrisson, lui faire prendre un bain ;
- Si la victime est consciente et ne vomit pas, lui donner de l'eau à boire par petites gorgées ;
- Réaliser un bilan de la victime, lui prendre la température et effectuer les gestes de secours qui s'imposent ;
- Demander un avis médical et respecter les conseils donnés ;
- Surveiller attentivement la victime (détresse circulatoire) et reconforter la victime jusqu'au relais.

8.4.2 L'insolation

- Installer la victime à l'abri, dans un endroit frais, climatisé si possible ;
- Allonger la victime tête surélevée si elle est consciente ;
- Réaliser un bilan de la victime et les gestes de secours qui s'imposent ;
- Demander un avis médical ;
- Retirer les vêtements de la victime en lui gardant les sous vêtements ;
- Après avis médical, recouvrir la victime d'un drap mouillé avec de l'eau froide pour lui faire baisser sa température. Arroser régulièrement le drap pour le maintenir humide. Appliquer si possible un dispositif de froid sur la tête et la nuque ;
- Surveiller attentivement la victime et reconforter la victime jusqu'au relais.

9. PERSONNE VICTIME D'UN ACCIDENT DÛ AU FROID

L'équipier secouriste peut être confronté à deux types d'accidents liés au froid :

- **Les gelures** sont des lésions dues au froid (gel) qui siègent en règle générale au niveau des extrémités de l'organisme : nez, oreilles, orteils et pieds, doigts et main. Il s'agit d'une lésion provoquée par un refroidissement local.
- **L'hypothermie** de l'organisme se constitue quand la température du corps, normalement aux alentours de 37°C, devient inférieure à 35°C. Ce refroidissement survient à la suite d'une exposition prolongée au froid, plus particulièrement humide.

Les personnes âgées, les enfants, les « sans abris », les malades ou personnes fragiles sont plus particulièrement exposés aux accidents dus au froid. L'exposition au vent, le séjour dans l'eau, l'alcool et la prise de drogues facilitent ces accidents.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Les gelures peuvent être accompagnées d'une hypothermie.

9.1 Conséquences

L'immobilité et l'exposition prolongée des extrémités de l'organisme au froid, entraînent une interruption de la circulation et une lésion des tissus.

Sans intervention, l'hypothermie provoque un ralentissement des fonctions vitales, éventuellement jusqu'à leur interruption (inconscience, arrêt cardio-respiratoire).

9.2 Comment reconnaître :

9.2.1 Les gelures ?

Elles siègent au niveau des extrémités.

Elles débutent par une sensation de « piqûres d'aiguille », suivie d'un engourdissement et d'un durcissement des extrémités, avec pâleur locale, dont l'évolution se fera vers une peau brune, accompagnée d'une insensibilité.

Au cours du réchauffement, les extrémités deviennent douloureuses, rouges, chaudes et il apparaît des cloques.

9.2.2 L'hypothermie ?

A mesure que la température du corps diminue, la victime présente successivement :

- Des frissons ;
- Une peau pâle, froide et sèche ;
- Des troubles de la conscience (désorientation, confusion, agitation, inconscience) ;
- Un ralentissement de la respiration ;
- Un ralentissement du pouls qui devient très difficile à percevoir ;
- Dans le cas extrême, un arrêt cardio-respiratoire.

9.3 Principe de l'action de secours

- Eviter toute déperdition supplémentaire de chaleur ;
- Surveiller attentivement la victime (risque d'arrêt cardio-respiratoire) ;
- Demander un avis médical.

9.4 Conduite à tenir

- Isoler la victime dans un endroit chaud (habitation, véhicule, ambulance...), lui ôter les vêtements surtout s'ils sont mouillés ou humides.
- Examiner la victime et réaliser les gestes de secours qui s'imposent ;
- Si vous avez le matériel adapté et si vous êtes formé à son utilisation, prendre la température de la victime. Noter le chiffre relevé et le transmettre.
- Envelopper la victime dans des couvertures puis dans une couverture de survie.
- Demander un avis médical.

Si la victime présente des **signes de gelures** :

- Enlever doucement gants, bagues, chaussures ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Lorsque la victime est au stade de la sensation de « piqûres d'aiguilles », pour empêcher l'aggravation des lésions :
 - Ne pas frotter, ni masser les régions gelées ;
 - Envelopper les zones atteintes dans des linges, ou les placer, lorsque cela est possible, au contact de la peau de la victime (mains sous les aisselles, etc....) pour les réchauffer ;
- Demander un avis médical.

Toute victime qui présente une hypothermie doit être examinée par un médecin

10. PERSONNE VICTIME D'UNE PENDAISON OU D'UNE STRANGULATION

On appelle pendaison une suspension du corps par le cou et étranglement ou strangulation, une constriction du cou ou une pression sur la gorge.

La pendaison et la strangulation peuvent survenir :

- De manière accidentelle, par exemple lorsqu'un vêtement ou une cravate se prend dans une machine ou au cours de jeu, notamment chez les enfants ;
- De façon volontaire, dans un but suicidaire ou criminel.

10.1 Conséquences

Si l'on exerce une pression sur l'extérieur du cou, les voies aériennes et les vaisseaux du cou sont comprimés : l'afflux d'air vers les poumons et/ou la circulation du sang vers le cerveau sont interrompus.

Lors de la pendaison, sous l'effet du poids du corps (chute), la victime peut avoir une lésion vertébrale avec atteinte de la moelle épinière.

10.2 Comment reconnaître ?

Le bilan circonstanciel permet souvent de constater une pendaison ou de suspecter une strangulation : corps pendu (même si une partie du corps touche le sol), présence d'un objet constrictif autour du cou.

La victime peut être inconsciente, présenter un arrêt cardio-respiratoire ou une détresse respiratoire.

L'examen du cou de la victime peut montrer des marques (traces de strangulation).

10.3 Principe de l'action de secours

- Supprimer la cause tout en protégeant le rachis cervical ;
- Réaliser les gestes de secours d'urgence nécessaire ;
- Obtenir un avis médical.

10.4 Conduite à tenir

- Desserrer et enlever rapidement toute source de constriction du cou, soutenir puis dépendre le corps en se faisant aider.
- Maintenir l'axe tête cou tronc dès que possible ;
- Allonger la victime au sol ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Poser un collier cervical ;
- Examiner la victime et réaliser les gestes de réanimation ou de secours nécessaires ;
- Demander un avis médical immédiatement, même si la victime ne présente aucun signe de détresse.

Ne pas détruire, jeter ou déplacer des objets, plus que nécessaire, comme une corde nouée qui peut servir de preuve à la police.

PARTIE 5

LES AFFECTIONS SPÉCIFIQUES

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de prendre en charge une personne, victime d'une affection spécifique. Plus précisément, il s'agit de :

- Prendre en charge un malade qui présente une crise convulsive généralisée.
- Prendre en charge un diabétique qui présente un malaise.
- Prendre en charge une personne qui présente une crise d'asthme.
- Prendre en charge une personne, victime d'une réaction allergique.
- Prendre en charge une femme enceinte (accouchement ou fausse couche).
- Réaliser la technique suivante :
 - Aider à la prise d'un médicament.

2. PRINCIPE

Les affections particulières regroupent un ensemble d'affections facilement identifiables par l'équipier secouriste et qui nécessitent d'adapter la conduite à tenir générale.

Dans tous les cas, l'équipier secouriste doit appliquer la conduite à tenir générale devant la victime : bilan circonstanciel, bilan d'urgence vitale, bilans complémentaires, gestes de secours nécessaires et surveillance. Toutefois, il doit aussi réaliser des gestes complémentaires spécifiques liés à l'affection que présente la victime.

3. MALADE QUI PRÉSENTE UNE CRISE CONVULSIVE GÉNÉRALISÉE

La crise convulsive se caractérise par la survenue brutale d'une perte de connaissance, accompagnée de mouvements de type secousses involontaires qui touchent, en règle générale, l'ensemble du corps et qui durent moins de 5 minutes. Exceptionnellement, elles peuvent se prolonger.

3.1 Les causes

Les crises convulsives peuvent avoir de nombreuses causes (cf. partie sur les accidents électriques), y compris :

- L'épilepsie ;
- Certaines maladies entraînant des lésions cérébrales ;
- Le traumatisme crânien ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Le manque d'oxygène au niveau du cerveau ;
- L'absorption de certains poisons ;
- La fièvre élevée, notamment chez le nourrisson.

3.2 Conséquences

La survenue d'une crise convulsive peut être à l'origine :

- De traumatismes ;
- D'une obstruction des voies aériennes par la langue chez une victime inconsciente si elle est laissée sur le dos ou si elle vomit.
- La crise convulsive peut être le signe d'une maladie grave : Elle peut être, notamment, le signe d'un arrêt cardiaque.

3.3 Signes de reconnaissance

La crise convulsive se caractérise par :

- La survenue d'une perte brutale de connaissance avec chute de la victime ;
- La survenue, ensuite, d'une raideur de la victime et de secousses musculaires involontaires, touchant un ou plusieurs membres, accompagnées d'une fermeture de la bouche et d'une respiration bruyante. Cette phase dure, en règle générale, moins de 5 minutes pendant lesquelles la victime peut uriner ou se mordre la langue ;
- Après les secousses, la victime reste inconsciente quelques minutes puis reprend progressivement conscience. Elle peut être hébétée ou se comporter de manière étrange ;
- La victime ne se souvient de rien (amnésie des circonstances).

3.4 Principe de l'action de secours

Devant une victime qui présente une crise convulsive, l'équipier secouriste doit :

3.4.1 Pendant la crise

- Eviter à la victime de se blesser ;

3.4.2 Au décours de la crise

- Réaliser un bilan complet de la victime et les gestes de secours nécessaires ;
- Assurer la liberté des voies aériennes ;
- Demander un avis médical ;
- Refroidir un nourrisson qui présente de la fièvre ;
- Rassurer l'entourage ;
- Surveiller attentivement la victime et vérifier l'existence d'une ventilation et du pouls carotidien.

3.5 Conduite à tenir

L'équipier secouriste ne pourra, à aucun moment, arrêter une crise convulsive qui a débuté, il ne doit pas contraindre les mouvements de la victime.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Si vous êtes présent au début de la crise, éviter que la victime chute et ne se blesse. Allonger la victime au sol, écarter les personnes qui sont autour.

Pendant la crise convulsive, il faut :

- Dégrafer le col ou la cravate de la victime ;
- Glisser, si possible, un vêtement ou une couverture sous et autour de sa tête pour la protéger ;
- Ecarter tout objet qui pourrait être traumatisant.

Au décours de la crise convulsive, il faut :

- Examiner la victime ;
- Assurer la liberté des voies aériennes et placer la victime en position latérale de sécurité si elle est inconsciente et qu'elle respire ;
- Si la victime ne respire pas, pratiquer alors les gestes qui s'imposent ;
- Demander un **avis médical**, dès que possible ;
- Lorsque la victime redevient consciente, la garder au calme et la rassurer ;
- Noter l'heure de survenue et la durée de la crise ;
- Dans la mesure du possible changer les vêtements souillés.

3.6 Cas particuliers

- **Tout mouvement anormal et répétitif chez une victime inconsciente doit être signalé dans le bilan.**

- **La persistance d'une crise au-delà de 5 minutes ou la répétition des crises sont des signes de gravité qui imposent d'appeler le SAMU – centre 15 immédiatement.**

- **La crise convulsive chez le nourrisson :**

- Cette crise est habituellement provoquée par la fièvre lors d'une maladie infectieuse (infection de la gorge, de l'oreille...) ou d'une exposition exagérée à la chaleur.
- Elle s'accompagne d'une révulsion oculaire, d'un tremblement des paupières, d'une pâleur ou d'une cyanose si le nourrisson s'arrête de respirer ;
- L'enfant est chaud au toucher s'il a de la fièvre ;
- La conduite à tenir est identique à celle de l'adulte, mais il faut en plus contrôler la température de l'enfant et, en cas de fièvre, le refroidir. C'est à dire :
 - Découvrir l'enfant ;
 - Aérer la pièce ;
 - Recouvrir l'enfant d'un linge humide ;
 - Demander un avis médical et réaliser les consignes données.

4. DIABÉTIQUE QUI PRÉSENTE UN MALAISE

Comme l'oxygène, le sucre est essentiel au fonctionnement de l'organisme et, notamment, du cerveau. L'organisme produit une **hormone** appelée « insuline » qui intervient dans le transport et la pénétration du sucre dans les tissus.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Le **diabète** est une maladie au cours de laquelle l'organisme, par manque de production de cette hormone, n'arrive pas à réguler le passage et l'utilisation du sucre qui est transporté par le sang vers les tissus du corps.

Les diabétiques doivent surveiller attentivement la quantité de sucre présente dans leur alimentation.

Certains utilisent un appareil qui leur permet, à partir d'une goutte de sang prélevée au niveau du doigt, de mesurer et de surveiller leur taux de sucre dans l'organisme. Un traitement médical, pris régulièrement, leur permet de réguler l'utilisation du sucre par l'organisme.

Un apport insuffisant de sucre ou un excès de traitement peuvent entraîner un manque grave de sucre à l'origine d'un malaise : c'est « **l'hypoglycémie** ».

La plupart des diabétiques connaissent ce risque et ont sur eux un morceau de sucre qu'ils doivent prendre immédiatement en cas de malaise pour faire remonter le taux de sucre rapidement. Cependant, la survenue du malaise est parfois très brutale. L'équipier doit alors aider le diabétique.

4.1 Les causes

Les malaises par manque de sucre sont fréquents chez le diabétique et sont facilités par :

- Une alimentation inadaptée ;
- Un exercice physique intense ;
- L'excès de traitement ;
- L'exposition prolongée au soleil ;
- La fièvre...

4.2 Conséquences

Lorsque le taux de sucre diminue, le fonctionnement du cerveau est rapidement altéré et une détresse neurologique s'installe pouvant aller jusqu'à l'inconscience.

4.3 Signes de reconnaissance

Les signes apparaissent chez une personne connue comme étant diabétique. Dans sa forme la plus grave, la victime peut être **inconsciente** (cf. RNC PSE 1).

Si elle est consciente, la victime peut se plaindre :

- D'avoir faim ;
- D'être très fatiguée ;
- De sentir son cœur battre rapidement ;
- De tremblements.

Lors de l'examen, l'équipier secouriste constate :

- Parfois un trouble du comportement (agitation, agressivité, signes d'ébriété sans consommation d'alcool...);
- Des sueurs abondantes ;
- Une pâleur.

Quand l'équipier secouriste interroge la victime ou son entourage, il apprend qu'elle est **diabétique**.

4.4 Principe de l'action de secours

Devant un diabétique qui présente un malaise, l'équipier secouriste doit :

- Aider la victime à faire remonter le taux de sucre dans son sang, si elle est consciente ;
- Demander un avis médical.

4.5 Conduite à tenir

Si la victime est inconsciente, réaliser les gestes de secours qui s'imposent (cf. RNC PSE 1)

Si la victime est consciente :

- Réaliser le bilan de la victime (cf. partie sur les bilans) ;
- Aider la victime à prendre du sucre (immédiatement plusieurs morceaux de sucre puis du pain, de la confiture...) ;
- Demander un avis médical si son état ne s'améliore pas rapidement ou au moindre doute.

5. PERSONNE QUI PRÉSENTE UNE CRISE D'ASTHME

La crise d'asthme est provoquée par la contraction brutale des muscles bronchiques. Cette manifestation aboutit à un rétrécissement des voies aériennes qui rend la respiration difficile.

Les asthmatiques ont souvent avec eux des médicaments sous forme d'aérosol doseur (spray) qu'ils utilisent en cas de crise pour la faire céder. Ces médicaments entraînent une dilatation des petites bronches et facilitent la respiration.

5.1 Les causes

La crise d'asthme peut être déclenchée par certains facteurs favorisants, comme :

- Une allergie ;
- Une infection ;
- Certains médicaments ;
- La fumée...

5.2 Conséquences

La crise d'asthme rend la respiration difficile et peut entraîner une détresse respiratoire (cf. RNC PSE 1).

5.3 Signes de reconnaissance

Les signes apparaissent chez une personne souvent connue comme étant asthmatique.

Dans sa forme grave :

- La victime est consciente, très angoissée et **se plaint** de respirer difficilement.

Lors de l'examen, l'équipier secouriste peut constater :

- Un sifflement à l'expiration ;
- Une difficulté à parler ;
- Une agitation ;
- La victime demande à rester assise et refuse de s'allonger ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- La victime peut présenter une **détresse respiratoire** avec trouble de la conscience, voire un arrêt cardio-respiratoire (cf. RNC PSE 1).

5.4 Principe de l'action de secours,

Devant une personne qui présente une crise d'asthme, l'équipier secouriste doit :

- Faciliter la respiration de la victime ;
- Demander un avis médical.

5.5 Conduite à tenir

La victime présente **une détresse respiratoire, s'arrête de respirer ou présente une inconscience** :

- Réaliser les gestes de secours qui s'imposent (cf. RNC PSE 1).

La victime est **consciente** :

- Installer la victime dans la position où elle se sent le mieux pour respirer, il s'agit souvent de la position assise ou demi assise ;
- La rassurer, lui demander de rester calme ;
- Aider la victime à utiliser son aérosol doseur (cf. technique sur l'administration de médicaments). L'utilisation d'un aérosol doseur peut permettre de faire céder la crise rapidement ;
- Mettre la victime sous inhalation d'oxygène (cf. RNC PSE1) ;
- Demander dans tous les cas un avis médical.

6. PERSONNE VICTIME D'UNE RÉACTION ALLERGIQUE

L'allergie est une réaction de l'organisme à une substance étrangère touchée, inhalée ou avalée comme le pollen, un aliment, un produit chimique ou un médicament.

6.1 Conséquences

Les réactions allergiques provoquent plusieurs types de conséquences qui peuvent coexister chez une même personne :

- Des manifestations respiratoires comme un écoulement nasal (rhume des foins...) ;
- L'apparition de plaques rouges sur la peau avec démangeaisons ;
- Des troubles digestifs avec diarrhée, vomissements... ;

Mais parfois ces manifestations peuvent être graves, comme la survenue :

- D'une détresse respiratoire par crise d'asthme ou secondaire à un gonflement de la peau au niveau du cou, du visage et de la gorge avec obstruction des voies aériennes ;
- D'une détresse circulatoire.

Parfois, des personnes connaissent bien leur allergie et le risque qu'elles encourent. Dans ce cas, elles peuvent être en possession d'un médicament sous forme de seringue auto injectable dont l'administration doit être rapide au début des signes de la réaction allergique.

6.2 Signes de reconnaissance

Ils peuvent survenir chez une personne qui connaît son allergie ou qui présente ces signes pour la première fois. Il s'agit :

- D'un écoulement nasal, d'éternuements ;
- D'une modification de la voix (qui devient rauque...) ;
- D'un gonflement de la peau au niveau du cou, du visage et des paupières ;
- De l'apparition de plaques rouges sur la peau avec démangeaisons.

Ils peuvent être isolés ou associés et annoncer une détresse respiratoire ou une détresse circulatoire.

6.3 Principe de l'action de secours

Devant une personne qui présente une réaction allergique, l'équipier secouriste doit :

- Examiner la victime et réaliser les gestes de secours qui s'imposent ;
- Aider la victime à s'administrer un médicament si nécessaire ;
- Demander un avis médical.

Dans tous les cas, **l'équipier secouriste se limitera strictement à réaliser les gestes secouristes enseignés**

6.4 Conduite à tenir

Si la victime présente **une détresse respiratoire, une détresse circulatoire ou devient inconsciente**, réaliser les gestes de secours qui s'imposent (cf. RNC PSE 1).

Si la victime **connaît son allergie et possède une seringue auto injectable**, l'aider à l'utiliser si elle le demande.

Dans tous les cas demander un avis médical au SAMU – centre 15.

Surveiller la victime jusqu'au relais.

7. FEMME ENCEINTE (ACCOUCHEMENT, FAUSSE COUCHE)

L'équipier secouriste peut rencontrer deux situations dans lesquelles il est amené à porter secours : l'accouchement et la fausse couche.

7.1 L'accouchement

L'accouchement est un phénomène naturel qui permet à une femme enceinte d'expulser l'enfant hors de l'utérus au terme de la grossesse. La durée de l'accouchement est variable, le plus souvent suffisamment long pour que l'on ait le temps d'emmener la femme enceinte à l'hôpital. C'est pourquoi, il est important de connaître les signes annonciateurs de l'accouchement.

7.1.1 Description

Le fœtus (futur enfant) prêt à naître se trouve dans le ventre de la mère à l'intérieur d'un muscle appelé l'utérus.

Il baigne dans un liquide naturel (liquide amniotique) et est relié à la mère par l'intermédiaire d'un cordon (cordon ombilical) à l'intérieur duquel transitent les vaisseaux nécessaires au développement du fœtus. Ce dernier est relié à l'utérus par le placenta (fig. 5.1).

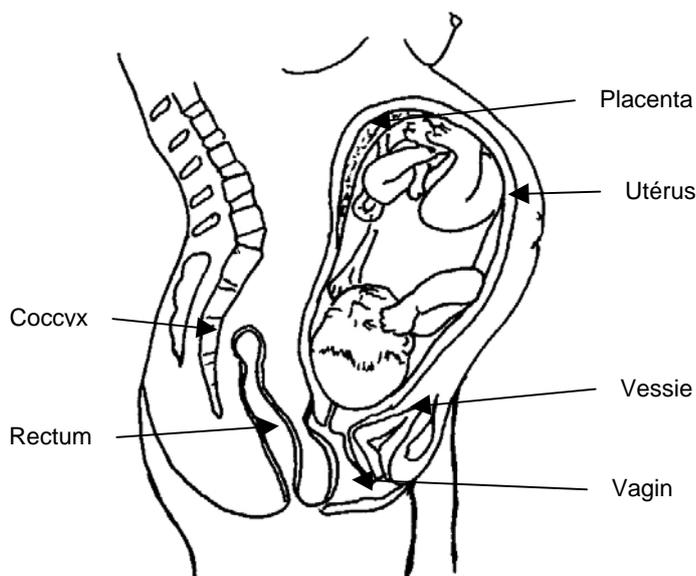


Figure 5.1 : Position du fœtus dans le ventre de la mère

7.1.2 La naissance d'un enfant se déroule en trois étapes :

1) Le travail :

À la fin de la grossesse, l'utérus commence à se contracter, de plus en plus régulièrement et de plus en plus fort.

L'utérus commence à s'ouvrir pour pouvoir laisser passer l'enfant. L'ouverture se traduit par la sortie de glaires sanguinolentes et parfois d'un liquide clair (perte des eaux).

Le travail peut durer de plusieurs minutes à plusieurs heures suivant la personne. Il est habituellement plus rapide chez une femme qui a déjà accouché une ou plusieurs fois.

2) L'expulsion :

L'orifice (col) de l'utérus s'ouvre de plus en plus sous l'effet des contractions. Le fœtus descend vers le vagin, en général la tête la première. Le nouveau né apparaît alors et progressivement va sortir du corps de la mère. Une fois expulsé, le nouveau né se met à crier mais est toujours relié à la mère par le cordon ombilical. Le nouveau né peut alors, après section du cordon ombilical, être pris en charge.

L'expulsion peut durer plusieurs minutes.

3) La délivrance :

Il s'agit de la sortie hors de l'utérus du placenta et du reste du cordon ombilical. Elle survient 20 à 30 minutes après la sortie du nouveau né.

7.1.3 Le début du travail

a) Signes de reconnaissance

La mère se plaint de douleurs au ventre de plus en plus intenses et de plus en plus rapprochées et prolongées.

La mère peut percevoir un écoulement d'eau plus ou moins abondant entre les cuisses (perte des eaux).

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

b) Principe de l'action de secours

- Demander un avis médical ;
- Rassurer la mère.

c) Conduite à tenir

- Réconforter la mère ;
- Installer la future maman dans la position la plus confortable pour elle ;
- Réaliser un bilan au cours duquel vous demanderez à la mère ou son entourage :
 - S'il s'agit du premier accouchement ;
 - La date et le lieu prévus de l'accouchement ;
 - Si la mère a perdu les eaux, depuis quand et leur couleur ;
 - Si la grossesse a été normale et est suivie par un médecin (un carnet de grossesse peut avoir été rédigé) ;
 - Les antécédents.
- Noter la fréquence et la durée des contractions ;
- Administrer de l'oxygène à la mère (important pour le fœtus) ;
- Demander un avis médical et respecter les consignes du médecin ;
- Surveiller la mère, lui parler.

7.1.4 L'expulsion

a) Signes de reconnaissance

L'expulsion se produit naturellement. La mère ressent une envie involontaire de pousser. La tête du nouveau né commence à apparaître entre les cuisses de la mère, puis ses épaules.

b) Conséquences

L'expulsion ne doit pas être rapide, ni brutale. Se méfier que le nouveau né ne chute pas au sol. Au cours de l'expulsion, le cordon peut être entouré autour du cou du nouveau né et l'empêcher de sortir complètement.

c) Principe de l'action de secours

- Laisser faire la nature ;
- Ne jamais tirer sur le cordon ombilical ;
- Eviter la chute du nouveau né ;
- Eviter le refroidissement et l'étouffement du nouveau né.

d) Conduite à tenir

- Réduire le nombre de personnes présentes au minimum, mais conserver une personne que la mère désire voir rester ;
- Demander un avis médical si ce n'est pas déjà fait ;
- Se protéger contre les projections liquides (gants, masque, lunettes) ;
- Installer la future maman confortablement sur un lit en position demi assise, cuisses fléchies, jambes écartées (fig. 5.2). **Recouvrir la mère d'un drap** ;

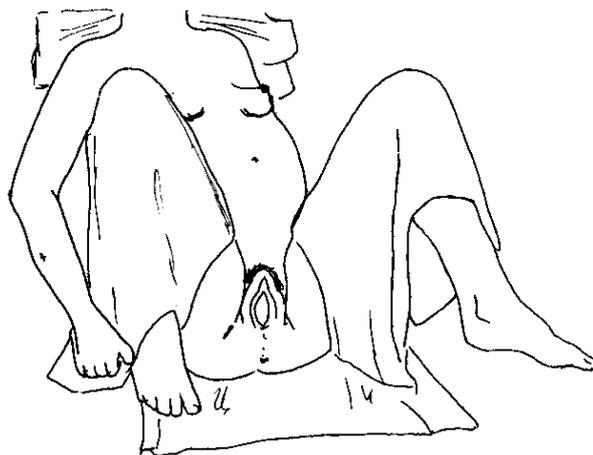


Figure 5.2 : Accouchement, installation de la mère

- Dès que la tête de l'enfant est sortie, dire à la mère de ne plus pousser sauf au moment du passage des épaules ; laisser l'expulsion se faire naturellement (fig. 5.3a) ;
- Si le cordon ombilical entoure le cou du nouveau né, le faire glisser, si possible, délicatement par-dessus sa tête ;
- Maintenir l'enfant avec les mains (protégées par des gants à usage unique), placées sous son corps pendant la sortie (fig. 5.3 b) ;
- Noter l'heure de la naissance ;
- Une fois expulsé, le nouveau né se met à crier. Allonger l'enfant sur le ventre de sa mère, au contact direct avec sa peau ;
- Clamper le cordon ombilical à environ 10 cm du nouveau né en utilisant un clamp prévu à cet effet.

Ne jamais tirer sur le cordon ombilical

- Sécher le nouveau né avec une serviette éponge et recouvrir le nouveau né et la mère d'une couverture isotherme ;
- Surveiller la mère et l'enfant dans l'attente d'un relais ;
- Si l'enfant ne crie pas, rechercher une détresse vitale et pratiquer les gestes qui s'imposent (cf. RNC PSE 1).

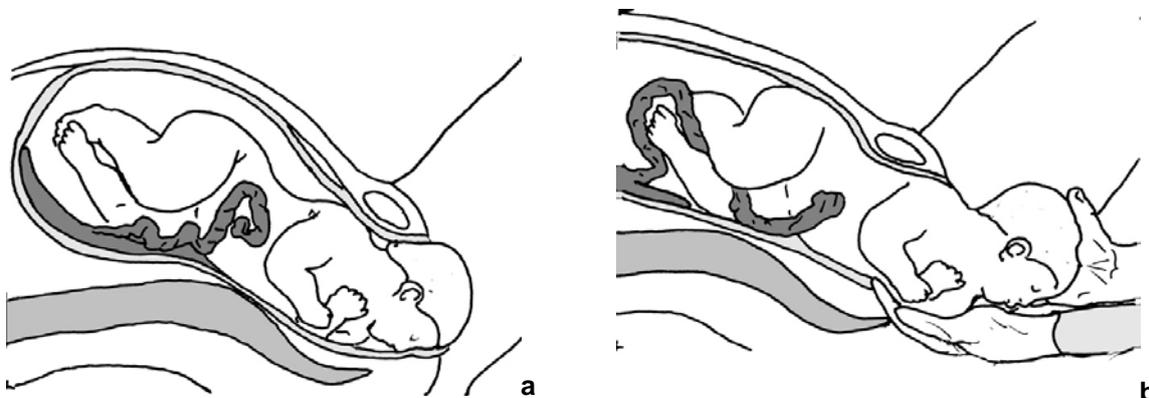


Figure 5.3 : Accouchement - (a) début de l'accouchement,
(b) Position des mains de l'équipier pour la sortie du nouveau né

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

7.1.5 La délivrance

a) Signes de reconnaissance

20 à 30 minutes après l'expulsion, la mère ressent de nouvelles contractions. Il est rare qu'une aide médicale ne soit pas présente à cette phase.

b) Conséquences

Une hémorragie peut survenir après la délivrance.

c) Principe de l'action de secours

- Rassurer et surveiller attentivement la maman ;
- Conserver le placenta.

d) Conduite à tenir

- Rassurer la mère lors des nouvelles contractions.

Ne jamais tirer sur le cordon ombilical
--

- Ne pas tirer sur le cordon, laisser la mère pousser seule ;
- Surveiller la mère. En cas de saignement abondant ou de signes de détresse circulatoire, réaliser les gestes qui s'imposent (cf. RNC PSE 1) ;
- Conserver le placenta, y compris les morceaux, dans un sac plastique. Le médecin doit vérifier l'intégralité du placenta (risque hémorragique, risque infectieux).

7.2 La fausse couche (ou avortement spontané)

La fausse couche est la perte d'un embryon ou d'un fœtus avant la 22^{ème} semaine de grossesse.

a) Conséquences

La fausse couche fait courir le risque d'hémorragie grave et de détresse circulatoire.

b) Signes de reconnaissance

La femme enceinte, victime d'une fausse couche, se plaint généralement d'une douleur du ventre. Cette douleur est accompagnée d'un **saignement vaginal inattendu** qui peut être brutal et parfois abondant.

Dans certaines situations la grossesse est cachée ou méconnue.

c) Principe de l'action de secours

Devant une femme qui présente une fausse couche, l'équipier secouriste doit :

- Rassurer et reconforter la victime ;
- Se limiter aux gestes secouristes enseignés ;
- Demander un avis médical.

d) Conduite à tenir

- Allonger la victime dans une position confortable ; la couvrir si nécessaire ;
- Lui demander la date de début de la grossesse et si elle est suivie pour cette grossesse. Si la grossesse est non connue, la date des dernières règles ;
- Proposer à la victime de placer entre les cuisses des serviettes ou des pansements absorbants pour assurer une protection (cf. partie sur les hémorragies externes) ;
- Demander un avis médical (médecin traitant, médecin du centre 15) ;
- Si la fausse couche survient, conserver l'embryon et les morceaux qui seront utilisés par le médecin pour en vérifier l'intégralité et pour les analyser ;
- Sur avis médical, ou si la victime présente des signes de détresse circulatoire, réaliser les gestes de secours qui s'imposent (cf. partie sur les détresses vitales) ;
- Surveiller la victime sans lui donner à boire.

TECHNIQUE 5.1 – AIDER À LA PRISE D'UN MÉDICAMENT

1. Justification

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

2. Indications

Un équipier secouriste ne peut aider une victime à prendre un médicament que si ce dernier est utilisé :

- Pour soulager, diminuer ou faire disparaître une douleur qui est apparue au moment du malaise ou qui vient de s'aggraver ;
- Pour améliorer l'état respiratoire d'une victime.

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

2.1 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 ;
- A 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.

2.2 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.

2.3 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.

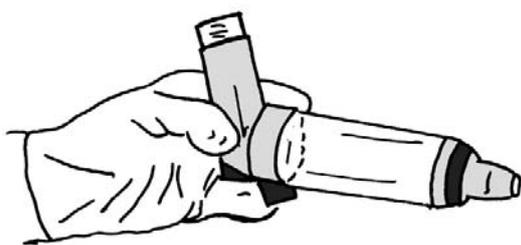
2.4 Le médicament n'est pas périmé

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.

3. Matériel

Les médicaments administrés dans ce cadre le sont par inhalation, par voie orale, sous la langue, ou par injection. Ils sont sous forme :

- De gaz : c'est l'oxygène ;
- D'aérosols (sprays), parfois administrés par l'intermédiaire d'une chambre de mélange (ou d'inhalation) (fig. 5.4a) ;
- De comprimés ;
- De seringues auto injectables (fig. 5.4b).



a



b

Figure 5.4 : Médicaments

(a) inhalateur avec chambre de mélange - (b) Seringue auto-injectable

4. Réalisation

4.1 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 (fig. 5.5) ;



Figure 5.5

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- 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.

4.2 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.

4.3 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.

5. 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.

6. Evaluation

L'administration de certains médicaments peut entraîner une amélioration rapide de l'état d'une victime.

7. Points clés

L'équipier secouriste peut aider une victime à prendre un médicament, si :

- 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.

PARTIE 6

LES SOUFFRANCES PSYCHIQUES ET LES COMPORTEMENTS INHABITUELS

1. OBJECTIFS

A la fin de cette partie, vous serez capable de prendre en charge une personne qui présente une souffrance psychique ou un comportement inhabituel. Plus précisément, il s'agit de :

- Définir la souffrance psychique.
- Définir un comportement inhabituel et ses principales causes.
- Identifier les différents types de comportements inhabituels.
- Préciser les principes de l'action de secours devant une personne ou une victime qui présente une souffrance psychique.
- Préciser les conduites à tenir devant une personne ou une victime présentant un comportement inhabituel.
- Préciser la conduite particulière à tenir devant les situations suivantes :
 - Un attroupement de personne, une foule ;
 - Un comportement violent ;
 - Un refus de soins et/ou de transport ;
 - Une tentative de suicide ;
 - Une agression sexuelle ;
 - La mort ;
 - Un évènement « traumatisant ».

2. PRINCIPE

L'équipier secouriste doit contribuer à prévenir et à soulager une victime et/ou son entourage qui présente (ou est susceptible de développer) un comportement inhabituel et/ou une souffrance psychique. Cela peut être le cas après un accident, un traumatisme, une maladie, une prise de toxique ou, plus largement, après un stress important.

Les comportements inhabituels et la souffrance psychique peuvent s'aggraver au décours de l'intervention et sont le témoin d'une détresse intense qu'il convient de prendre en compte comme toute autre détresse.

Cette attention singulière portée à la victime et/ou à son entourage s'inscrit plus globalement dans l'état d'esprit de l'équipier secouriste, qui veille scrupuleusement au respect de la dignité de la personne humaine.

3. LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La **souffrance psychique** se caractérise par une douleur morale. Cette douleur est une réaction normale à un événement inhabituel avant d'être le fait d'une maladie, d'un traumatisme, d'une prise de toxique, d'un stress important ou encore d'une affection psychiatrique.

La souffrance psychique peut parfois se manifester par des comportements inhabituels.

4. LE COMPORTEMENT INHABITUEL ET SES PRINCIPALES CAUSES

Un comportement inhabituel est la manifestation d'une souffrance ou d'une détresse psychique. Cette détresse traduit une altération, voire une rupture du contact habituel entre cette personne et la réalité commune. Mais avant tout, elle traduit la rupture du sujet avec lui-même (« on ne le reconnaît plus » ; « il n'est plus lui-même »...).

Un comportement inhabituel peut être accompagné par des troubles de la communication, des troubles de la relation ou une altération du langage. Souvent, difficilement tolérée par la victime elle-même et/ou par son entourage, elle peut enfreindre les règles d'usage et les conduites habituelles dans le groupe social auquel elle appartient.

Des comportements inhabituels peuvent être le motif de l'intervention des équipiers secouristes ou survenir secondairement au cours de la prise en charge d'une victime qui présente une aggravation brutale d'une maladie, d'un traumatisme ou autre.

Dans certaines situations, plusieurs personnes, comme la victime et son entourage, peuvent présenter en même temps et dans un même lieu, des comportements inhabituels différents.

Plusieurs causes peuvent être à l'origine d'un comportement inhabituel.

4.1 Les causes physiques

4.1.1 Les *maladies*, particulièrement celles qui entraînent :

- Une baisse du taux de sucre dans le sang (malaise hypoglycémique du diabétique) ;
- Un manque d'oxygénation du cerveau (par exemple une détresse respiratoire) ;
- Une fièvre élevée ;
- Une baisse excessive de la température corporelle de la victime (hypothermie) ;
- Une tumeur cérébrale...

4.1.2 Les *traumatismes*, par exemple :

- Traumatisme crânien ;
- Hémorragies graves (Cf. partie sur les hémorragies externes) ;
- Douleurs intenses...

4.1.3 La *prise de toxiques* (volontaire ou involontaire) :

- L'alcool (intoxication aiguë ou sevrage) ;
- Les stupéfiants ;
- Les médicaments...

4.2 Les causes psychiques

- **Les troubles psychiques** comme la panique, les états dépressifs ou d'autres affections psychiatriques plus graves ;
- **Le stress dépassé** (cf. cas particulier) ...

5. LES DIFFÉRENTS TYPES DE COMPORTEMENTS INHABITUELS

Les comportements inhabituels peuvent être des urgences d'ordre psychiatrique.

L'équipier secouriste peut se trouver devant une victime :

- Agitée ;
- En état de stupeur ;
- Anxieuse ;
- Agressive et/ou violente ;
- Voulant ou ayant tenté de se suicider.

5.1 La victime est agitée

Cette agitation se traduit par une hyper activité de la victime, d'intensité et de durée variable. La personne tient des propos incohérents, parle beaucoup, bouge dans tous les sens, ne parvient pas à fixer son attention ou à se contrôler. Cette agitation suscite souvent une réaction d'intolérance de l'entourage. Un des risques de cet état est que, par ses actions non coordonnées, irréfléchies et incontrôlables, la personne mette en danger autrui et elle-même.

On remarque souvent que la personne :

- Ne veut pas ou ne peut pas parler ;
- Refuse la présence de l'équipier secouriste ;
- Refuse la parole d'un autre ;
- Refuse de l'aide.

CAT : La présence de l'équipier secouriste ne doit pas être oppressante mais vigilante afin de ne pas se mettre en danger, prévenir tout péril pour la victime et, au besoin, faire appel aux forces de l'ordre.

5.2 La victime présente un état de stupeur

La stupeur est l'opposé de l'agitation. Ce que la victime nous donne à **voir et à « entendre »**, c'est son **SILENCE**. Elle n'a pas envie ou pas la possibilité de parler. Bien souvent, en parallèle, elle n'a pas envie ou pas la possibilité de bouger. Elle s'exprime alors avec son regard et par son mutisme. On remarque souvent qu'elle ne refuse pas :

- La présence de l'équipier secouriste ou d'un tiers ;
- Les paroles de l'équipier secouriste ;
- De l'aide.

CAT : S'il est légitime de demander à la victime des renseignements sur la nature et sur la localisation de sa douleur, l'équipier secouriste doit aussi repérer quand il gêne la victime, en la pressant de questions, par exemple.

Si la prise en charge d'une victime en état de stupeur paraît moins difficile pour l'équipier secouriste que celle d'une victime agitée, la souffrance psychique et la gravité de cet état n'en sont pas moindres.

5.3 La victime est anxieuse

La victime « se sent mal », présente un fort sentiment d'insécurité, de danger immédiat, de peur de devenir folle ou de mourir prochainement. La victime est le plus souvent agitée ou à l'inverse présente une **stupeur**.

Une victime anxieuse présente deux risques majeurs : un geste auto-agressif (blessures, comportement à risques, tentative de suicide...) ou la décompensation d'une maladie sous-jacente (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, asthme...). On remarque souvent que :

- La présence d'un équipier secouriste ou d'un tiers lui est précieuse ;
- Elle ne s'oppose pas toujours à ce qu'on l'aide.

La personne en difficulté a besoin de dire et de partager ce qu'elle éprouve.

CAT : L'équipier secouriste doit favoriser cette expression verbale. Son écoute doit être attentive et authentique, ce qui facilitera la confiance et la prise en charge de la victime.

La victime est agressive ou violente (cf. CAT particulière : un comportement violent)

La victime veut ou a tenté de se suicider (cf. CAT particulière : une tentative de suicide)

5.4 Cas particulier : le stress

Le stress est une réaction physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression, une menace ou une situation inopinée.

C'est une réaction utile, focalisatrice d'attention, mobilisatrice d'énergie et incitatrice à l'action.

Le stress et ses répercussions peuvent être différents d'un individu à l'autre.

Il est donc important pour tout équipier secouriste de connaître les signes du stress, ses répercussions, autant chez les personnes impliquées, blessées ou pas, que chez les intervenants secouristes en général.

Les réactions de stress s'expriment sur différents registres : psychologique, physiologique, comportemental... A ce titre, on observe :

- Une élévation du niveau de vigilance et une focalisation de l'attention sur le danger ;
- Une clarification de l'esprit, une augmentation des capacités d'évaluation et de raisonnement ;
- Un désir impérieux d'agir (qu'il s'agisse de conduite de fuite ou de défense) ;
- Un sentiment de confiance en soi.

Bien que le stress soit protecteur, certaines manifestations peuvent paraître gênantes :

- Sueurs, oppressions thoraciques, tachycardie, spasmes digestifs ;
- Sentiments d'appréhension, de peur, de frayeur, de colère, d'irréalité ;
- Tremblements, lenteur ou maladresse, automatisme des gestes.

Dans certaines circonstances (*stress dépassé ou stress répétitif*) les capacités d'adaptation peuvent être dépassées et inopérantes, ce qui entraîne des troubles transitoires ou durables.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

Quatre types de réactions face à un évènement traumatique montrent qu'une personne (cela concerne évidemment aussi les intervenants secouristes) ne parvient pas à gérer la situation :

- La **sidération** : la personne est saisie, paralysée dans ses capacités et dans sa volonté (elle est dans une sorte d'état second) ;
- L'**agitation désordonnée** : la personne est dans un état d'excitation, de gesticulation non coordonnée, avec une incapacité à prendre une décision. La relation aux autres est aussi altérée (elle ne les reconnaît pas toujours et ne les écoute pas) ;
- La **fuite panique** : la personne réagit par une fuite éperdue, en n'écoutant personne. Ses capacités de jugement et de raisonnement sont inhibées. Elle présente un regard vide et une expression d'incompréhension totale ;
- Les **actions automatiques** : la personne semble avoir un comportement normal mais peut présenter des gestes mécaniques, répétitifs parfois inutiles.

Ces 4 types de réactions **doivent être identifiés**, en vue d'adresser la personne à **une structure de soins médico-psychologiques**.

6. PRINCIPES DE L'ACTION DE SECOURS DEVANT UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La prise en charge d'une victime, qui présente une souffrance psychique, fait partie des compétences de l'équipier secouriste.

Comme pour toute victime, l'équipier secouriste réalisera un bilan complet de la victime.

Mais en plus, il lui faut :

- Prendre le temps...

Même s'il faut distinguer et traiter en priorité l'urgence vitale, il faut cependant prendre du temps pour assurer un réconfort moral.

- Agir en équipe...

Dans une équipe, la diversité est une richesse qui permet d'assurer la complémentarité des actions. Un équipier secouriste prend en compte l'urgence vitale et un autre est chargé de s'intéresser à la souffrance psychique ou psychosociale de la victime ou de son entourage.

Au cours des différentes interventions, il est souhaitable que ce ne soit pas toujours le même équipier secouriste qui tient le même rôle et, si possible, d'avoir des équipes mixtes afin de faciliter la communication.

« Je suis, je questionne » « J'informe, je rassure » « Je fais »

- Se présenter et indiquer à la victime que l'équipe de secouriste est là pour l'aider « Je suis..., je questionne... » ;

L'intervention commence par une prise de contact, le plus souvent verbale, pour expliquer la raison de notre venue. Des questions sur le ressenti actuel, sur la localisation de la douleur, montrent, au-delà de la recherche de signes, l'intérêt particulier que l'on porte à la victime.

Attention : L'équipier secouriste doit pouvoir repérer quand il gêne la victime en la pressant de questions.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- Expliquer ce qui se passe « J'informe, je rassure »...

Un bon contact avec la personne blessée physiquement et/ou psychiquement peut l'apaiser et limiter l'apparition d'un comportement inhabituel.

L'explication de la situation rend plus autonome la victime, tout en la rassurant.

L'équipier secouriste doit expliquer, avec des mots simples, les gestes qu'il effectue, en faisant participer, autant que possible, la victime.

- Adopter une attitude professionnelle « Je fais »...

L'équipier secouriste doit par son attitude, inspirer le calme aux victimes, aux sujets impliqués et aux éventuels témoins.

Il doit suivre les consignes données par le responsable de l'équipe et adopter un comportement « professionnel » tout en restant attentif aux demandes de la (des) victime(s).

a) La posture physique :

Être debout, assis ou accroupi change la distance de dialogue. Même lorsque l'équipier secouriste n'est pas l'interlocuteur privilégié, son attitude peut influencer l'état de la personne blessée (éviter les soupirs, les mains dans les poches, la désinvolture, la posture ou attitude supérieure, voire le mépris...).

b) La voix :

Parler distinctement sur un ton calme peut rassurer et apaiser. Un ton ferme peut aider à fixer les limites d'une crise.

c) Le respect :

Il passe très souvent par le vouvoiement et l'usage de la politesse, y compris pour une personne agressive ou désocialisée. Le vocabulaire utilisé sera adapté en fonction de l'interlocuteur sans pour autant infantiliser la personne blessée.

d) Le contact physique :

Une présence physique (éventuellement prendre la main ou le pouls) rassure souvent la victime. Si le contact physique est imposé par un geste de secours, il sera précédé d'une explication et s'effectuera dans le plus grand respect de la personne. Mais attention, le contact n'est pas appréhendé de la même façon selon les situations, les cultures, les états émotionnels...

e) L'attitude d'accueil et d'écoute

Le fait qu'une personne en état de détresse soit capable de parler est en soi plutôt rassurant. Elle peut s'adresser à l'équipier secouriste et le désigner, sans qu'il le recherche, comme un interlocuteur ou comme un témoin muet de sa souffrance. Il faut bien se garder de valider ou d'invalider des propos tenus en état d'urgence, propos que la victime pourrait par la suite regretter. Par contre, **l'authenticité de l'écoute** de la souffrance de la victime, du recueil de toutes paroles quelles qu'elles soient à une fonction humanisante, rassurante et soulageante. L'apaisement de la victime participe de sa coopération aux soins.

Il peut exister des situations où l'échange de paroles « authentiques » entre le secouriste et la victime permettra à celle-ci de s'extraire de sa détresse.

- La fin d'intervention :

L'équipier secouriste préparera la fin de l'intervention en expliquant que son rôle prend fin et qu'il sera relayé pour la suite : milieu hospitalier, médecin, téléphonie sociale...

7. CONDUITES À TENIR DEVANT UN COMPORTEMENT INHABITUEL

Comme pour toute victime, l'équipier secouriste réalisera un bilan complet de la victime pour rechercher des signes traduisant une cause physique à ce comportement inhabituel.

Une personne qui présente un ou des comportement(s) inhabituel(s) (agitation, agressivité, violence...) nécessite une approche un peu différente d'une personne présentant une souffrance psychique. Il faut être vigilant et toujours évaluer la situation et la dangerosité de la personne pour adapter ses comportements et décisions.

S'il s'agit d'une urgence psychiatrique, le **bilan** précis **fait au médecin**, lui permet de définir les modalités d'action pour la suite de l'intervention.

Si la personne représente **un danger pour elle-même, un tiers ou l'équipe de secouriste, il faut contacter la police.** (cf. CAT particulière à un comportement violent).

Il n'y a pas de conduite à tenir préétablie ; tout dépend de l'évaluation de la situation qui est faite. Cependant, il est important de :

- Parler calmement et de se présenter ;
- Évaluer les effets de la présence de l'entourage sur la personne (aggravant ou apaisant) et, en fonction, isoler ou non la personne en détresse ;
- Ne pas se sentir personnellement impliqué par l'agressivité qui appelle souvent de notre part la même réaction de rejet (comportement en miroir) ;
- Ne pas répondre à la violence par la violence ;
- Ne pas prendre « au pied de la lettre » les propos incohérents, les menaces et les injures ;
- Dans certaines situations dangereuses où l'intensité émotionnelle est grande, éviter tout contact direct, notamment le regard dans les yeux, qui peut être vécu comme une agression et entraîner des réactions violentes ;
- Ne pas rester seul avec la personne ;
- Ne pas laisser la personne seule ;
- Se mettre à la portée et à distance du malade, à sa hauteur pour parler ;
- Eloigner les objets dangereux ;
- Se mettre entre la personne et les issues (portes et fenêtres)...
-

L'intérêt porté par les intervenants au bien-être physique de la personne a souvent comme effet de soulager l'angoisse.

Si une **contention physique** est nécessaire, elle sera provisoire (attente de la police, apaisement) et coordonnée à plusieurs, ferme mais rassurante et non brutale.

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

La présence de l'équipier secouriste ne doit pas être oppressante mais vigilante afin de ne pas se mettre en danger, prévenir tout péril pour la victime et, au besoin, faire appel aux forces de l'ordre.

Celui qui dirige la manœuvre doit être déterminé et calme. Il **doit interdire les comportements violents**. Il doit interdire les attitudes de défi physique, de relevé de défi ou les injures qui exciteraient la personne.

8. CONDUITES À TENIR PARTICULIÈRES

L'équipier secouriste peut se trouver confronté à différentes situations qui nécessitent la mise en œuvre de conduites à tenir particulières.

8.1 Un attroupement de personnes, une foule

La bonne gestion d'un attroupement ou d'une foule peut permettre de diminuer l'anxiété d'une ou des victime(s), voire des impliqués.

Au cours du bilan circonstanciel, si l'équipier secouriste constate un début d'attroupement qui peut gêner l'organisation des secours ou la prise en charge de la ou des victimes, il demandera courtoisement à toutes personnes présentes de s'écarter. De même, il peut être préférable de confier des tâches à accomplir (téléphoner, porter du matériel...) aux victimes en état de le faire, aux impliqués ou aux témoins les plus agités. Ceci a pour effet, en général, de diminuer leur angoisse. Si malgré tout, l'attroupement émet des signes d'hostilité, il est souhaitable de prévenir immédiatement son autorité de tutelle ou la police afin d'obtenir un renfort et ne pas se retrouver en position d'insécurité.

Il peut arriver que les personnels de secours présents sur les lieux de l'intervention soient plus nombreux que nécessaire. La présence de nombreux personnels de secours autour de la victime, par exemple dans un appartement ou une chambre de malade, est un facteur d'angoisse pour la victime et son entourage. Le personnel qui ne participe pas directement à l'intervention doit quitter les lieux ou s'écarter afin de respecter un minimum d'intimité pour la victime, au cours du bilan et de la réalisation de gestes de secours. Seul les personnels de secours qui participent aux soins et, éventuellement, un proche de la victime doivent rester à son chevet.

8.2 Un comportement violent

L'équipe peut se trouver dans la situation de prendre en charge une personne qui est violente ou qui montre des signes d'agressivité envers l'entourage ou les intervenants secouristes.

Cette violence peut se manifester, au début, par une certaine agitation et/ou une instabilité. La victime a du mal à rester en place ou assise, présente un discours inadapté, bizarre et parfois obscène, bien souvent sur un ton élevé. Il peut s'ensuivre une agression physique des personnes qui sont autour, y compris le personnel de secours, parfois en utilisant des objets contondants ou perforants qui sont à proximité. La violence peut être favorisée ou provoquée par la prise de substances toxiques.

Devant une victime violente ou qui présente des signes d'agressivité, les équipiers secouristes doivent être particulièrement vigilants, rester face à la victime et suffisamment loin pour ne pas être agressés physiquement. Il est essentiel de toujours prévoir la possibilité de s'écarter, si nécessaire, voire de quitter rapidement la pièce :

- Rester calme et essayer d'entrer en contact verbal d'abord, puis, visuel et éventuellement, physique avec la victime ;

PREMIERS SECOURS EN ÉQUIPE DE NIVEAU 2

- En équipe, il est préférable qu'un seul et même équipier secouriste parle à la victime et, si possible, celui qui a le contact le plus facile avec elle ;
- Préciser à la victime que les intervenants secouristes sont uniquement là pour apporter de l'aide et de l'assistance ;
- Éviter tout propos et geste menaçant ou toute attitude laissant à penser à la victime qu'elle est « piégée » ;
- Interroger les personnes de l'entourage, leur demander si la victime est coutumière du fait et si elle a absorbé de l'alcool ou d'autres substances toxiques ;
- Si la victime ne présente aucun signe d'apaisement, demander le renfort des forces de l'ordre.

Attention : La prise en charge ou la neutralisation d'une personne en possession d'une arme (fusil, revolver, couteau ou autre objet dangereux ...) n'est pas du rôle des équipiers secouristes mais de la force publique. Dans ce cas, il faut rester très vigilant et demander immédiatement un renfort de la police ou de la gendarmerie. En attendant, il convient de se mettre à l'abri.

8.3 Un refus de soins et de transport

Afin de protéger les droits de la victime et éviter toute poursuite pénale à l'encontre des secours, la législation en matière de refus de soins et de transport doit être respectée.

Seule une personne majeure, juridiquement capable, saine d'esprit, clairement informée des risques qu'elle encourt, est en droit de refuser son transport vers une structure hospitalière. Dans la même logique, elle peut refuser les soins que l'on peut lui apporter. Dans cette situation, l'équipier secouriste doit en informer immédiatement le responsable d'équipe ou le médecin régulateur pour mettre en œuvre les mesures administratives nécessaires à décharger la responsabilité des secours.

Si une victime présente un comportement inadapté, on ne peut pas considérer qu'elle est suffisamment saine d'esprit pour refuser les soins et le transport. Dans cette situation, l'équipier secouriste ne doit en aucun cas laisser la victime sur place mais doit en informer immédiatement le responsable d'équipe ou le médecin régulateur.

Le transport d'une victime vers un hôpital sous la contrainte ne peut se faire qu'après intervention d'un médecin ou en présence d'un officier de police judiciaire.

8.4 Une tentative de suicide

Il s'agit d'une **crise psychique** dont le risque majeur est le suicide. La personne en état de souffrance est dans un état de rupture de son équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Elle se considère en situation d'échec avec l'impossibilité d'échapper à cette impasse. La tentative de suicide est, pour elle, une des sorties possibles de la crise (la plus grave).

Les tentatives de suicide les plus fréquentes sont réalisées par absorption de médicaments ou par coupures, notamment au niveau des poignets...

S'il s'agit d'une TS médicamenteuse ou toxique, prendre les boîtes, y compris vides, ou les flacons des produits absorbés et les remettre au personnel des urgences.

Parler et entrer en relation authentique avec la victime peut parfois stopper son geste. En aucun cas, le ou les équipiers secouristes ne doivent porter un avis personnel sur le geste réalisé par la victime.

Il est important de déléguer un autre équipier secouriste auprès des proches de la victime pour les écouter et les renseigner sur son état.

Une tentative de suicide **n'est jamais un acte anodin**. Quelle que soit la banalité du geste et de ses conséquences, **la victime doit toujours être accompagnée à l'hôpital pour un avis psychiatrique**, après bilan au médecin régulateur.

8.5 Une agression sexuelle

La prise en charge d'une victime d'agression sexuelle est particulièrement difficile pour l'équipier secouriste.

La victime peut être une femme, un homme, un enfant ou une personne âgée. Une agression sexuelle induit toujours une souffrance psychique importante. Il peut parfois être difficile pour la victime de communiquer avec **une personne du même sexe que son agresseur**. Il est alors préférable, quant cela est possible, que l'équipier secouriste en charge de la victime et en communication directe avec elle, soit du même sexe que celle-ci.

Lors de la prise en charge de la victime ou de son transport, si son état le permet, éviter d'allonger la victime et de se rassembler autour d'elle. Préférer la position semi-assise qui sera beaucoup moins angoissante.

Dans cette situation, l'équipier secouriste réalisera un bilan qu'il transmettra à son chef ou au médecin régulateur, sans oublier d'effectuer les gestes de secours nécessaires en cas de détresse vitale. Pour maintenir l'intimité de la victime, la recouvrir par un drap ou une couverture et **ne jamais la laisser seule**.

Dans tous les cas, éviter de questionner intensivement la victime sur ce qui s'est passé mais assurer, même lors de la réalisation des gestes de secours, s'ils sont indispensables, un réconfort moral en attendant le relais médical.

Comme l'agression sexuelle est un crime, veiller à ne pas déshabiller la victime sauf si les gestes de secours l'imposent et à ne pas déplacer les objets aux alentours. Si la victime désire se laver, lui demander d'attendre l'avis du médecin dans l'intérêt de ses droits.

8.6 La mort

Immanquablement, l'équipier secouriste sera confronté, un jour ou l'autre, au décès d'une victime, qu'il soit naturel, accidentel ou intentionnel. La plupart des personnes sont effrayées par la mort. Être le témoin de la mort d'une personne ravive cette crainte et peut nous rappeler des souvenirs personnels douloureux.

La mort d'une personne peut survenir, avant l'intervention des secours, à la suite de gestes de réanimation inefficaces ou soudainement. Dans tous les cas, l'équipe de secours adoptera une attitude respectueuse vis à vis du mort. C'est un facteur de réconfort notable pour la famille ou son entourage.

Après avoir réalisé tout ce qui était possible pour réanimer la victime et lorsque la décision d'arrêter la réanimation est prise, l'équipier secouriste peut participer au réconfort moral de la famille et des proches. Après l'annonce du décès par le médecin, l'équipier secouriste peut notamment assurer le déplacement et l'installation du défunt dans un lit.

8.6.1 La mort : ça se nomme

C'est le médecin qui constate le décès et l'annonce aux proches. Cette annonce doit se faire avec tact mais simplement et avec clarté.

8.6.2 Le déplacement du défunt ne peut se faire que :

- Après accord de la police, s'il s'agit d'une mort accidentelle, violente ou brutale ;
- En suivant les consignes du responsable d'équipe et du médecin sur place qui s'informent des désirs de la famille afin de respecter leurs convictions religieuses ou morales.

8.6.3 Le cadavre doit être voilé :

Sur la voie publique, il convient de recouvrir le corps (veste, drap, couverture...) dès que possible, afin de ne pas le laisser exposé. Cela permet à chacun de se détacher des effets de répulsion ou de fascination que la mort peut exercer.

La présence de l'équipe de secours, dans les premières minutes après l'annonce du décès d'une personne, est le plus souvent réconfortante pour les proches. Lors de mort violente, à l'inverse, les secouristes peuvent être l'objet d'agressivité et les proches peuvent développer des réactions de stress aigu, parfois dépassé.

Les manifestations présentées par les membres de la famille à l'annonce du décès sont tout à fait naturelles et ne relèvent pas forcément d'un professionnel de la santé mentale. Une présence humaine est simplement nécessaire. Tenir la main d'un proche du défunt réconforte tout le monde, y compris l'équipier secouriste.

Chaque décès, même celui d'un inconnu, réactive inéluctablement en chacun l'angoisse liée à sa propre mortalité. L'expérience de vie, l'histoire de chacun des équipiers secouristes ne les rendent pas identiques pour la gestion de cette angoisse. Après l'intervention, l'échange verbal entre équipiers secouristes, avec le responsable d'équipe ou un médecin, aide les membres de l'équipe à se reconnaître comme appartenant ensemble au monde des vivants. Chacun des intervenants secouristes doit pouvoir provoquer cet échange s'il perçoit une charge émotionnelle trop intense liée à cette intervention.

Un groupe de parole ou un bilan psychologique d'événement, animé par un professionnel (psychologue, psychiatre), peut être proposé chaque fois qu'une équipe ou un équipier secouriste vit avec culpabilité le décès d'une victime.

8.7 Les réactions immédiates lors d'un évènement « traumatisant »

Les personnes peuvent subir des événements potentiellement traumatiques. Ce type d'événement présente les caractéristiques suivantes :

- **Soudain et inattendu ;**
- Génère des sentiments **d'impuissance ;**
- Génère une **peur intense** (effroi, horreur) ;
- Confronte les personnes de façon directe ou indirecte avec le **réel de la mort.**

Cet évènement est susceptible d'engendrer une souffrance psychique mais aussi une véritable maladie connue sous le nom de : syndrome psycho-traumatique. Cette maladie peut apparaître précocement ou de manière différée (parfois plusieurs années après).

Il est courant de repérer quelques phases particulières dans les réactions d'un individu face à cet évènement « traumatisant ». Leur chronologie constitue ce que l'on appelle le « travail de deuil », le deuil étant ici pris dans son sens général de « perte ». Ces réactions sont le plus souvent des « réactions normales à un évènement inhabituel ». Les phases peuvent s'imbriquer, se mélanger ou se masquer :

1. La perte de connaissance : « Oh, je me sens mal ! »

L'évanouissement peut être la première réaction à un événement insurmontable. C'est une manière de se soustraire à une réalité invivable.

2. Le refus : « Pas à moi ! », « Je n'y crois pas ! », « Ce n'est pas vrai ! » ;

La personne refuse la vérité et ce qui vient d'arriver. Cette phase sert à se protéger de la situation. L'équipier secouriste peut aussi éprouver le même sentiment. Cette phase est tout à fait normale.

3. L'incompréhension : « Je ne comprends pas ! » ;

La victime est dépassée par un événement qui n'a pas, dans un premier temps, de sens. C'est un peu comme si la nature et la soudaineté de l'événement ne pouvaient pas être prises en compte par les capacités psychiques habituelles d'assimilation.

4. La colère : « Pourquoi moi ? », « C'est la faute de... » ;

Cette étape doit permettre l'équipier secouriste de comprendre pourquoi dans certaines circonstances la victime ou la famille de la victime éprouve de l'agressivité envers les secours. Cette agressivité est une réaction normale à la situation. C'est une forme de projection sur l'extérieur de sa propre culpabilité insupportable, en vue de se protéger d'une forme d'accablement massif. Il faut bien entendre que cette projection de type inconsciente ne s'adresse pas vraiment aux équipiers secouristes, s'ils sont pris temporairement pour cible, dans leurs attitudes ou dans leurs actions liées à la mise en œuvre des secours. L'équipier secouriste doit savoir se contrôler lors de cette phase, en évitant de réagir en miroir et de répondre à l'agressivité par de l'agressivité, par exemple. Son énergie doit, en effet, être essentiellement orientée vers la réussite de son action de secours. De plus, les victimes ou les impliqués oublient bien souvent qu'ils ont traversé cette phase.

NB : Si l'équipier secouriste subit lui aussi un événement traumatique, il arrive que lui-même extériorise cette colère par une agressivité envers les victimes, leur famille, ses coéquipiers voire sa propre famille. Il est nécessaire pour lui, lors de cette étape, de parler de sa colère avec un pair ou un spécialiste et d'utiliser l'énergie qu'elle nécessite, pour améliorer sa situation.

5. La culpabilité : « Je n'aurais pas dû... », « Tout est de ma faute. », « Si j'avais su, si j'avais prévu... » ;

La culpabilité peut être à l'origine de la colère mais de façon sous-jacente ou inconsciente. La culpabilité s'exprime, le plus souvent, une fois que la colère s'est un tant soit peu apaisée. La culpabilité est coûteuse en énergie psychique mais c'est un signe de retour à la réalité. L'appareil psychique peut commencer là où débute son travail d'assimilation de l'événement.

6. La tristesse : « D'accord, mais j'aurais pu avant ... » ;

C'est une confirmation du retour progressif à la réalité. C'est une prise en compte, plus nuancée, des particularités de l'événement, qui peut ainsi se fragmenter. L'événement n'est plus un bloc écrasant. Il peut commencer à être détaillé avec un début, un milieu et une fin. C'est souvent à partir de là que l'événement peut se dire et se partager, notamment auprès de l'équipier secouriste présent et à l'écoute bienveillante. Cette phase de la tristesse se caractérise par une forme de mélancolie, par des silences intermittents. Cette phase montre que la personne commence à accepter la situation. Il est normal, par exemple, qu'une personne soit triste après le décès d'un être cher.

7. L'acceptation : « D'accord, alors... ».

Cela ne veut pas dire que la victime est satisfaite de la situation, mais cela veut tout simplement dire qu'elle a accepté de continuer à vivre avec la nouvelle situation. Cette étape nécessite souvent beaucoup de temps. Elle peut, bien sûr, être facilitée par un soutien psychologique adapté.

8. La transformation

La situation redevient positive et la personne concernée retrouve la stabilité. Cela sous-entend que l'événement n'est pas oublié, mais qu'il s'inscrit dans le cours d'une histoire et que la page peut se tourner.

8.8 Les trois dernières phases se déroulent le plus souvent à distance de l'intervention de l'équipe secouriste

Lorsque l'on se trouve en présence d'une personne, victime d'un événement traumatique, il est important d'identifier ces différentes étapes et de les respecter.

Il n'existe pas, dans l'immédiat et de manière systématique, d'élément permettant de dire si une personne développera ou non un « syndrome psycho-traumatique ».

En cas de catastrophe, avec de nombreuses victimes, les CUMP du SAMU (cellule d'urgence médico-psychologique) peuvent prendre en charge les victimes.

