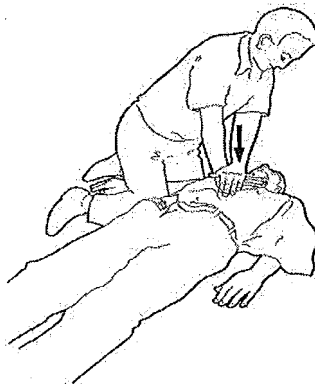


LE SECOURISME ET LES GESTES ELEMENTAIRES DE SURVIE

1^{er} Année médecine

Année Universitaire
2022-2023



Pr BOUAZIZ Mounir

Le secourisme

Introduction :

Porter secours à un blessé est obligatoire dans la mesure où ce blessé se trouve en péril (danger de mort ou aggravation de son état) ; mais pour secourir une victime il faut maîtriser la technique du geste qui sauve. L'étude des diverses techniques des gestes des premiers secours est assurée par la série de cours théoriques et pratiques de « secourisme de base ».

Définition du secourisme :

- le secourisme est une « technique » comportant un ensemble de gestes qu'il faut faire, aussi précisément que possible pour sauver une vie.- son rôle est « primordial » mais limité et temporaire.
- C'est aussi un « état d'esprit », un désir de servir, non seulement sous forme de soins d'urgence, mais aussi sous forme de soins aux malades et de notions d'hygiène. Le secourisme s'exerce par conséquent en toutes circonstances : par temps de guerre ou de paix (sur le champ de bataille, sur la voie publique, sur le lieu de travail, sur le terrain de sport et même à domicile).

Cependant, dans certaines circonstances, le sauveteur isolé, aussi compétent soit-il, ne peut, du fait de son isolement et de l'absence de matériel, faire face de façon efficace à la situation dont il est témoin. C'est pour cela, que le présent programme d'enseignement du secourisme est élaboré de manière à prévoir la formation :

- d'une première catégorie de secouristes capables de secourir, isolément et sans le recours à un matériel particulier, des victimes se trouvant en difficulté plus ou moins prononcée. Ces secouristes sont titulaires d'une « ATTESTATION DES PREMIERS SECOURS ».
- et d'une deuxième catégorie de secouristes capables d'intervenir au sein d'une « équipe de secouristes » préalablement formée, sous l'égide d'une

institution de secours (C.R.T ; protection civile,...) pour faire face à des événements de plus ou moins grande envergure.

Pour exercer ces actions il faut :

- Rester calme : garder son sang froid ;
- Eloigner les curieux ;
- Rassurer et parler au blessé ;
- Constater l'état du blessé ;
- Effectuer les gestes urgents ;
- Surveiller le blessé.

Par conséquent le secourisme s'exerce dans toutes circonstances.

Les 4 gestes pour 1 vie :

Quelle que soit la catégorie dont dépend le secouriste, il est de rigueur que ce secouriste soit capable de prodiguer les « premiers soins d'urgence et vitaux ». Ces soins sont schématisés en 4 gestes essentiels appelés couramment les « 4 gestes pour 1 vie, à savoir :

- 1) Savoir arrêter une hémorragie.
- 2) Savoir pratiquer une ventilation artificielle.
- 3) Savoir effectuer un dégagement d'urgence.
- 4) Savoir alerter les secours publics.

L'organisation de séances de démonstrations des « 4 gestes pour 1 vie » constitue un excellent moyen de sensibilisation du public pour une formation plus approfondie en secourisme.

L'équipe de secouristes :

La composition, l'organisation, la mission et l'équipement d'une équipe de secouristes obéissent à des normes bien codifiées par les services internationaux de secours et de secourisme.

A) Composition et organisation :

Une équipe de secouristes doit comprendre :

- 1 -Chef d'équipe responsable de toutes les activités et des comportements de l'équipe.
- 2 -ou mieux 4 équipiers reconnus par leur compétence et leur bon état de santé.

B) Mission des équipes de secouristes :

Chaque équipe a pour rôle fondamental d'appliquer tous les gestes des premiers secours d'urgence appropriés au sein d'un ou de plusieurs postes de secours. Les équipes agissent sous l'égide des services de secours publics (C.R.T, protection civile, SAMU,..) dans le cadre du plan de secours d'urgence (plan ORSEC, plan rouge) déclenché par les autorités supérieures (gouverneur, président de la municipalité).

C) Equipement :

- individuel : chaque secouriste doit porter l'uniforme officiel identifié et fournir par l'institution de secours.

Le chef d'équipe se distingue par un dossard ou un brassard,

- Collectif : chaque équipe doit être dotée du matériel de travail indispensable.
- un abri fixe ou sous forme de tente disposant d'une source d'éclairage et d'une réserve d'eau. Cet abri doit être placé le plus proche possible du lieu de l'événement et doit être bien repéré.
- De quoi relever, transporter et reposer les victimes : Brancards, draps, couvertures, chariots et même un lit...).
- De quoi réanimer une victime (matériel pour administration d'oxygène, matériel d'aspiration...).
- De quoi donner les premiers petits soins (matériel d'immobilisation, de soins des plaies et brûlures, d'arrêt d'hémorragie,...)
- De quoi transmettre des messages (moyens de communication et de liaison avec les services de secours publics.

Les plans de secours :

Ils sont organisés de manière à ce qu'ils soient fonctionnels dès la survenue d'un événement important exigeant l'intervention en équipes (grands accidents, désastres naturels, conflits armés, ...)

- A l'échelon national : c'est le ministre de l'intérieur qui établit et met en application les programmes de prévention des accidents et de secours aux victimes en collaboration avec les autres ministres concernés.
- A l'échelon régional : c'est le gouverneur qui prépare et déclenche les plans de secours. Il a le pouvoir de réquisitionner tous les moyens de secours publics et privés qui lui paraissent utiles (SAMU, Protection civile, entreprises étatiques, semi-étatiques et privés).

Les plans de secours déclenchés peuvent être plus ou moins développés selon la gravité de l'événement.

a) le plan ORSEC complet.

b) Le plan ORSEC réduit.

Ces 2 plans sont généralement mis en œuvre pour faire face à des sinistres de grande envergure (catastrophes naturelles importantes, tremblement de terre, inondation massive, conflits armés,...)

c) le plan d'urgence : il est déclenché pour faire face à des risques de nature particulière et prévus à l'avance :

- Plan de secours spécialisés (P.S.S) : pour faire face à des risques spécifiques non localisés (événement de chemin de fer).
- Plan particulier d'intervention (P.P.I) pour faire face à des risques technologiques spécifiques et localisés (Barrages, usine chimique, centrale, centrale nucléaire,...).
- Plan rouge : (P.R) pour faire face à des risques divers pouvant entraîner de nombreuses victimes (accidents de la voie publique, accident aérien, incendies, éboulements,...) c'est dans le cadre du plan rouge que les équipes de secouristes interviennent le plus souvent en respectant sa structuration.

En effet, ce plan est dirigé par :

- Le commandant des opérations de secours (C.O.S). et

- Le directeur de secours médicalisés (D.S.M).

Les équipes de secouristes interviennent pour donner les premiers secours, ramassages et brancardager des victimes du lieu de l'accident jusqu'au poste médical avancé (P.M.A) : c'est le Noria de ramassage ou petite Noria.

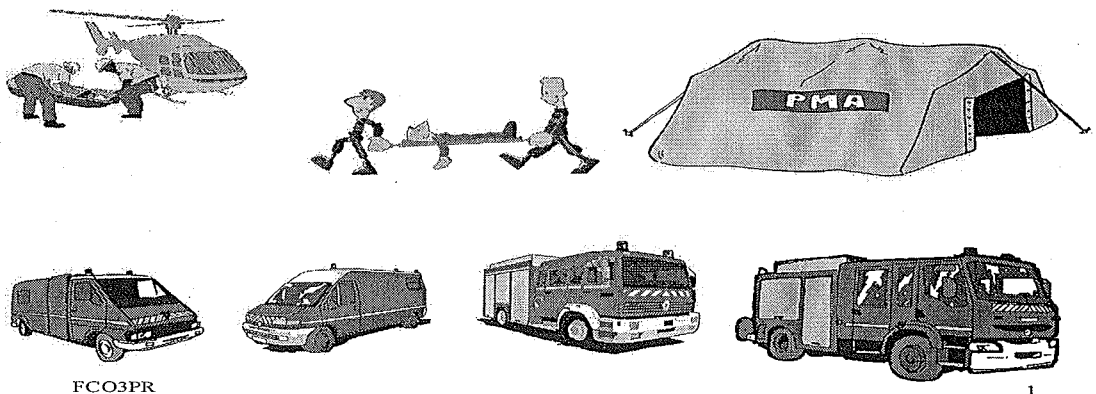
Au P.M.A s'effectuent le tri (triage) des blessés, les premiers soins médicalisés, et la répartition des victimes en urgences absolues (U.A) qui englobent les blessés graves et en urgences absolues (U.A) qui englobent les blessés légers.

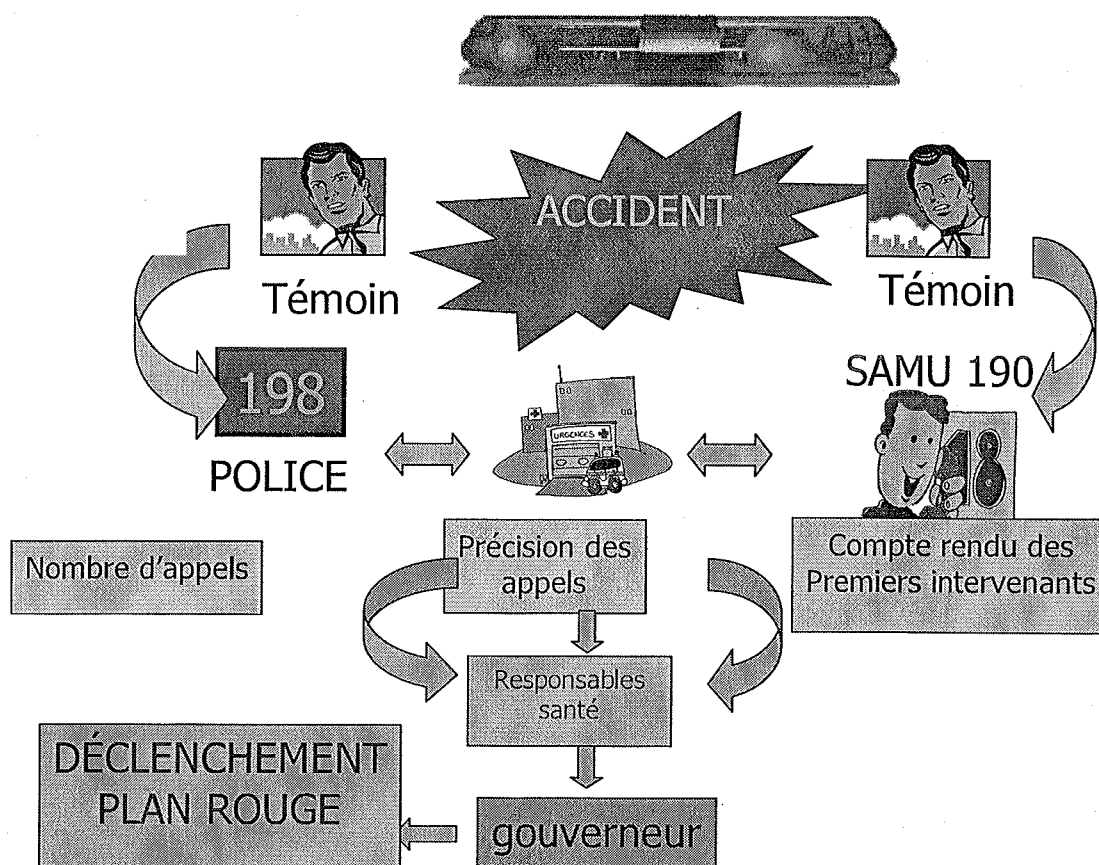
Un dépôt mortuaire est rattaché au P.M.A.

Les blessés graves sont systématiquement évacués vers les hôpitaux : c'est la Noria d'évacuation ou grande Noria.

LE PLAN ROUGE

CFAPSE





Commandant des opérations de secours

C.O.S

+

Directeur des secours médicalisés

D.S.M

<i>Noria de</i>	P.M.A	<i>Noria d'Evacuation grande Noria</i>
<i>ramassage</i>	Tri	U.A H
<i>(petite Noria)</i>	M	

Sinistre

Principes généraux des actes du secouriste :

- **P** : protéger
- **A** : Alerter.

- S : Secourir.
- S : Surveiller.
- E : Evacuer.

PROTECTION ET ALERTE

RT1 et RT 2

Introduction :

La vie de toute personne peut un jour ou l'autre être menacée par un accident ou une maladie brutale.

Encore, toute personne pouvant être témoin d'une situation de détresse.

Il existe des structures publiques ou privées adaptées à ces détresses, chacune ayant un rôle précis.

- **SAMU : 190.**
- **Protection civile : 198.**
- **Police secours : 197.**
- **STEG : 196.**
- **Garde Nationale : 193.**

Tout témoin en cas de situation de détresse doit :

- protéger le lieu de l'accident au mieux en attendant l'arrivée des secours ;
- alerter ces structures :
- pratiquer les gestes simples.

Chacun d'entre nous peut donc être le premier maillon de la chaîne de secours et de soins qui ne peut fonctionner sans lui.

I. Objectifs :

1. Protection : Immédiate et adaptée

- soi même ;
- le blessé ou le malade ;
- Les tiers.

2. Alerte : rapide et précise

Tout retard et toute imprécision peuvent concourir à l'aggravation des risques existants et de l'état de chaque victime.

→ La chaîne de secours et de soins ne peut fonctionner sans son 1^{er} maillon ; le témoin qui donne « **L'alerte** ».

II. Développement :

1- Protection :

Elle permet de :

- Prévenir l'aggravation de l'accident.
- Soustraire l'accident au danger sans y succomber soi même.

« La prévention du suraccident est un préalable obligatoire à toute action ultérieure ».

- Si on ne peut pas écarter le risque, il faut empêcher l'accès de la zone dangereuse en attendant les secours.

Exemple : accident de la voie publique (A.V.P).

Cette protection peut être effectuée par :

a) Balisage du lieu :

- Signaux et triangles de pré-signalisation ;
- Feux de détresse ;
- Témoins.

b) Dégagement d'urgence de la victime

Si et Seulement si :

- le blessé est en situation de danger extrême et imminent ;
- le danger ne peut être écarté

c) Protection des biens de la victime

1) Alerte

Alerter ou faire alerter :

- Quand ?
- Comment ?
- Qui ?
- Que dire ?

→ Quand ?

- A l'occasion de toute situation présentant des risques ou lorsqu'une vie est en danger ;
- Dès que possible mais après analyse rapide et objective de la situation et des risques.

→ Comment ?

- Par téléphone ;
- Par borne d'appel ;
- Par un témoin.

→ Qui ?

- SAMU 190
- Protection civile : 198 ;
- Police secours : 197 ;
- STEG 196.
- Garde Nationale : 193.

Lorsqu'il n'y a pas de détresse vitale, on doit solliciter les structures de santé habituelle.

→ **Que dire ?**

S'exprimer avec clarté et précision.

- Nature du problème et risques éventuels.
- Localisation : très précises de l'événement.
- Bilan initial : appréciation de la gravité et nombre de victime.
- Premières mesures prises et gestes effectués ;
- Numéro de téléphone (si nécessaire donner son Nom et sa Profession).

NB : Le message d'alerte achevé, attendre les instructions avant de raccrocher le combiné.

Contenu du message d'alerte :

1. **NUMERO DE TELEPHONE** ou n° de la borne, se présenter,
2. **LOCALISATION** précise de l'événement,
3. **NATURE DU PROBLEME** maladie accident,
4. **RISQUES** éventuels : incendie, effondrement, explosion et tout autre danger présent
5. **NOMBRE** de personnes concernées
6. Appréciation de la **GRAVITE** de l'état de chaque victime,
7. **PREMIERES MESURES PRISES** et **GESTES EFFECTUES**.
8. Répondre à toutes questions posées
9. Ecouter les consignes

ATTENDRE LA DEMANDE DES SECOURS DE RACCROCHER

Témoin



Protéger du suraccident et transmettre l'alerte aux services de secours et de soins.

Ce qu'il faut retenir

Protéger : (Exemple A.V.P)

- Baliser ;
- Dégager (si nécessaire) ;
- Protéger les biens...

Alerte :

→ **Qui ?**

- 190 SAMU ;
- 193 Garde Nationale ;
- 196 STEG ;
- 197 police de secours ;
- 198 protection civile.

→ **Que dire ?**

- Nature du Problème ;

- Localisation (adresse précise) ;
- Bilan initial ;
- Premières mesures prises ;
- Numéro de téléphone (si nécessaire, donner nom et prénom).

Dégagements d'urgence

Introduction :

En général, on ne remue pas et on ne déplace pas une victime mais la fréquence et le **danger** de **suraccident** nécessitent de soustraire **immédiatement** la victime à la cause initiale de sa détresse quand elle est inconsciente ou incapable de se soustraire elle même de ce danger.

Les techniques décrites dans ce module sont dangereuses et ne doivent être utilisées que pour soustraire une victime à un **danger vital, réel et immédiat**.

I. Objectifs :

- Connaître les situations qui imposent un dégagement ou un déplacement immédiat de la victime **quand ?**
- Le faire avec un risque mesuré pour soi même et/ou pour la victime : **comment ?**

II. Développement :

1. Situations

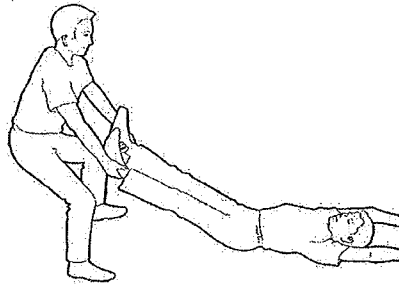
Les situations d'urgences sont :

- 1. victime dans un local enfumé et empoisonné**

2. victime menacé d'un éboulement, un effondrement, une coulée de boue ou une montée d'eau.
3. Victime a l'intérieur d'un véhicule qui prend feu.
4. Victime gisant sous un véhicule ou un obstacle sur abaissé.
5. Victime étendu sur une chaussée d'une route animée..

2. Techniques :

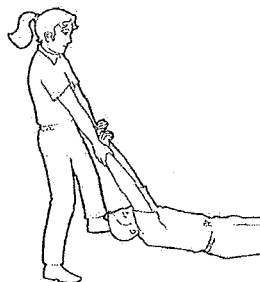
2.1. Traction par les chevilles



Le sauveteur saisit la victime par les chevilles et la tire le plus rapidement possible sur le sol jusqu'à ce quelle soit en lieu sûr, les pieds de la victime sont à la hauteur des genoux du sauveteur.

NB : De préférence croiser les mains de la victime sur son tronc pour qu'elles ne gênent pas le glissement sur le sol.

2.2. Saisie par les poignets :



Le sauveteur se place accroupi derrière la victime :

- place une main sur la nuque et l'autre main entre les deux omoplates puis le soulève doucement ;
- après qu'il l'assied, passe ces bras sous les aisselles de la victime, croise les bras de celle-ci et saisit les poignets (main droite du sauveteur pour poignet gauche de la victime et main gauche du sauveteur pour poignet droit de la victime).
- Il se redresse par la force de ses cuisses en gardant la victime placée contre lui ;
- Puis il tire la victime en reculant jusqu'à ce qu'elle soit en sécurité.

2.3 Dégagement d'un véhicule :

→ Arrêter le moteur (contact).

→ Le sauveteur, après avoir détaché ou coupé la ceinture de sécurité :

- dégage les pieds de la victime qui peuvent être incarcérés dans les pédales.
- S'accroupit à la hauteur du siège du véhicule.
- une main passe sous l'aisselle la plus proche, maintien le menton (sans appuyer sur le cou, joue contre joue) ;
- l'autre main passée sous l'autre aisselle saisit soit : la ceinture, soit l'aisselle de la victime.
- Se dégage en se redressant, tire la victime hors de la zone de danger et l'assied par terre, le sauveteur est alors en position de « trépied » : le genou qui maintient le dos et allonge lentement la victime dont la tête est toujours maintenue par le menton et la nuque et ce jusqu'au sol.

Précautions pour le sauveteur :

- Si la victime se trouve dans un local enfumé, le sauveteur doit retenir sa respiration.
- En cas d'incendie : se protéger au maximum avec des vêtements.

- Si risque d'explosion : ne pas provoquer d'étincelles :
 - interrupteur ;
 - sonnerie ;
 - lampe de poche.

Ce qu'il faut retenir

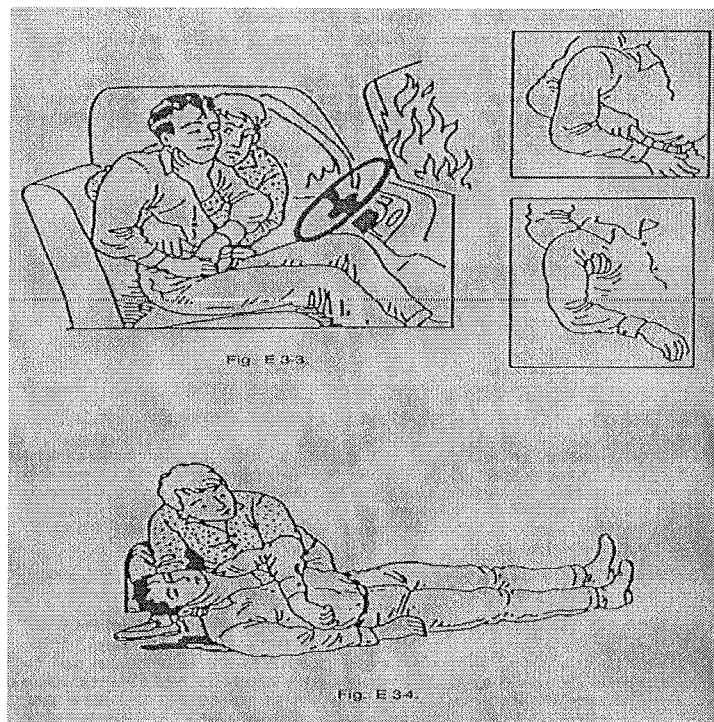
→ Dégagement si :

- danger de suraccident ;
- c'est un danger :
 - vital ;
 - réel ;
 - immédiat ;

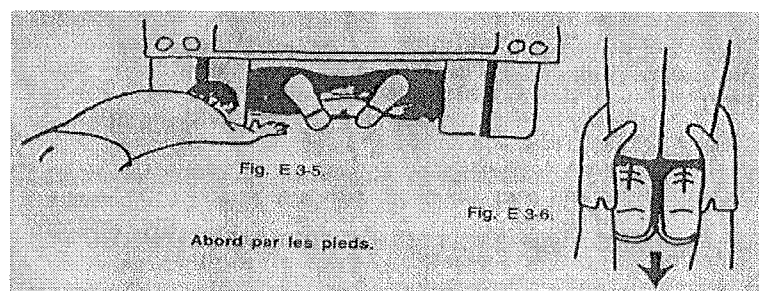
→ Avec un risque mesuré pour soi même.

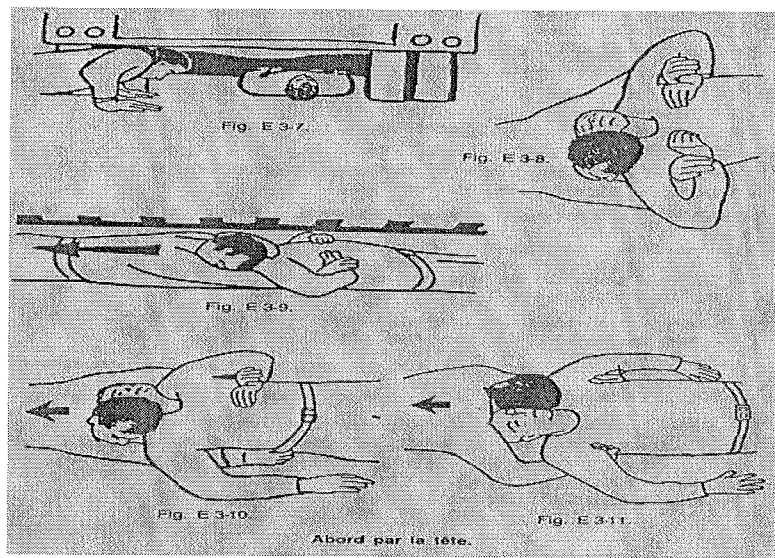
→ Toujours en respectant l'axe : **tête – cou – tronc (T.C.T)**

Dégagement d'un véhicule en feu



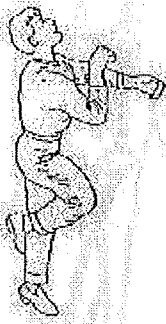
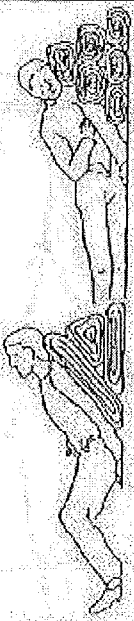
Traction sur le sol avec un équipier relais





POSITIONS D'ATTENTE

Le blessé doit être placé le plus tôt possible dans une position adaptée à son état, d'abord sur le sol, puis lors de la mise sur le brancard.

ETAT DE LA VICTIME	POSITION D'ATTENTE	SCHEMA
VICTIME INCONSCIENTE ET QUI VENTILE	P.L.S. A TROIS	
VICTIME CONSCIENTE AVEC		
1 - PLAIES OU BRULURES DU DOS		
2 - TRAUMATISME CRANIEEN		
3 - FRACAS DU VISAGE	MEMBRES INFERIEURS SURELEVES	
4 - HEMORRAGIE IMPORTANTE		
5 - PLAIE ABDOMINALE	DEMI-ASSIS	
6 - BLESSE DU THORAX		
7 - GENE VENTILATOIRE		
8 - PLAIES OU BRULURES DES PARTIES POSTERIEURES ET LATERALES DU TRONC	A PLAT VENTRE	
9 - AUTRES CAS	SUR LE DOS	

Les détresses vitales

Les 3 fonctions vitales

- La fonction nerveuse
- La fonction respiratoire
- La fonction circulatoire

La fonction nerveuse

a pour rôle :

- Le maintien en état de conscience
- De permettre les mouvements
- De commander les mouvements respiratoires
- De protéger les voies aériennes grâce à des réflexes (déglutition, toux, fermeture de la glotte)

La fonction respiratoire

a pour rôle :

- D'apporter en permanence de l'oxygène à l'organisme via les poumons
- D'évacuer le dioxyde de carbone contenu dans le sang

La fonction circulatoire

a pour rôle :

- De transporter l'oxygène des poumons vers les tissus où il est utilisé
- De transporter l'énergie extraite des aliments vers les cellules
- De recueillir le dioxyde de carbone pour le transporter vers les poumons où il est évacué
- De recueillir les déchets des aliments et de les éliminer (par les urines)

L'interaction des fonctions vitales

- La perturbation d'une des 3 fonctions entraîne inexorablement la perturbation des autres. C'est la DETRESSE VITALE

Les principales causes d'une détresse vitale

Atteinte de la fonction nerveuse par :

- Un traumatisme (choc sur la tête)
- Une maladie (vasculaire, de la moelle épinière, des nerfs)
- Certaines intoxications
- Un manque de sucre

Atteinte de la fonction respiratoire par :

- Une obstruction complète ou partielle des voies aériennes
- Maladie (asthme)
- Traumatisme du thorax
- Inhalation de produits corrosifs ou de fumées

Atteinte de la fonction circulatoire par :

- Une perte de sang
- Une perte de liquide ou de plasma (brûlure étendue ou déshydratation)
- Atteinte du cœur (infarctus ou une insuffisance cardiaque)
- Une dilatation excessive des vaisseaux sanguins suite à une allergie ou à une intoxication

Les gestes de secours :

I) Objectifs :

- Après évaluation des trois fonctions vitales principales.
- En attendant les secours :
 - surveillance ;
 - interrogatoire.

II) Développement :

La détresse neurologique :

- ◆ Allonger la victime sur le dos ou sur le côté (nausées, vomissements)
 - ◆ Protéger le rachis cervical si traumatisme
 - ◆ Vérifier absence de détresse respiratoire
 - ◆ Administrer de l'O² en attendant un avis médical
 - ◆ Réaliser un examen complet (recherche d'autre lésions)
 - ◆ Transmettre les infos recueillies à l'aide médicale
 - ◆ Surveiller la victime
- Ne jamais donner à boire ou à manger

La détresse respiratoire,

Les plaintes de la victime :

« je suis gênée (ou j'ai du mal) pour respirer »

« j'étouffe »

« j'ai mal quand je respire »

les signes :

- Le secouriste voit :
 - ◆ La victime refuse de s'allonger mais recherche la position assise (moins pénible pour la respiration)
 - ◆ La victime fait des efforts pour respirer
 - ◆ La victime peut être couverte de sueurs (défaut d'épuration de CO²)

- ♦ La victime peut prendre une coloration bleutée (cyanose) au niveau des doigts, du lobe des oreilles et des lèvres
- ♦ La victime est confuse, somnolente, anxieuse ou agitée (manque d'oxygénation du cerveau)
 - Chez l'enfant, la battement des ailes du nez et le tirage (creusement au dessus du sternum ou au niveau du creux de l'estomac à l'inspiration) sont des signes de détresse respiratoire.
- Ce que le secouriste entend :
 - ♦ Une difficulté ou une impossibilité de parler
 - ♦ Un sifflement (asthme)
 - ♦ Des gargouillements (encombrements par des sécrétions ou des vomissures ou un corps étranger)
 - ♦ Des râles en cas de liquide dans les poumons (noyade, insuffisance cardiaque)
- Ce que le secouriste recherche :
 - ♦ La respiration de la victime est rapide (**>30 par minutes**)
 - ♦ La respiration est superficielle (difficulté de voir facilement le ventre et la poitrine se soulever)

La détresse circulatoire, les signes :

- ♦ L'absence de pouls perceptible
- ♦ Pas de pouls radial perceptible alors que pouls carotidien présent
- ♦ Fréquence **>120/mn ou <40/mn** (pour une personne au repos)
- ♦ Décoloration de la peau ou pâleur
- ♦ Marbrures cutanées
- ♦ Sueurs froides
- ♦ Sensation de soif avec agitation et anxiété

CAT :

- Allonger la victime sur le dos si elle est consciente (irrigation du cerveau)
- Administrer de l'O²
- Couvrir la victime
- Transmettre les infos recueillies pour avis médical
- Poursuivre l'examen de la victime
- Expliquer à la victime ce qui se passe pour la réconforter
- Surveiller la victime en attendant les renforts médicaux

ATTENTION :

- Le risque d'aggravation brutale avec arrêt cardio-respiratoire est majeur, notamment lors de manœuvre de déplacement de la victime.
- Eviter tout déplacement de la victime sauf pour la soustraire à un danger vital, réel, immédiat et non contrôlable.

En résumé :

Rappel de base en cas de victimes multiples (valable aussi pour une victime)

Fréquence respiratoire :

> 30 / mn → UA

< 30 / mn → UR → Fréquence cardiaque :

> 120 / mn → UA

< 120 / mn → UR

Ce qu'il faut retenir

→ Fonctions vitales :

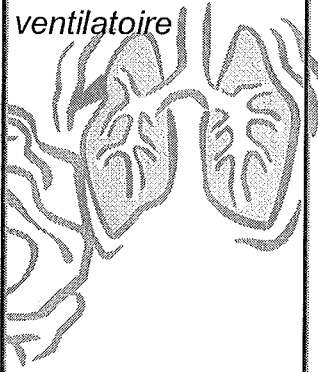
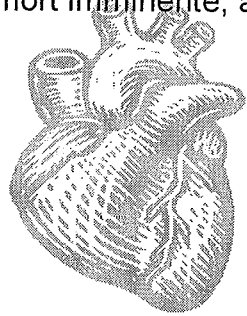
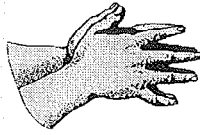
- conscience

- respiration « Harmonie ».
- circulation

L'atteinte de l'une menace la suivante.

Bilan Fonctionnel

Il permet d'apprécier le fonctionnement et de détecter les éventuelles anomalies des 3 fonctions vitales :

	Conscience	Ventilation*	Circulation
ECOUTER 	- La victime se souvient-elle de ce qui s'est passé ? ↳ <i>Perte de Connaissance Initiale ?</i> - Répond-elle de façon cohérente aux questions ? ↳ <i>Orientée ou désorientée dans le temps et dans l'espace ?</i>	- Bruits ventilatoires : gargouillements, sifflements, tirage, ronflements ? ↳ <i>Signes d'une difficulté ventilatoire</i> 	- Plaintes de la victime : angoisse, sensation de mort imminente, a soif, a froid... 
O OBSERVER 	- Peut-elle bouger les doigts ? les orteils ? ↳ <i>Paralysie ?</i> - Peut-elle serrer les deux mains avec la même force des deux côtés ? ↳ <i>Motricité ?</i> - Est-elle agitée ? prostrée ?...	- Cyanose ? sueurs ? ↳ <i>Signes d'une détresse respiratoire</i> - efforts ventilatoires (contraction des muscles du cou) ?	- Pâleur (intérieur des lèvres), marbrures (alternance de zones pâles et violacées) ↳ <i>Signes d'une détresse circulatoire</i>
PALPER 	- Perçoit-elle un pincement sur le dos de sa main et de son pied ? ↳ <i>Sensibilité ?</i>	- Mouvements ventilatoires : fréquence, amplitude, régularité (pauses ventilatoires ?)	- Pouls carotidien : fréquence, régularité, force - Pouls radial : bien frappé ou inexistant ? - Symétrie des deux pouls ? - Froideur des extrémités

Hémorragies et Etat de choc

RT4

Introduction :

Hémorragie : « écoulement du sang à travers une brèche vasculaire ».

La fréquence et la gravité (immédiate ou retardée) des hémorragies visibles (quelquefois cachées par les vêtements), externes et/ou extériorisées, nécessite une action rapide et efficace, car elle peut conduire à un état de choc et/ou une détresse circulatoire qui auront des conséquences graves.

I) Objectifs

- reconnaître une hémorragie externe ou extériorisée ;
- pratiquer les gestes adaptés pour prévenir l'état de choc et la détresse circulatoire.

II) Développement

1. Etat de choc

C'est la complication la plus redoutable devant toute hémorragie. Il traduit une défaillance circulatoire avec, essentiellement, une réduction de l'apport de l'oxygène aux tissus, en particulier au cerveau.

1.1 Signes

- qui se voient : pâleur, sueurs, marbrures
- qui s'entendent : « j'ai froid, j'ai soif, j'ai peur »
- qui se palpent : froideur des extrémités, pouls anormal.

1.2 conduite à tenir

- Arrêter l'hémorragie en cause.
- Allonger la victime, jambes surélevées.
- Ne pas lui donner à boire.
- Alerter dès que possible : c'est une extrême urgence.

2. Hémorragie externe

2.1 Définition

C'est l'écoulement du sang en dehors des vaisseaux et en dehors de l'organisme par une plaie.

2.2 Signes

- Saignements dû à une écorchure, éraflure ou abrasion cutanée.
- Véritable hémorragie grave : celle qui imbibe de sang, un mouchoir de toile ou de papier en quelques secondes. **« L'hémorragie doit être systématiquement recherchée devant un blessé, car elle peut être masquée ».**

2.3 Conduite à tenir

- Arrêter l'hémorragie ;
- Eviter l'installation de la détresse circulatoire ;
- Donner l'alerte ou mieux faire donner l'alerte ;
- Surveiller la victime.
- Ne pas lui donner à boire.

2.4 Techniques

Pour arrêter une hémorragie on procède par étapes successives selon le cas.

2.4.1 Compression locale

Comprimer l'endroit qui saigne avec un pansement stérile et compressif que l'on applique fermement sur la plaie, le cas échéant avec les doigts.

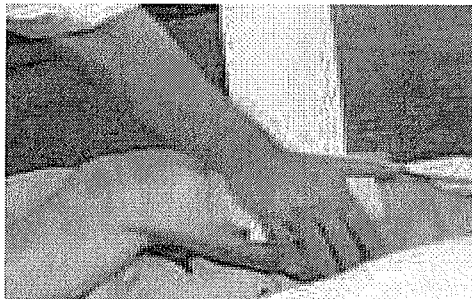
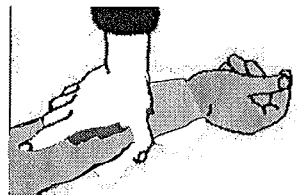
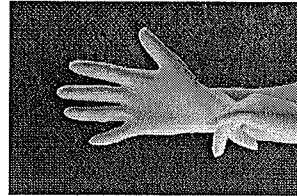
La compression locale doit être maintenue jusqu'à l'arrivée des secours.

Dès que possible, allonger la victime.

✓ **Compression manuelle :**

Pour arrêter un saignement :

- Mettez des gants à usage unique.
- Comprimez immédiatement la plaie avec la paume de la main, quel que soit l'endroit.
- Maintenez la compression.



2.4.2 Compression à distance

Dans le cas où la compression locale est :

* **inefficace** : le sang continue de couler,

Il faut assurer une compression à distance :

* **impossible** : en cas de :

- fracture ouverte ;
- plaie inaccessible ;
- plaie avec corps étranger (CE) que l'on ne doit pas retirer.

Il faut assurer une compression à distance.

Principe :

Comprimer l'artère qui saigne à distance contre un os. Cette compression à distance se fait entre le cœur et la plaie dans des endroits bien déterminés et on distingue :

- les points de compression ;
- le garrot : compression circulaire.

- **Les points de compression** sont au nombre de trois.

Ils s'effectuent :

Au pli de l'aîne :

Le sauveteur est au niveau du bassin, sur le côté : il appuie avec le poing, bras tendu à la verticale au milieu du pli de l'aîne ;

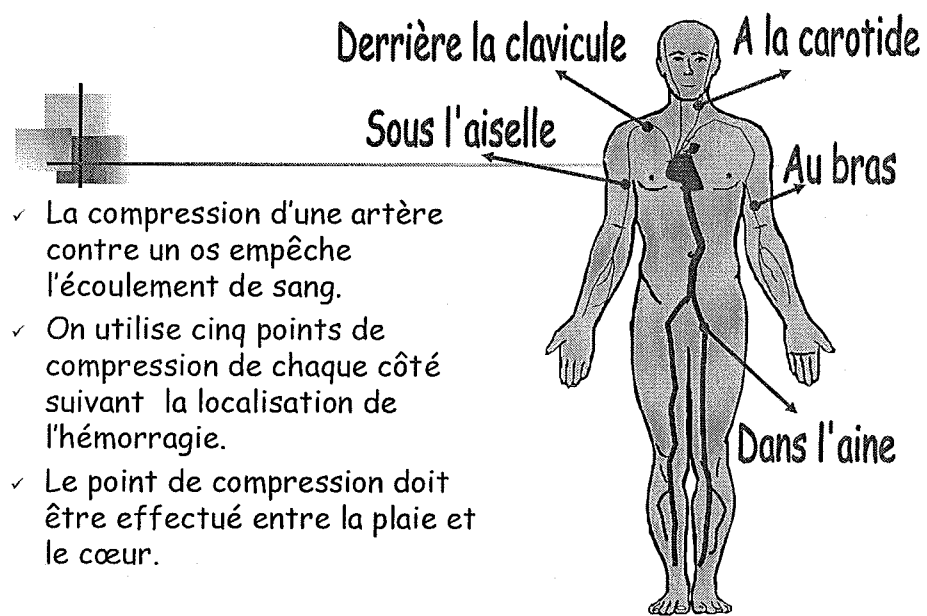
Dans le creux de la salière :

Derrière la clavicule, le sauveteur est à la tête, dans l'axe du corps, il enfonce le pouce derrière la clavicule, dans la salière en direction des pieds, les autres doigts prennent appui en arrière.

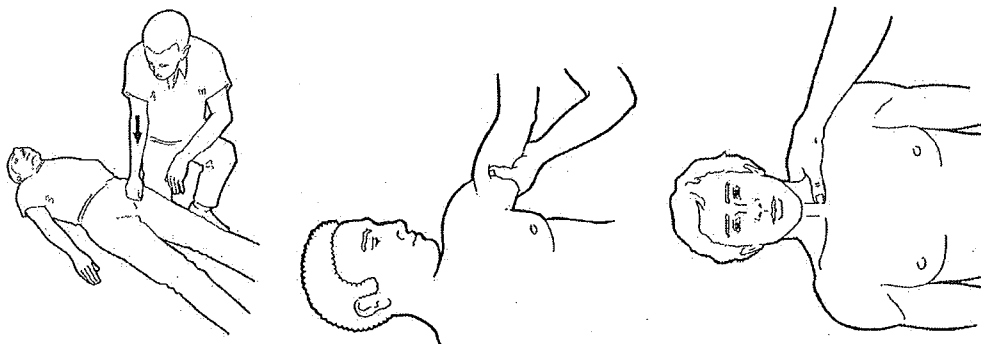
→ A la base du cou :

Le sauveteur est sur le côté, au niveau de la tête, le pouce appuie d'avant en arrière à la base du cou, sans écraser la trachée, les autres doigts prennent appui derrière le cou, l'artère carotide est ainsi écrasée contre les vertèbres.

NB : Ne jamais faire de compression de la carotide pour une plaie de la face ou du cuir chevelu.



Démarche : les points de compression à distance.



Exemples

Pourquoi ?	Où ?	Comment ?
Hémorragie du membre inférieur non contrôlée par compression locale.	Au pli de l'aîne.	Avec le poing (poing opposé au membre de mieux surveiller la plaie et, si nécessaire, de poser un garrot.
Hémorragie du membre supérieur mal contrôlée par compression locale.	Derrière la clavicule.	Avec le pouce (pouce opposé : gauche pour plaie à droite et droit pour plaie à gauche.
Hémorragie du cou non contrôlée par compression locale	A la base du cou.	Avec le pouce opposé.

Une fois effectué, un point de compression ne doit pas être relâché.

Le garrot :

Il reste une technique exceptionnelle utilisée en cas :

- inefficacité ou impossibilité à réaliser une compression à distance.
- Compression à distance qui ne peut être maintenue par un sauveteur isolé devant donner l'alerte.
- Quand il y a plusieurs blessés et le secouriste est isolé et doit faire d'autres gestes d'extrême urgence.
- Le garrot doit rester toujours visible : ne pas le couvrir.

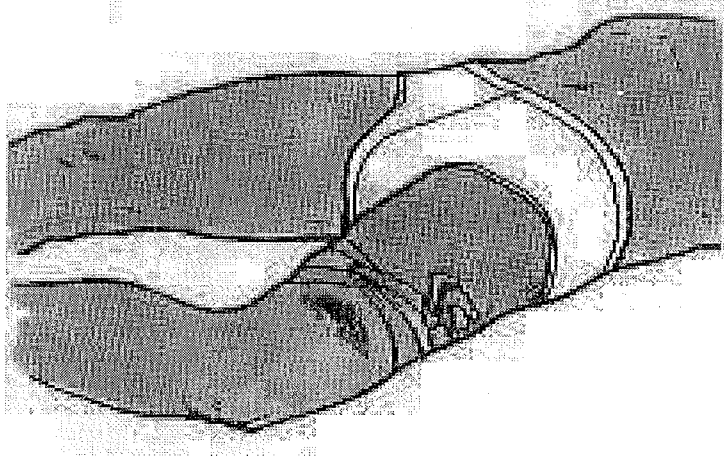
Il est placé :

- au niveau du membre inférieur : sur la cuisse entre la plaie et le pli de l'aîne ;

- au niveau du membre supérieur sur le bras entre la plaie et l'aisselle .

Il doit être réalisé avec lien large :

- cravate, écharpe, foulard ;
- jamais avec un lien fin ou élastique.



→ **Technique de pose du garrot :**

D'une main, maintenir le point de compression ; de l'autre main, prendre un lien large et solide plié en double et le passer autour du membre puis glisser le chef le plus long dans la bouche et serrer en rapprochant les 2 chefs. Lâcher le point de compression et faire un nœud plt en serrant suffisamment.

- une fois posé, le garrot ne doit jamais être desserré.
- Seul le médecin est autorisé à l'enlever.



Accrocher une pancarte au cou de la victime portant l'heure du serrage du garrot (de 0 à 23 h).

En présence de plusieurs victimes, **inscrire la lettre G** sur le front des blessés porteurs de **garrot** priorité à l'évacuation.

- le seul critère d'efficacité d'une compression (à distance ou locale) c'est l'arrêt de l'hémorragie.

•

1.5 Surveillance et position d'attente :

Surveiller la persistance de l'arrêt de l'hémorragie.

Si la perte du sang a été importante : surélever les membres inférieurs par rapport au plan du sol, le reste du corps demeurant en position horizontale.

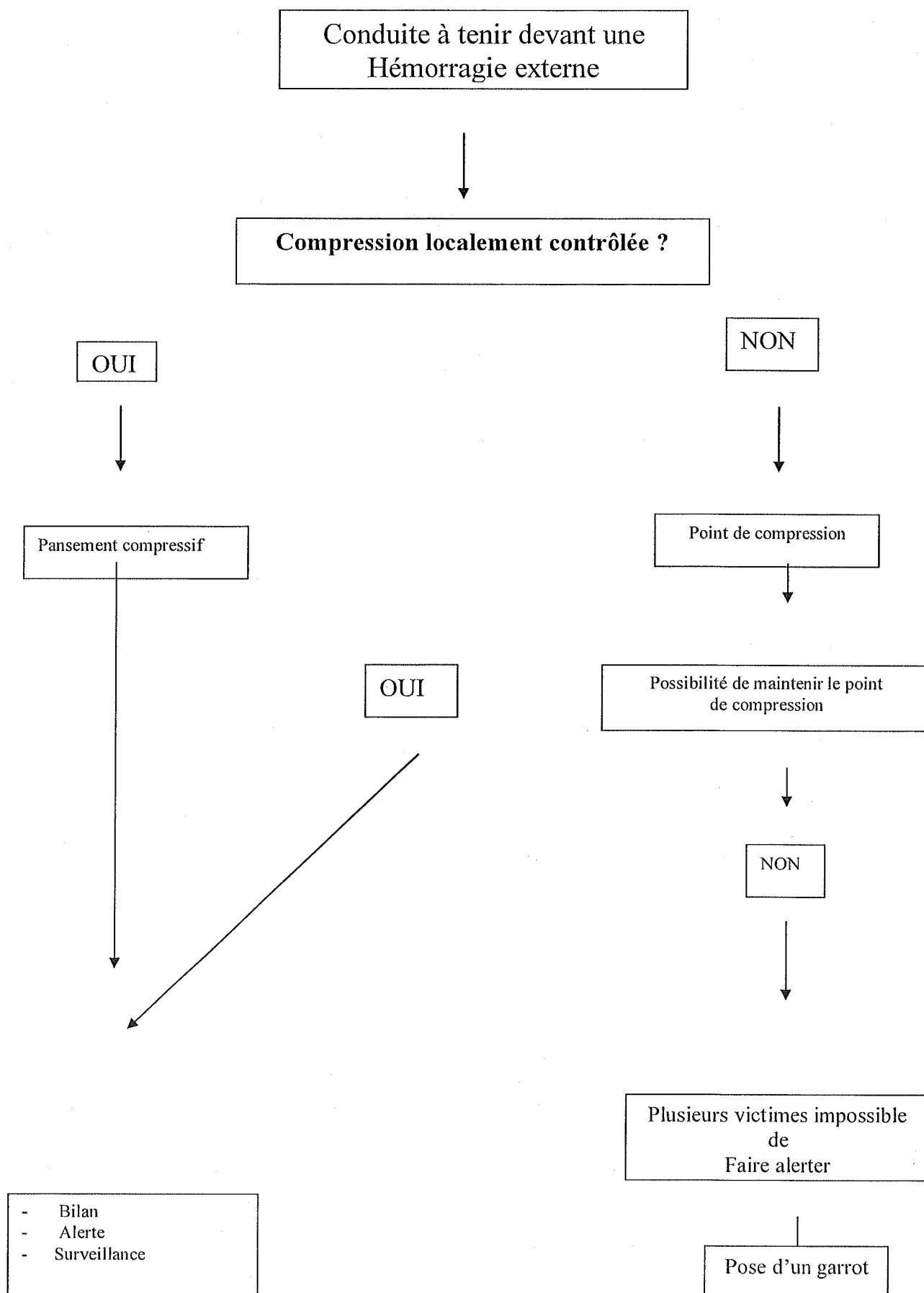
Rechercher les signes éventuels de détérioration de la fonction circulatoire qui peut être :

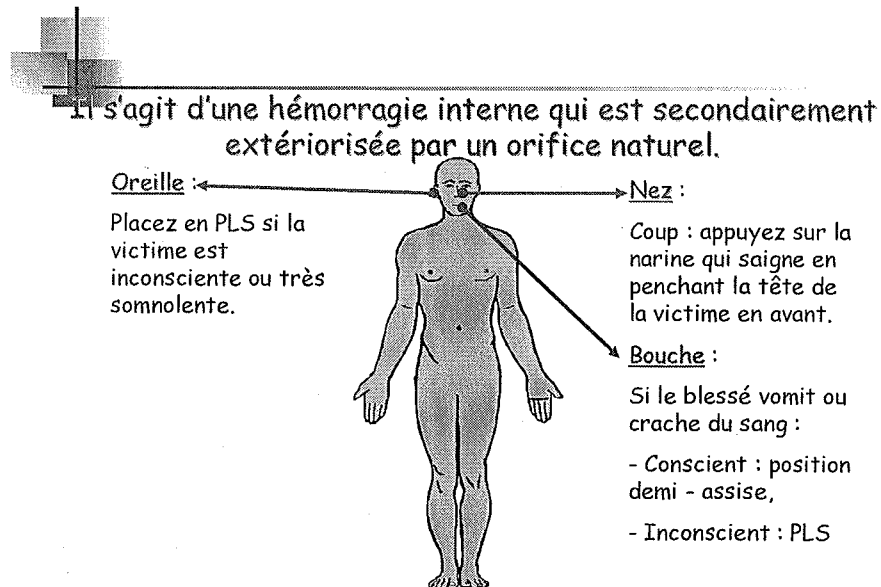
→ **un état de choc : (EDC)**

A rechercher systématiquement car il représente la complication la plus redoutable devant toute hémorragie.

→ **Un arrêt circulatoire :**

C'est l'état de mort apparente décelé par l'absence du pouls carotidien.





3. Hémorragie Extériorisée

3.1. Définition

C'est du sang qui sort par un orifice naturel : nez, bouche, oreilles, anus, orifice urinaire, vagin (en dehors des règles normales).

3.2 Conduite à tenir

- Allonger la victime ;
- Appeler le médecin ;
- Surveiller la victime ;
- Ne pas lui donner à boire.

3.3 Cas particuliers

→ Saignement du nez :

Si le saignement est spontané ou provoqué par un choc minime sur le nez, l'arrêter en comprimant avec le doigt (index), la narine qui saigne pendant 10 min.

- laisser le sujet assis, tête penchée en avant ;

- ne pas l'allonger.



position et geste pour arrêter un saignement de nez

Si le saignement du nez ne s'arrête pas ou se reproduit, l'avis d'un médecin est nécessaire .

→ **Vomissement ou crachement de sang :**

- Alerter immédiatement :

Une hémorragie d'origine digestive ou respiratoire est toujours grave, nécessite un traitement d'urgence.

Les vomissements ou les crachats sont conservés si possible dans un récipient pour les montrer au médecin.

- Le malade doit être installé.
 - assis ou demis assis, s'il ne supporte pas la position allongée ;
 - en position latérale de sécurité (PLS) s'il perd conscience.
- une surveillance attentive doit être assurée.

Ce qu'il faut retenir

→ **Hémorragie** → Risque d'EDC.

→ **CAT** → 3A :

- appuyer
- allonger
- alerter

→ **Appuyer :**

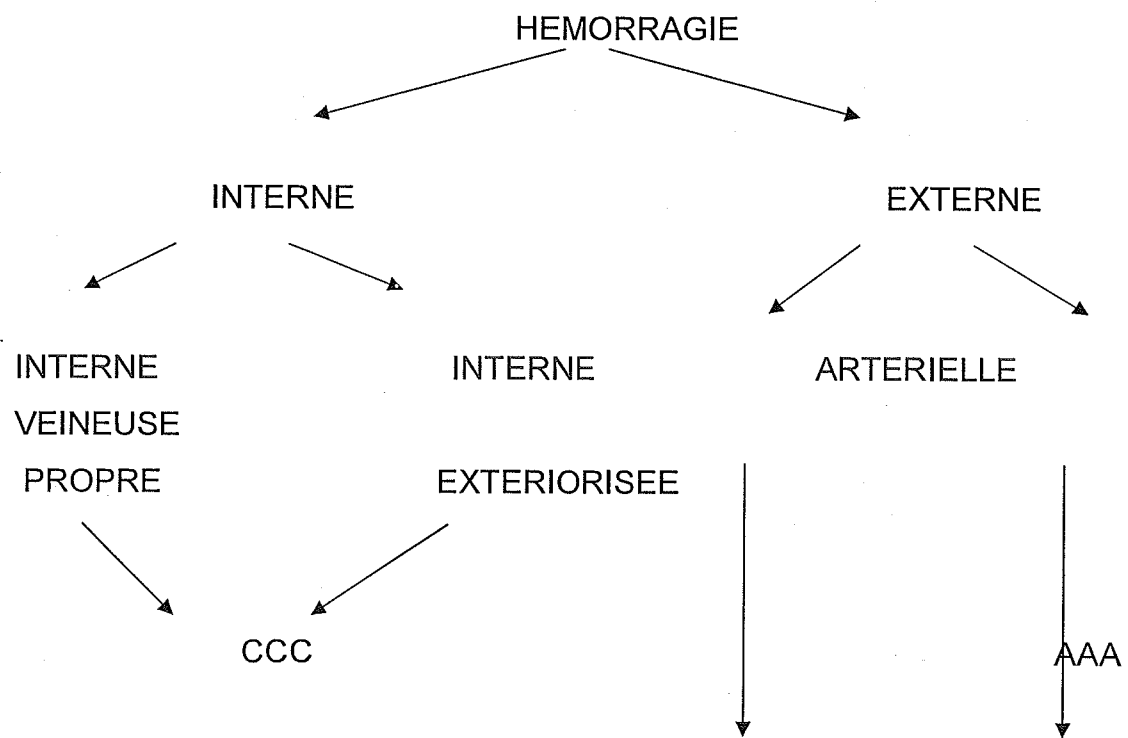
*compression locale.

- compression à distance
- points de compression :
 - quand ?
 - comment ?
 - où ?
 - base du cou
 - derrière la clavicule
 - au niveau de l'aîne
- garrot : exceptionnel
 - quand ?
 - comment ?
 - où : bras et cuisses.

→ **allonger :** (jambes surélevées).

→ **Alerter :**

- en extrême urgence → point de compression.
- Première urgence → garrot



Compression

locale

Pansement

Compressif

→ Point de →

Compression

→ Garrot →

(Indication+++).

CAT devant une hémorragie : RESUME

Conduite à tenir devant une victime inconsciente RT 5

Introduction :

Le coma est défini comme une perte de la conscience (reconnaissance de soi et du monde extérieur) et de la vigilance (état d'éveil) avec incapacité du cerveau à assurer les réflexes de sécurité.

Toute perte de conscience est toujours exposée à la détresse ventilatoire, la dépression de la vigilance entraîne une perte de la commande du tonus de la langue et les réflexes de sécurité (toux et déglutition). Ces deux éléments ont pour rôle primordial : la protection de la grande fonction de l'organisme, la ventilation.

Donc le risque majeur devant une victime inconsciente est l'encombrement et/ou l'obstruction des voies aériennes.

I. Objectifs :

- **RT 5 : connaître une victime inconsciente et qui ventile et les risques encourus.**
- Libérer et dégager les voies aériennes.
- Protéger les voies aériennes en mettant la victime en position latérale de sécurité (PLS).

II. Développement :

1. Reconnaître et apprécier les troubles

2. Causes

Elles sont multiples.

- traumatiques : trauma crânien ;
- maladies : Diabète, épilepsie, accident vasculaire cérébral (AVC).
- Toxiques : intoxication par :
 - médicaments.
 - Alcool.
 - Gaz toxiques (CO, CO2...).

3. Risques :

- défaillance de la commandes des mouvements.

- Obstruction des voies aériennes par :
 - chute de la langue en AR chez le sujet inconscient couché sur le dos.
 - Ecoulement dans la trachée et les poumons des liquides présents dans le pharynx (salive, sang liquide gastrique).
- Evolution vers l'arrêt ventilatoire puis vers l'arrêt du cœur et la mort.

4. Conduite à tenir :

Si la victime est inconsciente :

→ **Assurer immédiatement la liberté des voies aériennes (LVA) :**

- desserrer les habits (3 C) ;
- Basculer prudemment la tête en arrière.

→ **Evaluation de la respiration :**

- Si la victime ventile bien (Fréquence : 12 – 20 c/min), on peut mettre en position latérale de sécurité.
- Si la victime ne ventile pas, il faudra pratiquer deux insufflations puis évaluer la fonction circulatoire.

NB : Pour protéger la liberté des voies aériennes supérieures, on met la victime en PLS, le côté de retournement est indifférent. Toutefois, il est recommandé de placer la victime :

- sur le côté de la fracture particulièrement au niveau de la cuisse ;
- sur le côté de l'écoulement lorsqu'il y a un saignement du nez ou de l'oreille ;
- sur le côté gauche pour la femme enceinte.

Techniques :

- le sauveteur saisit le poignet de la victime du côté de retournement en bloquant l'épaule et fait glisser le membre supérieur au-delà de la perpendiculaire de l'axe du corps, dos de la main contre le sol.
- S'agenouiller au niveau de la taille de la victime du côté de retournement et à 20 cm environ de celle-ci.
- Saisir d'une main l'épaule opposé, placer l'avant-bras de la victime sur son propre avant bras et à l'aide de l'autre main saisir la hanche opposée de la victime.

- Faire pivoter lentement et régulièrement la victime **en bloc et sans torsion tout en gardant les bras tendus** : pour bien respecter l'axe tête-cou-tronc (TCT) et ne pas aggraver une fracture de la colonne vertébrale préexistante.
- Relâcher l'épaule, placer le coude de la victime au sol et la main sur l'autre bras tendu de la victime.
- La main au niveau de l'épaule vient se placer sur la hanche ; l'autre main vient saisir le creux du genou, fléchit la jambe sur la cuisse, le genou venant prendre appui sur le sol.
- Le sauveteur se rapproche de la tête et la ramène avec précaution vers l'arrière, une main sur le front, l'autre sous le menton.
- La bouche de la victime est ouverte légèrement, dirigée vers le sol (pour que les liquides puissent s'écouler librement).
- Couvrir la victime.
- Surveiller la conscience, la ventilation et la circulation jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés.

Cas particulier :

Devant un diabétique qui a perdu connaissance, il faut toujours évoquer l'hypoglycémie qui peut se traduire par les signes suivants :

- sueurs profuses froides ;
- asthénie et sensation de faiblesse ;
- douleur épigastrique ;
- vertige ;
- convulsions ;
- voire même, un coma d'installation brutale.

Conduite à tenir :

- lui donner du sucre en sub-lingual (2 morceaux) si la victime est consciente.
- Alerter et surveiller.

RT 6 :La victime est inconsciente et ne respire pas

Action à réaliser :

Savoir mettre en œuvre une Réanimation Cardio Pulmonaire (RCP) chez une victime qui ne respire plus.

Voir Arrêt cardio respiratoire

la victime est inconsciente et ne respire pas mais a encore un pouls.

Cas particuliers

Action à réaliser : Après les 2 insufflations initiales, si la victime ne présente pas de reprise de la respiration, mais si elle bouge ou si elle tousse, réaliser **1 minute de ventilation artificielle.**

Notions à acquérir :

Une fois reconnu l'état de victime inconsciente qui ne respire pas,

- Faire alerter les secours.
- Réaliser 2 insufflations. La victime bouge ou tousse mais ne reprend pas sa respiration.
- Reprendre la ventilation artificielle seule.
- Contrôler la respiration au bout de 1 minute soit après 10 à 12 insufflations.
- Associer les compressions thoraciques à la ventilation artificielle (RCP) si

la respiration est toujours absente.

Ce qu'il faut retenir

→ **Si la conscience est atteinte** → la respiration est menacée.

→ **Libération des voies aériennes (LVA)**

- desserrer tout ce qui est serré (3 C) ;
- bascule prudente de la tête en arrière.

→ **Pour protéger la liberté des voies aériennes supérieures**, mettre la victime en PLS tout en respectant l'axe TCT.

→ la mise en PLS est une action qui peut être dangereuse chez le traumatisé de la colonne vertébrale, mais le risque de détresse respiratoire prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse, d'où la nécessité de bien respecter scrupuleusement la technique décrite.

LA POSITION LATÉRAL DE SÉCURITÉ "P.L.S."

Je retire les lunettes de la victime si celle-ci en porte
Je m'assure que les membres inférieurs de la victime soient côte à côte dans l'axe du corps

Je place son bras à angle droit puis je plie son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut

Je saisis d'une main le bras opposé de la victime

Je me place à genoux ou trépied à côté de la victime

Je maintiens sa main pressée contre son oreille, paume contre paume

Je saisis la jambe derrière le genou avec l'autre main et je la relève tout en gardant son pied au sol

Je me positionne assez loin de la victime au niveau du thorax pour pouvoir la tourner sans avoir à reculer

Je tire sur la jambe afin de faire rouler la victime jusqu'à ce que le genou touche le sol

Je désengage doucement ma main qui est sous la tête de la victime, en maintenant son coude pour ne pas entraîner sa main et éviter toute mobilisation de la tête

J'ajuste la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit

J'ouvre la bouche de la victime avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur

Je couvre et j'alerte les secours

Je surveille sa respiration :

- En regardant son thorax et son abdomen
- En posant ma main sur son thorax pour sentir les mouvements
- J'écoute d'éventuels bruits provoqués par sa respiration

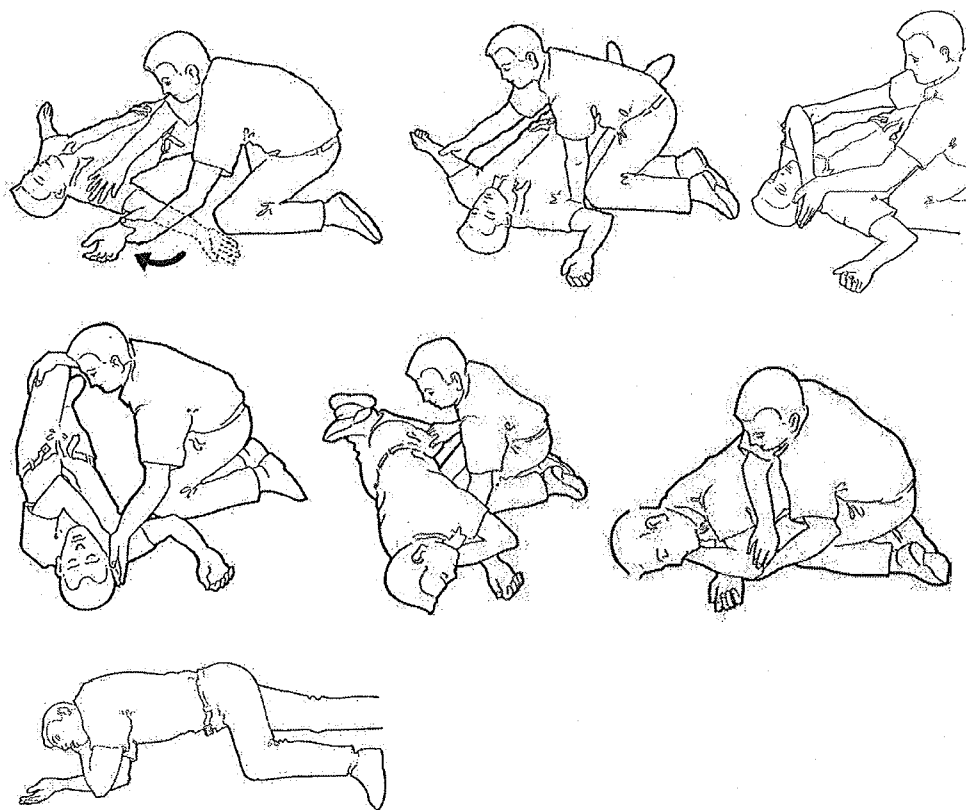
Cas particuliers:

*Femme enceinte, je la tourne de préférence sur le côté gauche.

*La victime retrouvée sur le ventre, je complète la L.V.A. et je stabilise sa position.

*Le traumatisé (lésion thoracique, d'un membre)
je le tourne de préférence sur le côté atteint.

Les étapes de la mise en PLS



Détresse ventilatoire

RT 3

Introduction

Définition

« C'est l'incapacité partielle ou totale de l'appareil respiratoire à assurer une hématose correcte ».

Toute victime en détresse respiratoire doit (après libération des voies aériennes) être prise en charge convenablement pour que sa survie soit assurée en attendant l'arrivée des secours médicalisés.

La fonction ventilatoire assure l'apport de l'oxygène dont l'organisme a besoin et toute perturbation de celle-ci menace les autres fonctions vitales (fonctions circulatoire et neurologique) et par la suite la vie de la victime.

La respiration artificielle vient suppléer la fonction et compenser la dette en oxygène de l'organisme.

I. Objectifs

- Reconnaître une détresse respiratoire.
- Pratiquer :
 - la désobstruction des voies aériennes ;
 - une ventilation artificielle efficace.

II. Développement

1. Causes

- Milieu irrespirable.
- Arrêt ventilatoire.
- Obstruction brutale des voies aériennes supérieures.

2. Conduite à tenir

2.1. Devant une victime inconsciente avec ventilation présente mais menacée.

La victime ne parle pas, ne répond pas aux ordres, un flux d'air perçu et les mouvements du thorax et l'abdomen sont normaux.

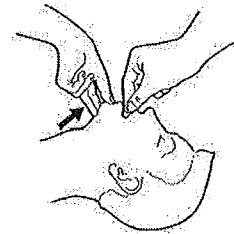
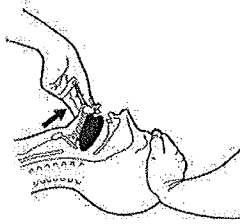
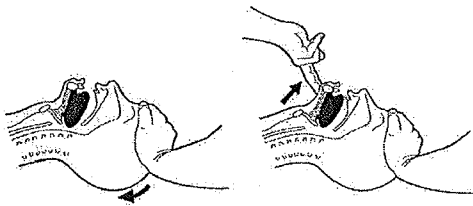
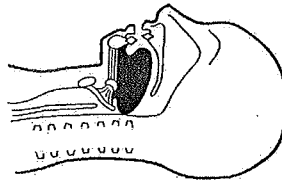
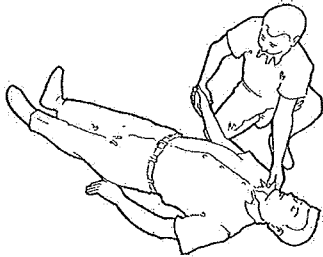
Mettre la victime en PLS après LVA.

Il faut être vigilant il y a un risque évolutif avec possibilité de dégradation de la situation, soit par l'évolution spontanée ou par obstruction des voies aériennes supérieures par chutes en AR de la langue ou par inhalation de vomissements éventuels.

1-Vérification de la conscience

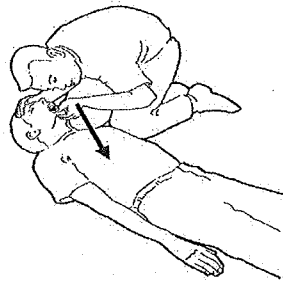
La langue d'une victime inconsciente

Obstrue le fond de la gorge



2-Libération des voies aériennes étranger

3-Retrait d'un corps



4-Recherche de la respiration

2.2. Devant une victime inconsciente et qui ne ventile pas.

→ Signes :

- victime inconsciente.
- Mouvements ventilatoires arrêtés : ni le ventre, ni la poitrine ne soulèvent, le souffle n'est pas perçu.

Remarque : Cette situation ne durera pas longtemps puisque l'arrêt circulatoire suivra rapidement conséquence.

→ Que faire :

- « l'efficacité est ici question de secondes ».
- Vérifier et assurer en quelques secondes la liberté des voies aériennes :
 - desserrer tout ce qui est serré ;
 - basculer prudemment la tête en arrière.
- Constaté l'absence de ventilation (évaluation de la respiration)
- Pratiquer **immédiatement** deux insufflations :
 - si le ventre et/ou la poitrine se soulèvent, vérifier le pouls carotidien :
 - s'il est perçu, continuer la ventilation artificielle ;
 - s'il est absent, associer la ventilation artificielle et le massage cardiaque externe (MCE).
 - Si le ventre et/ou la poitrine ne se soulèvent pas, compléter la désobstruction des voies aériennes.
- Faire alerter les secours.

Techniques :

Les méthodes essentielles sont les méthodes de bouche à bouche et de bouche à nez. Ces méthodes orales permettent d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le sauveteur qui contient 16 % d'oxygène ; c'est un air très voisin de l'air atmosphérique.

Quelle que soit la méthode utilisée, elle ne sera efficace que si et seulement si les voies aériennes de la victime sont et restent libres. Il faut donc pratiquer la ventilation artificielle régulièrement en ménageant les forces. La fréquence adaptée est environ de 12 à 15 cycles par minute pour un adulte.

La respiration artificielle est poursuivie jusqu'à l'arrivée des secours médicalisés, sauf si la ventilation spontanée reprend de façon efficace.

Bouche à bouche :

Le sauveteur s'agenouille à côté de la victime près de son visage :

- Avec la main placée sur le front ; la tête est maintenue basculée ; il obstrue le nez de la victime en le pinçant entre la pouce et l'index.
- Avec l'autre main, il maintient le menton en le tirant en avant et vers le haut.
- Après avoir lui même inspiré, il applique sa bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant fortement pour éviter toute fuite.
- Puis le sauveteur insuffle progressivement et lentement en vérifiant que la poitrine de la victime se soulève.
- Il ne faut pas insuffler rapidement et brusquement car il y a risque de passer l'air dans l'estomac et provoquer des vomissements.
- Le sauveteur se redresse légèrement, reprend son souffle en regardant la poitrine s'affaisser et la victime expirer d'une façon passive.
- La fréquence des insufflations doit être de 12 à 15/mn chez l'adulte à raison d'une insufflation toute les 4 secondes.

→ **Cas particulier du nourrisson :**

- Méthode : Bouche à bouche et nez.
- Fréquence : 25 à 30/min.
- Volume insufflé moins important.

2.3 Devant une obstruction brutale des voies aériennes chez une victime consciente

Le plus souvent la victime est en train de manger et parler ou rire en même temps. La victime fait une fausse route et le bol alimentaire passe par les voies aériennes supérieures et empêche le passage de l'air.

La victime :

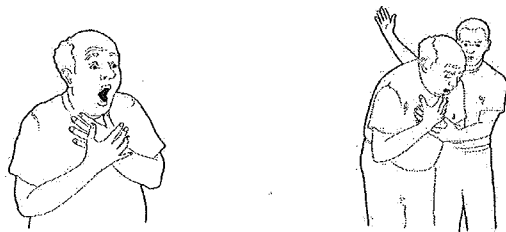
- ne peut plus parler ;
- sa bouche est ouverte ;
- elle fait des efforts pour respirer sans que l'air n'entre ni ne sorte.
- Se tient le cou par la main.

Il peut également s'agir d'un enfant qui a mis une pièce ou un jouet dans sa bouche. Donc il faut rapidement désobstruer les voies aériennes par la méthode d'Heimlich qui consiste à pratiquer une série de poussées au creux de l'estomac pour provoquer l'expulsion du corps étranger hors des poumons en augmentant brutalement la répression de l'air dans le poumon.

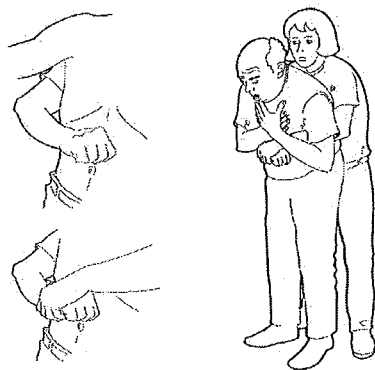
- **Victime debout**

Le sauveteur se place derrière elle, passe ces bras sous les siens, met un poing horizontal, le dos de la main vers le haut sur la partie supérieure de l'abdomen (creux de l'estomac) en dessous du sternum, il place l'autre main sur la première, les avant bras n'appuyant pas sur les côtés, puis il tire brusquement en exerçant une pression vers lui et vers le haut en virgule inversée.

Répéter cette pression 3 ou 4 fois de suite. Faire 2 à 3 cycles. Si la ventilation spontanée ne reprend pas, on pratique immédiatement la ventilation artificielle.



Obstruction totale ----- Cinq claques dans le dos



Si les claques sont inefficaces procédez à la méthode d'Heimlich

- **Victime assise :**

Le sauveteur se place derrière elle, genoux fléchis pour être à la bonne hauteur, et agit comme précédemment.

- **Victime allongée sur le sol :**

Le sauveteur allonge la victime à plat dos, se place à califourchon sur les cuisses de la victime, place la paume d'une main au creux de l'estomac, puis l'autre main sur la première et appuie brusquement en oblique vers le sol en direction de la tête de la victime.

→ **Cas particulier :**

Obstruction des voies aériennes chez l'enfant et le bébé.

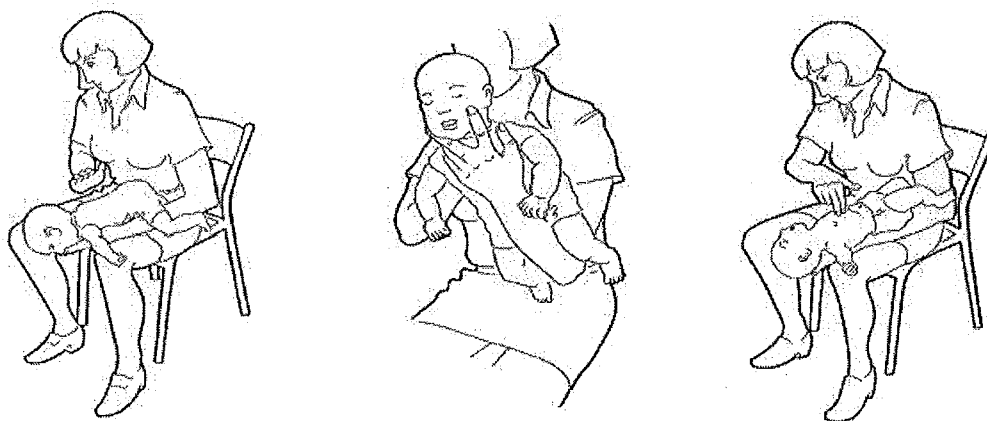
Chez l'enfant de plus d'un an : les manœuvres s'appliquant à l'adulte sont réalisées avec précaution.

Chez le bébé au dessous d'un an :

Le bébé est placé à califourchon sur l'avant bras du sauveteur.

Le sauveteur donne 4 tapes avec la main entre les omoplates de l'enfant.

En cas d'échec place cette main sur le dos du bébé et le retourne tête basse puis effectue avec 3 doigts 4 poussées sur le devant du thorax : milieu du sternum.



Arrêt cardio-respiratoire

RT 6

Introduction

C'est un état de mort apparente qui nécessite une intervention urgente par le massage cardiaque externe (MCE) qui vient suppléer la fonction circulatoire associée à la respiration artificielle pour enrichir le sang en oxygène.

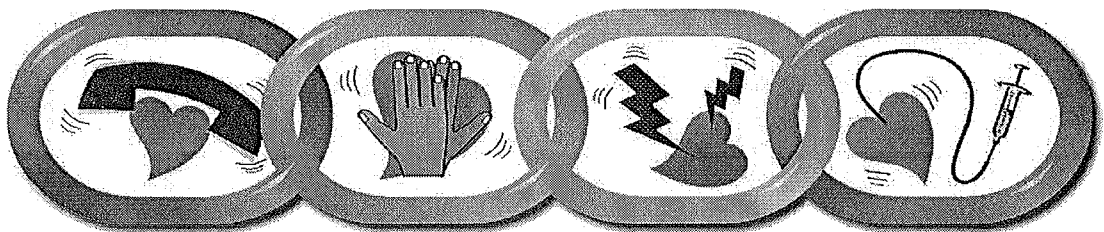
I. Objectifs :

- Reconnaître l'arrêt cardio-respiratoire : par l'absence du pouls carotidien.
- Pratiquer la respiration artificielle associée au MCE (la réanimation cardio-pulmonaire).

II. Développement :

Le MCE, toujours associé à la ventilation artificielle, doit être pratiqué immédiatement sur place (victime en position horizontale et sur le dos, sur un plan dur), dès la constatation des signes d'inefficacité cardiaque :

- sujet inconscient et inerte,
- arrêt de la ventilation,
-



Immédiatement, le sauveteur écarte le bras de la victime (de son côté) du thorax, à angle droit puis il se place à genoux, à cheval sur ce bras écarté, un genou au contact de l'aisselle, il commence la première série de compressions thoraciques ; les compressions se font sur une zone d'appui

repérée sur le sternum. Cette zone d'appui doit être déterminée de la façon suivante :

- avec les deux majeurs et les deux pouces, diviser le sternum en deux parties,
- appuyer le talon de la main sur le haut de la moitié inférieure du sternum, placer l'autre main au dessus de la première

La poussée vers le bas doit être bien verticale par rapport au sol et le rester pendant toute la manœuvre. Tout balancement d'avant en arrière du tronc du sauveteur doit être prescrit.

Les coudes doivent être verrouillés ; les avant –bras sont bien tendus dans le prolongement des bras.

Le sternum doit s'enfoncer de 3 à 5 cm.

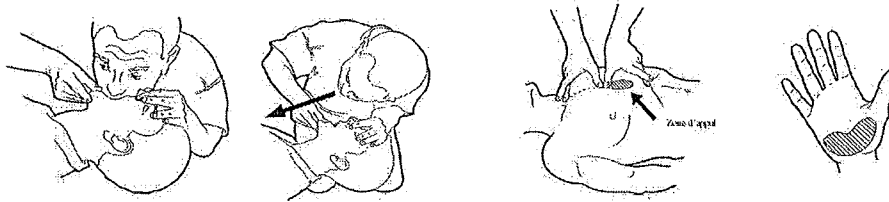
Les compressions doivent être associées à la ventilation artificielle en effectuant des cycles contenant chacun 15 MCE et 2 insufflations.

La durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax pour que le cœur se remplisse de sang de nouveau . Le passage de l'insufflation à la compression et vice versa doit être effectué aussi rapidement que possible sous peine de diminuer l'efficacité de la circulation artificielle ainsi obtenue.

Le sauveteur doit effectuer au minimum 4 cycles par minute afin d'obtenir une fréquence autour de 60 battements par minute.

Toutes les deux minutes environ, le sauveteur vérifie le pouls carotidien , signe d'une reprise éventuelle de fonction cardiaque spontanée.

Ne jamais oublier que le secourisme vise à effectuer les gestes de survie en attendant les secours spécialisés. Donc toujours alerter et continuer la prise en charge jusqu'à l'arrivée des renforts.



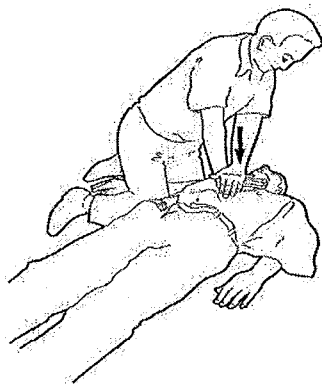
a) 2 insufflations +

b) placer la victime sur un plan dur

absence de signe de circulation

repérer la zone d'appui,

y placer le talon de la main



c) effectuer en rythme

d) Après les 15 massages

e) tous les cinq

cycles environ contrôler la respiration.

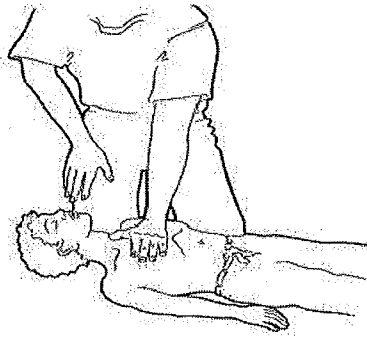
30 massages. 1 et 2 et 3 ... effectuer 2 insufflations

Troisième maillon: Défibrillation précoce

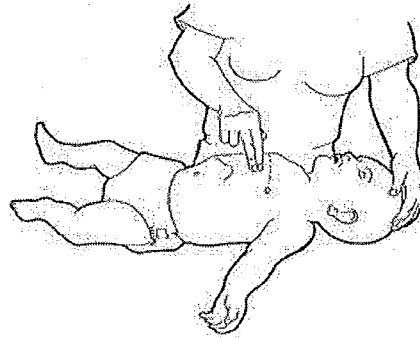
→ Cas particuliers :

- Chez l'enfant : On se servira du talon d'une seule main à la fréquence de 100 battements par minute.
- Chez le bébé de moins d'un an : On se servira de 3 doigts à la fréquence d'environ 120 battements par minute, alternance 15/2.

: Pratique du massage cardiaque



Chez l'enfant de moins de huit ans



Chez le nourrisson (< 1an)

Le massage est associé à une ventilation artificielle sur le rythme de 5/1

Ce qu'il faut retenir

LVA



☐ pouls carotidien (*Ne concerne que les Professionnels de Santé entraînés...*)

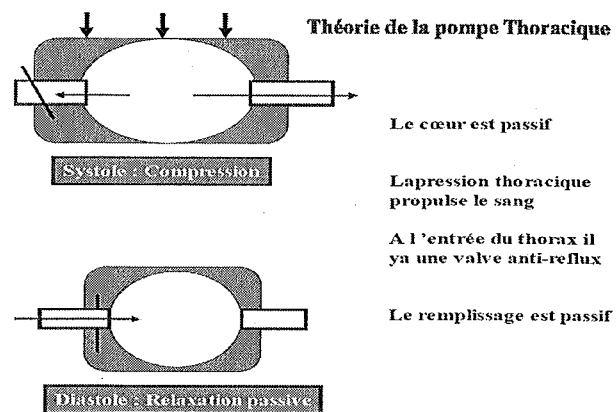
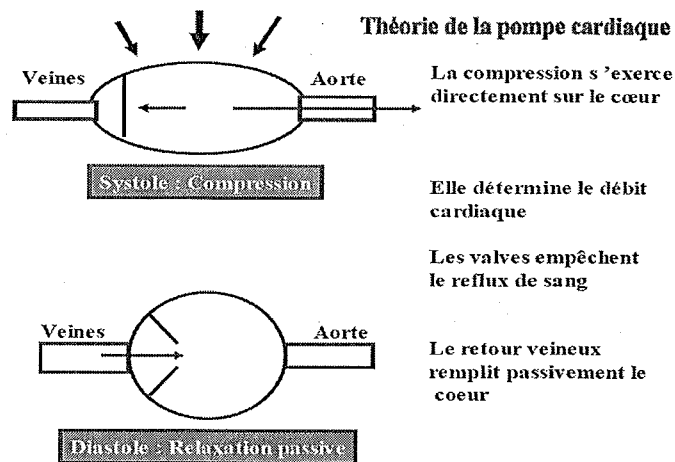


30 a 50 MCE

2 BAB - 30 MCE

Troisième maillon: Défibrillation précoce

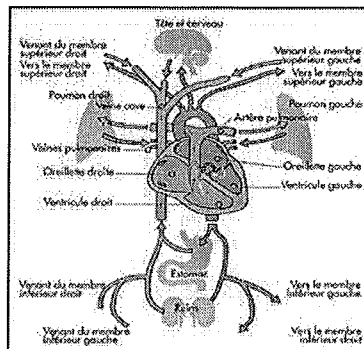
Le MCE s'effectue sur un plan dur.



Reconnaissance de l'ACR

- **Inconscience**
 - *Aucune réponse aux ordres simples*
 - *Aucune réponse à la douleur*
- **Absence de respiration**
 - *Aucun mouvement thoracique ou respiration inefficace (gasps) pendant au maximum 10 secondes*
- **Absence de circulation**
 - *Aucun pouls carotidien pendant au maximum 10 secondes*
 - *Ne concerne que les Professionnels de Santé entraînés...*

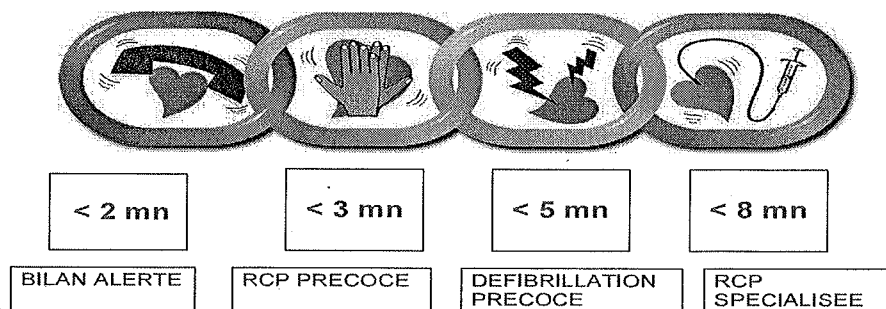
Conséquence de l'ACR



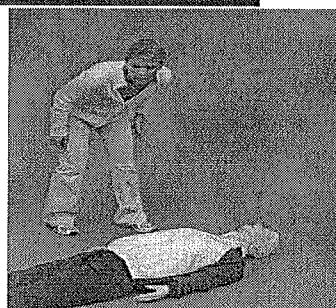
- Arrêt circulatoire
- Arrêt respiratoire
- Lésions cérébrales
 - Réversibles à 3'
 - Irréversibles à 6'
- Mort cérébrale - Décès

Le temps tue..

"Time is muscle" "Time is brain"



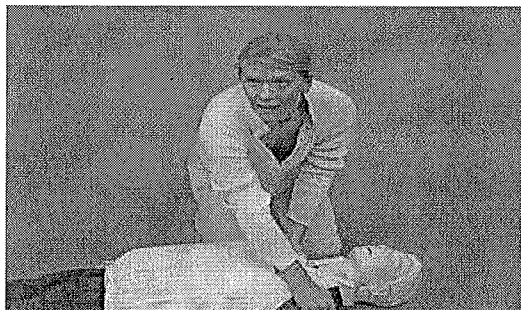
Vérifiez la sécurité



Vérifiez la conscience



Criez pour obtenir de l'aide



**Basculez la tête en arrière
Relevez le menton**



Vérifiez l'intérieur de la bouche



Vérifiez la respiration
sur 10 secondes



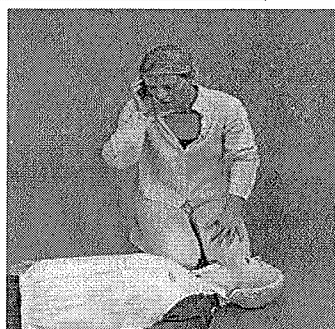
Alertez les services de secours



190

198

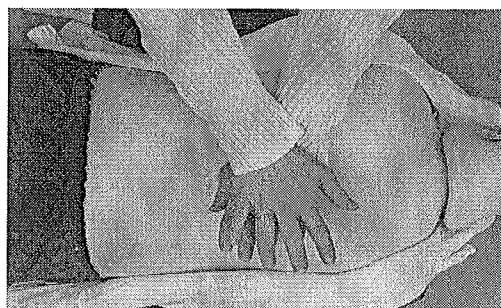
193



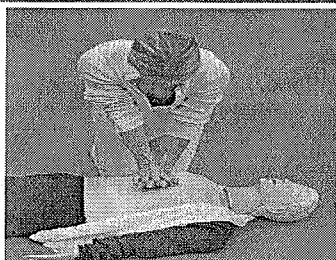
Deuxième maillon: RCP précoce



Repérez le sternum
Placez les mains entre les seins

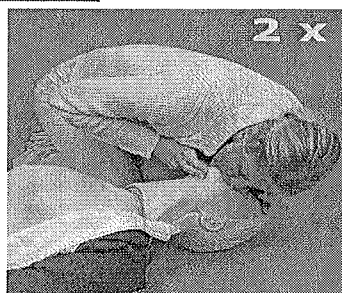
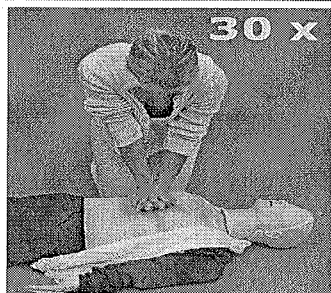


Réalisez des compressions
thoraciques

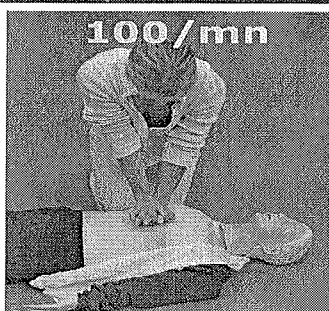


Rythme :
100 compressions/mn

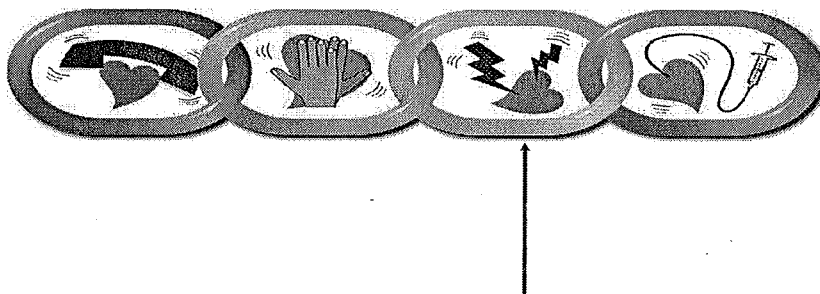
Ratio de la RCP adulte



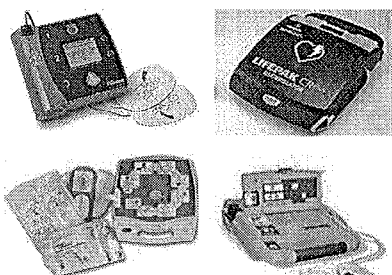
Fréquences de la RCP adulte



Troisième maillon: Défibrillation précoce

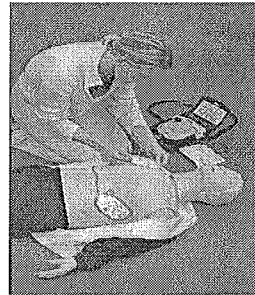
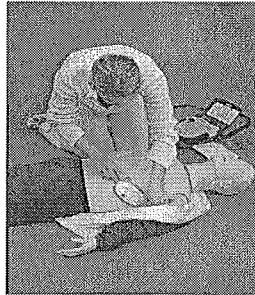
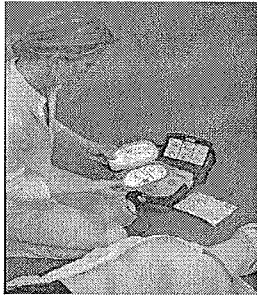


Le Défibrillateur Externe Automatisé (DEA)

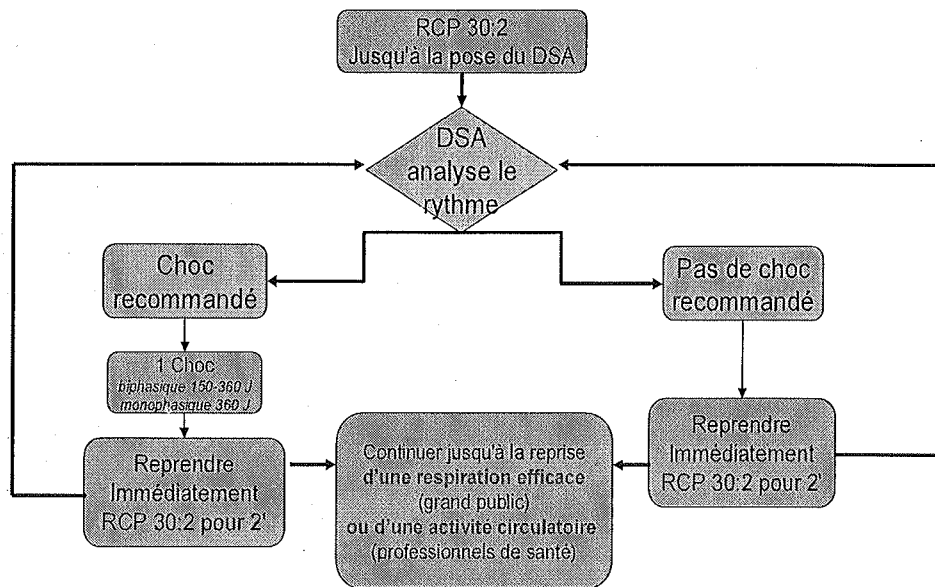


- ❑ Délivrance choc électrique si nécessaire
- ❑ Mêmes principes pour tous les DEA
- ❑ Forme onde et intensité courant pré-déterminées
- ❑ Utilisation simple
- ❑ Fiabilité proche de 100%

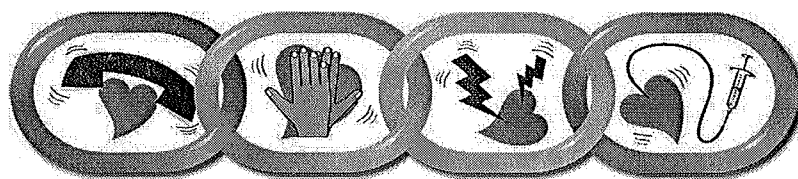
Appliquez les électrodes



Algorithme de la Défibrillation Semi-Automatique



Chaîne de survie



DEVOIR CITOYEN
Amélioration survie
X 2 voire 3

↑
ROLE
IDE +++

MINIMUM A MAITRISER AVANT D'INTEGRER
L'IESI

LA VICTIME SE PLAINT D'UN MALAISE

RT 7

Objectif :

Savoir réagir lorsqu'une personne est victime d'un malaise :

- identifier une personne victime d'un malaise (consciente).
- poser les questions essentielles.
- mettre la victime au repos.
- appeler le SAMU (190) et suivre les conseils.

Conduite à tenir devant une personne victime d'un malaise :

1. Observer les signes de malaise :

- douleur serrant la poitrine
- douleur intense de ventre
- mal de tête intense –
- sensation de froid avec sueurs abondantes
- pâleur intense
- des difficultés pour respirer et pour parler.
 - paralysie du bras ou de la jambe
- difficultés à parler
- bouche déformée.

2. Mettre immédiatement la victime au repos en la rassurant :

- si gêne respiratoire : position assise (chaise, mur ou sauveteur).
- dans les autres cas allonger la victime (sauf si elle ne veut pas).
- desserrer tout ce qui peut gêner la respiration.

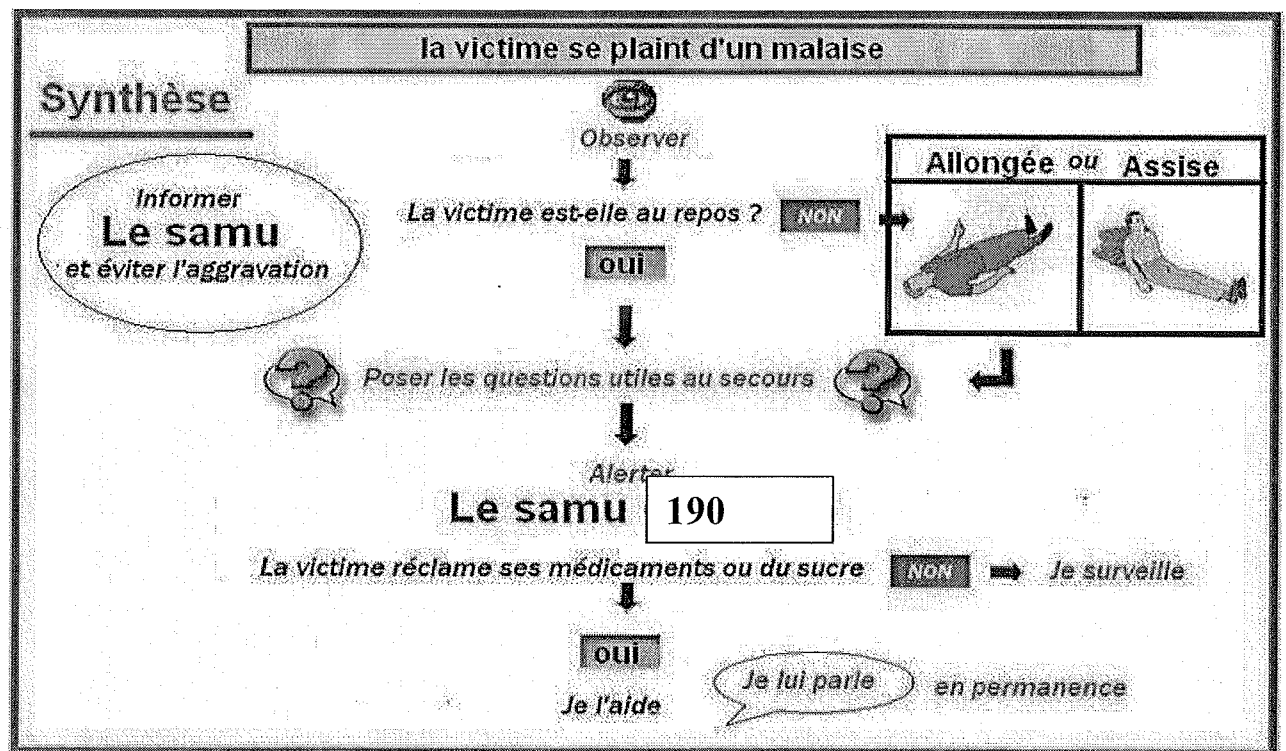
3. Recueillir les informations nécessaires sur l'état de santé habituel de la victime :

- depuis combien de temps dure votre malaise ?
- est-ce la 1^o fois que vous avez ce malaise ?
- prenez vous des médicaments ?
- avez-vous été gravement malade ou récemment hospitalisé ?

4. Alerter (190) et transmettre ces informations nécessaires.

5. Surveiller la victime en lui parlant.

6. Si la victime demande ses médicaments ou du sucre, lui fournir.



PLAIES ET BRULURES

RT 8

Introduction :

Les plaies et les brûlures sont fréquentes dans la vie courante et exposent à des dangers immédiats (hémorragie, détresse respiratoire, détresse circulatoire) et des conséquences plus tardives (infections, tétanos).

Une conduite appropriée permet d'éviter leur aggravation.

I. Objectifs

- Différencier une plaie simple d'une plaie grave et une brûlure simple d'une brûlure grave
- Conduite à tenir devant chaque cas.

II. Développement

1. Plaies

1.1 Définition

Toute lésion de la peau, qui peut être

- coupure
- éraflure ;
- piquûre

1.2 Plaies simples

Petite coupure ou écorchure superficielle de la peau peu souillée, saignant peu et loin d'un orifice naturel.

→ **Risques :**

- Infection locale : abcès
- Infections générale : tétanos, septicémie

→ **Conduite à tenir :**

- se laver les mains, puis nettoyer la plaie à l'eau et au savon ; on peut aussi utiliser un antiseptique non coloré.
- Protéger par un pansement adhésif si la plaie risque d'être de nouveau souillée
- Conseiller de consulter un médecin si la plaie devient chaude et rouge, si elle gonfle ou si elle continue de faire mal.
- Vérification de la vaccination antitétanique. Si elle est ancienne (au-delà de cinq ans), la victime doit la refaire dans sept jours maximum..
- Si la plaie devient chaude, rouge et douloureuse dans les 24 heures, consulter sans tarder un médecin.

1.3 Plaies graves

Toute plaie qui n'est pas simple en particulier qui présente au moins l'un des critères suivants :

- plaie avec hémorragie,
- plaie par morsure,
- plaie étendue, (> 5cm), profonde
- plaie par outil, arme blanche, projectile

- plaie contenant des souillures ou de corps étranger (CE)
- plaie à bords irréguliers,
- plaie de l'œil,
- plaie située près des orifices naturels,
- plaie du cou, de l'abdomen, du thorax ou du dos,

En cas d'hésitation, une plaie doit toujours être considérée comme grave :

→ **Risques :**

- hémorragie,
- état de choc,
- atteinte nerveuses sensibles et motrices,
- infection

Locale

Générale

→ **Conduite à tenir :**

- Apprécier l'importance du saignement et agir en conséquence
- Allonger, sauf gêne respiratoire,
- Alerter ou faire alerter,
- Surveiller les fonctions vitales et agir en conséquence,

→ **Cas particuliers :**

- en cas d'une plaie avec corps étranger
Ne jamais retirer un CE inclus dans une plaie.
- en cas d'une plaie de l'abdomen

Allonger la victime sur le dos, cuisses fléchies, jambes horizontales ,

- en cas d'une plaie du thorax

Position semi-assise, car risque d'asphyxie,

- en cas d'une plaie de l'œil
 - allonger à plat dos, tête calée,
 - recommander au blessé de fermer les deux yeux et de ne pas bouger,
 - ne pas ouvrir les yeux en attendant les secours,
 - ne jamais chercher à retirer un corps étranger intra-oculaire

2. Brûlures

2.1 Définition :

Lésions de la peau, et/ou des voies aériennes ou digestives, provoquées par la chaleur, les substances chimiques, l'électricité, les radiations ou le frottement.

2.2 Conséquences :

→ locales :

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| - érythème | → 1 ^{er} degré |
| - phlyctènes ou bulles | → 2 ^{ème} degré |
| - escarres et carbonisation | → 3 ^{ème} degré |

→ générales :

- état de choc

2.3 Brûlures simples

Les brûlures simples sont exclusivement :

- la brûlure du 1^{er} degré peu étendue,
- la minuscule brûlure de 2^{ème} degré,

→ **Conduite à tenir**

- Toujours refroidir le plus tôt possible, la surface brûlée par arrosage à l'eau (10-15°) sans pression, pendant au moins 5 minutes en faisant ruisseler cette eau à une distance de 10 à 15 cm.
- Ne pas percer la cloque, la protéger par un pansement adhésif ?
- Surveillance et prévention du tétanos analogue à celles de la plaie simple.

2.4 Brûlures graves :

Une brûlure grave est une brûlure qui présente au moins l'un des critères suivants.

→ **Etendue :**

Grave si > 10% de la surface corporelle selon la règle des 9 de Wallas
« pour le secouriste : une brûlure est considérée grave lorsqu'elle dépasse la surface de la paume de la main ».

→ **Profondeur :**

Une brûlure est grave si elle est de 2^{ème} degré comportant plus que 2 cloques ou 3^{ème} degré.

→ **Localisation :**

Face, articulation, orifices naturels, organes génitaux externes,

→ **Souillure**

→ **Age du blessé : âge extrême**

→ **Absence de vaccination antitétanique (VAT)**

→ **brûlures interne :**

inhalation de vapeur, ingestion d'acides ou de bases.

Conduite à tenir :

- toujours refroidir le plutôt possible, la surface brûlée,
- emballer les brûlures : emballage stérile ou linge propre,
- faire appeler les secours médicalisés,
- sauf gêne respiratoire : allonger le brûlé sur la région non brûlée, si possible sur un drap propre
- surveiller les fonctions vitales et agir en conséquence,
- ne pas donner à boire à un brûlé grave.

La victime consciente se plaint après un traumatisme :

Brûlure

Action à réaliser :

Arroser à l'eau une brûlure venant de se produire avant d'identifier sa gravité afin de recourir à un avis médical.

Notions à acquérir :

- Refroidir immédiatement la brûlure récente en laissant ruisseler de l'eau froide pendant au moins 5 minutes.
- Enlever les vêtements de dessus la brûlure sauf s'ils adhèrent à la peau.
- Allonger la victime si la brûlure est étendue.
- Demander un conseil médical si la brûlure est grave, Exemple : la surface de la brûlure est supérieure à la moitié de la surface de la paume de la main de la victime.
- Faire ôter les vêtements et arroser abondamment une brûlure par projection de produit chimique sur la peau et les vêtements.
- Rincer l'œil abondamment à l'eau le plus tôt possible pour une projection dans l'œil.
- Ne pas faire vomir ou ne pas donner à boire devant une ingestion de produit chimique.
- Surveiller une brûlure électrique.
- Installer en position demi-assise une victime qui présente des difficultés respiratoires après une brûlure par inhalation.
- Demander un avis médical dans tous les cas.

2.5 Complications graves :

→ **Tétanos :**

- c'est une maladie grave, due à la souillure de la plaie par un microbe « Bacille de Nicolaïer » très répandu dans la terre.
- Le premier signe clinique qui apparaît est la contraction de la mâchoire, Trismus
- l'évolution se fait vers l'asphyxie par contraction des muscles respiratoires
- la vaccination est obligatoire en Tunisie.

Bandages & Emballages

RT 8

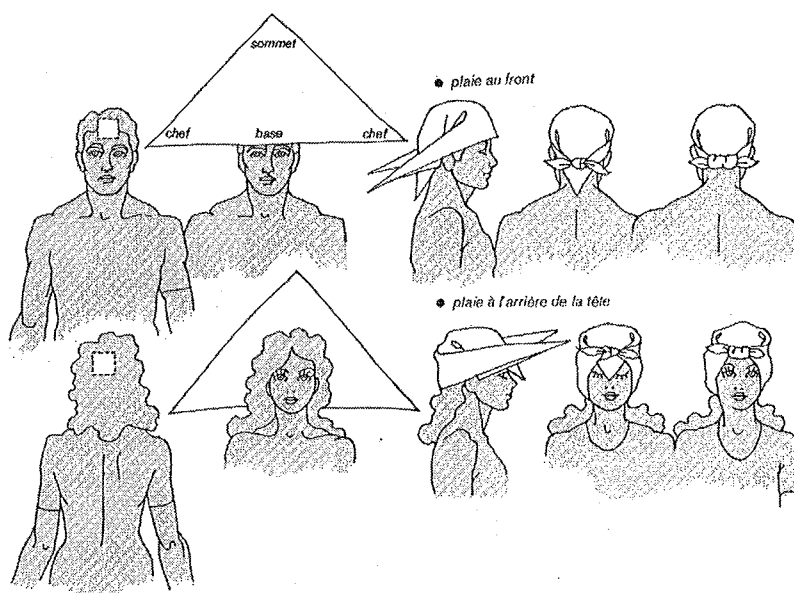
1) Triangles de la tête

Plaie au front

- Placer le milieu de la base sur le front, le sommet couvant la nuque;
- Nouer les chefs à l'arrière de la tête;
- Relever le sommet et coincer-le derrière le nœud.

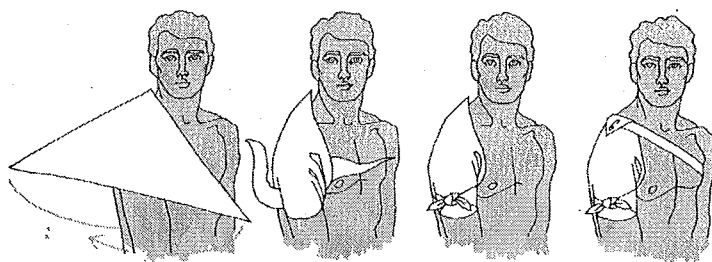
Plaie à la nuque

- Placer le milieu de la base derrière la tête;
- Nouer les chefs sur le front;
- Relever le sommet et coincer-le derrière le nœud.



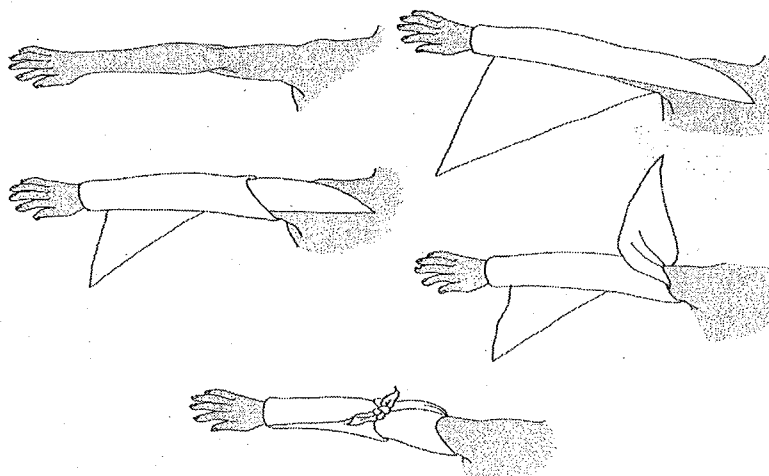
2) Triangle de l'épaule

- Placer le sommet sur l'épaule;
- Croiser les chefs;
- Nouer les chefs;
- Placer un bandeau
- Rabattre le sommet et fixer-le avec une épingle.



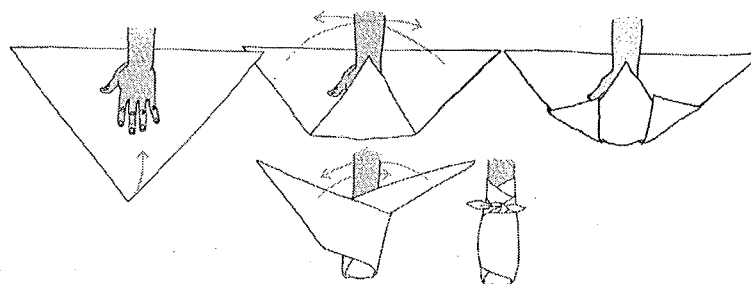
3) Triangle du bras

- Placer le sommet sur l'arrière du bras vers la main, la base sous le coude;
- Croiser les chefs dans le creux du coude;
- Nouer les chefs au-dessus du coude;
- Rabattre le sommet et fixer-le



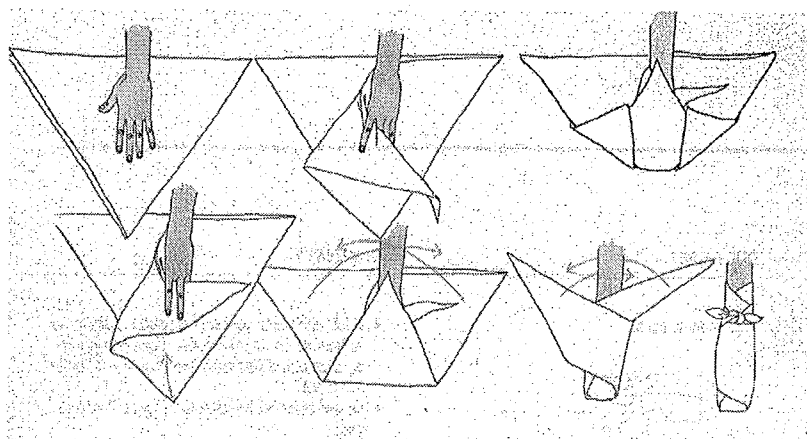
4) Triangle de la main

- Poser la paume de la main sur le triangle;
- Rabattre le sommet et croiser les chefs;
- Croiser une fois encore les chefs autour du poignet et nouer à l'avant.



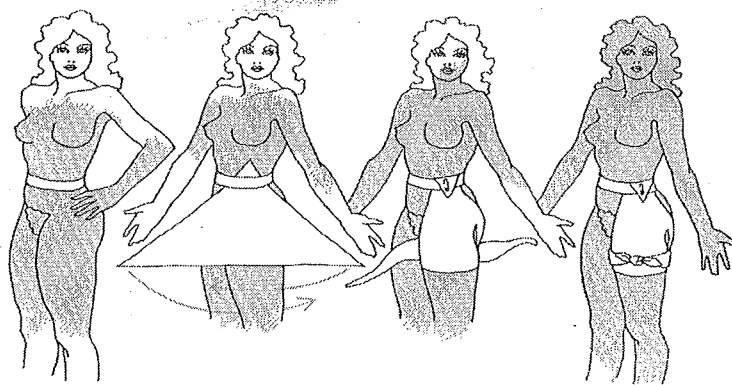
5) Triangle de la main

- Plier le triangle en 2;
- Poser la paume de la main sur le triangle;
- Isoler chaque doigt sans les toucher afin qu'il ne collent ensemble;
- Rabattre le sommet et croiser les chefs;
- Croiser encore une fois les chefs et nouer à l'avant.



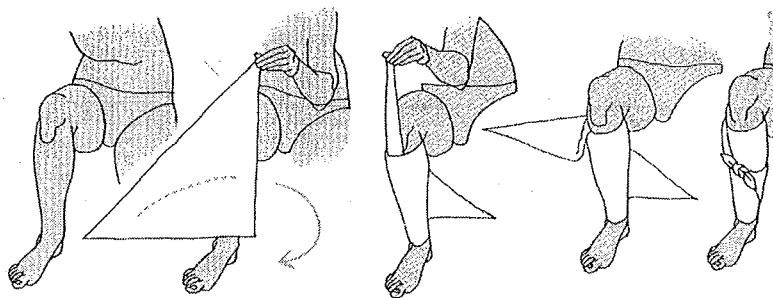
6) Triangle de la hanche

- Placer un bandeau à la taille;
- Placer le sommet vers a taille et fixer le avec une épingle ai bandeau ;
- Croiser les chefs et nouer les.



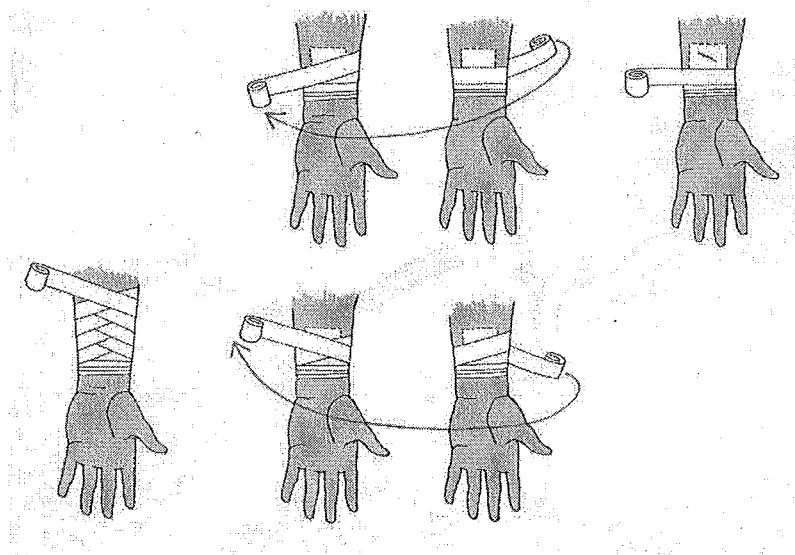
7) Triangle de la jambe

- Placer le sommet sur l'arrière du du pie vers la mains, la base sous le coude;
- Croiser les chefs;
- Nouer les chefs au-dessus du genoux;
- Rabattre le sommet et fixer-le



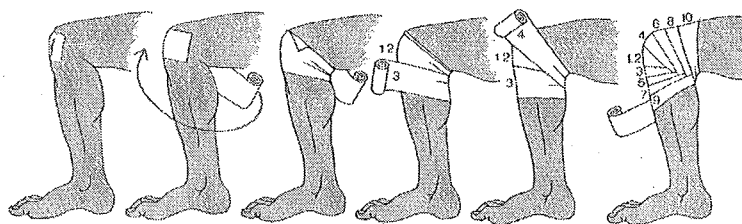
8) Spica du poignet

- Effectuer deux circulaire;
- Remonter progressivement en formant des chevrons superposés
- Terminer par deux circulaire et fixer soit avec une épingle de nourrice ou soit avec un morceau de sparadrap



9) Spica du genou

- Fléchir légèrement le genou;
- Faire deux tours circulaire de départ sur l'articulation;
- Alternner ensuite les tours de bande en dessous et au-dessus de l'articulation;
- Terminer par deux circulaires au-dessus de l'articulation et fixer.



ATTEINTES TRAUMATIQUES DES OS ET DES ARTICULATIONS RT8

Introduction

L'atteinte du squelette est fréquente ; elle occasionne trois types de lésions :
entorses, luxations et fractures,

Elle peut toucher les membres, la colonne vertébrale et la tête,

Dans tous les cas, il faut immobiliser le membre atteint afin de diminuer le
risque de déplacement et l'aggravation de la situation.

I. Objectifs

- Suspecter l'atteinte probable du squelette
- Agir en conséquence,

II. Développement

1. Entorse

1.1 Définition

C'est l'étirement ou la déchirure des ligaments qui maintiennent en place
une articulation.

1.2 Signes

- douleur locale (+++)
- œdème
- mouvement possible, mais douloureux

1.3 Conduite à tenir

- refroidir par une vessie de glace,

- immobiliser par une bande serrée, puis transporter à l'hôpital

2. Luxation

2.1 Définition

C'est une articulation déboîtée, avec perte de contact entre les surfaces articulaires.

2.2 Signes

- douleur
- déformation
- mouvements impossibles,

2.3 Conduite à tenir

- immobiliser l'articulation dans la position trouvée,

Exemples

- luxation de la mandibule : immobilisation par une fronde du menton
- luxation de l'épaule : immobilisation par une écharpe oblique avec vêtement plié sous l'aisselle.

3. Fracture

3.1 Définition

Tout os brisé, avec fragments déplacés ou non. Elle peut être fermée ou ouverte (lésion cutanée en regard).

3.2 Signes

- douleur locale (+++)
- impotence fonctionnelle,
- gonflement,

- déformation

3.3 Risques

- Précoces :
 - hémorragie /EDC
 - paralysie,
 - ostéite, septicémie, tétanos
- Tardifs
 - mauvaise consolidation,
 - cals vicieux,

3.4 Conduite à tenir

- interdire tout mouvement au blessé,
- empêcher tout transport avant que le membre atteint ne soit immobilisé,
- immobiliser le membre fracturé avec douceur

4. Techniques

4.1 Fractures du membre supérieur

4.1.1 Fracture de la clavicule

- immobilisation par une écharpe oblique

4.1.2 Fracture du bras

- immobilisation par une écharpe simple et une contre-écharpe

4.1.3 Fracture de l'avant bras

- immobilisation par une gouttière avec écharpe simple.

NB :

- *la main doit être plus haute que le coude,*
- *le poignet doit être soutenu,*

- ***les doigts doivent être visibles,***

4.2 Fractures du membre inférieur :

- immobilisation par solidarisation avec le membre sain (4 liens larges avec rembourrage)
- immobilisation par une couverture enroulée,
- immobilisation avec attelles,

NB :

En cas de fracture du fémur, il faut se méfier de l'état de choc qui est presque constant

4.3 Fracture de la colonne vertébrale

Le danger principal est la lésion de la moelle épinière, avec risque de paralysie,

- ne jamais mobiliser la victime,
- conseiller fermement au blessé de ne faire aucun mouvement, en particulier de la tête,
- maintenir la tête avec les deux mains placées de chaque côté de celle-ci, le sauveteur est à genoux derrière le blessé.
- Faire alerter.

ELECTRISATION

Il y a environ 200 morts par an en France dont $\frac{1}{4}$ dues aux lignes haute tension.

1- Définition

Accident résultant du contact accidentel de l'organisme avec le courant électrique.
Les lésions sont essentiellement des brûlures, particulières car internes.

- Electrocution : accident mortel de l'électrification.
- Electrification : résultat du passage du courant à travers l'organisme.

2- Les réactions de l'organisme sont déterminées par plusieurs facteurs :

*** 3 facteurs spécifiques de la source.**

- Intensité (I).
- Tension (U).
- Fréquence (Hz).

A savoir : les ampères tuent et les volts brûlent.

*** 3 facteurs propres au sujet.**

- Résistance électrique du sujet (R).
- Temps de passage du courant (t).
- Trajet du courant dans l'organisme.

$$W = I \times U \times t = R \times I^2 \times t$$

W correspond à la quantité d'énergie dégagée.

3- Conséquences :

Lors de l'accident, la téτανisation des muscles va soit coller la personne au conducteur soit le projeter à distance (lésions associées).

2 types de brûlures :

- Brûlure par arc électrique (brûlure classique).
- Brûlure électrothermique due au passage du courant à travers le corps.
Brûlures internes entre le point d'entrée et le point de sortie du courant.

Si la trajet du courant passe par :

- Le cœur : risque de fibrillation musculaire qui ne cède pas à la coupure de courant.
- Les poumons : risque d'arrêt respiratoire par téτανisation des muscles respiratoires qui cède à l'arrêt du courant.

4- Conduite à tenir :

- Dégager aussi rapide que possible la personne mais attention au suraccident. Il faut bien vérifier que le courant est bien coupé et éviter la chute.
- Traitement des lésions associées : traumatisme lors de la chute.

PIQURES ET MORSURES

→ Les Hyménoptères (femelles) :

- Piqûres simples.
- Piqûres multiples.
- Allergie aux piqûres.
- Localisation particulière.

→ Hyménoptère – clinique :

- Réaction locale (< 10 cm). → Durée 24 heures.
- Réaction locale allergique. → Durée jusqu'à 7 jours.
- Réaction générale allergique. → Choc anaphylactique (rougeur, dilatation).
- Réaction toxique.

→ Hyménoptère – traitement :

- Retirer le dard en grattant et non pas en tirant dessus.
- Désinfecter.

→ Autres insectes :

- Insectes hématophages.
- Conduite particulière pour les tiques.

→ Morsure de chien :

- Éléments locaux imposant l'hospitalisation.
- Risque de rage ou de tétanos.
- Traitement local et général.

→ Morsure de serpents.

- Immobilisation
- Surélévation du membre.
- Surveillance pendant 6 heures.
- Egalement : faire un bandage serré modérément sur le membre.

Grade 0 Pas d'envenimation	Marque des crochets seulement.
Grade 1 Envenimation minimale	Oedème local autour de la morsure.
Grade 2 Envenimation modérée	Oedème régional et/ou symptômes généraux modérés.
Grade 3 Envenimation grave	Oedème étendu au delà du membre atteint et/ou symptômes généraux grave.

Grossesse et accouchement

1. ANOMALIES DE LA GROSSESSE

1.1 Les troubles

La grossesse peut être à l'origine de nombreuses complications de gravité variable. Deux types d'appels spécifiques à l'état de grossesse peuvent motiver l'alerte des prompts-secours: hémorragie, et contractions prématurées.

Les signes les plus graves sur le plan vital sont la détresse circulatoire brutale (collapsus) présentée par une femme en début de grossesse (connue ou non connue) associée à une douleur abdominale. Ils signent la complication d'une «grossesse extra-utérine» (GEU) avec rupture des vaisseaux sanguins et hémorragie interne dans l'abdomen. Elle nécessite une prise en charge médicalisée et un geste chirurgical d'extrême urgence.

Une hémorragie extériorisée par voie génitale chez une femme enceinte annonce fréquemment un avortement ou une menace d'avortement et justifie une consultation spécialisée. Elle suit ou précède l'apparition de contractions.

L'existence de contractions douloureuses entre 6 et 8 mois de grossesse fait courir le risque de l'accouchement d'un enfant prématuré; avant cette durée, il s'agit d'une menace d'avortement.

1.2 Bilan

- âge de la grossesse, nombre d'enfants attendus, troubles et traitement éventuel
- antécédents (nombre de grossesses, déroulement des précédents accouchements...)
- plainte actuelle (douleur, fièvre, hémorragie...)

- horaire de début des contractions, intervalles entre elles
- perte de sang, d'eau, du contenu utérin...
- état des fonctions vitales...

1.3 Conduite à tenir

La grossesse n'a rien de spécifique dans sa prise en charge par le prompt secours qui doit apporter ses soins en fonction des signes présentés et des indications de la coordination médicale.

Face à une détresse circulatoire (pâleur de la peau et des conjonctives, sueurs, pouls rapide mal frappé...) il faut allonger la femme à l'horizontal voire surélever les membres inférieurs, oxygéner à fort débit et alerter rapidement les secours médicaux.

Dans les autres cas, c'est le médecin coordinateur qui décidera de la conduite à tenir en fonction des circonstances: appel d'un médecin à domicile, transport non médicalisé, ambulance de réanimation.

1.4 A savoir

- Une GEU est possible chez une femme qui ne se croit pas enceinte, quels que soient son moyen de contraception ou ses allégations. ..
- Des convulsions chez la femme enceinte (« éclampsie ») font courir un risque vital à l'enfant et à sa mère.

2. ACCOUCHEMENT NORMAL

2.1 La situation

L'accouchement termine environ neuf mois de grossesse. Il doit être si possible réalisé dans une maternité mais il se déclenche parfois de façon inopinée, à domicile ou sur la voie publique, ce qui justifie l'alerte des secours. Son déroulement est en trois phases principales (travail, descente du nouveau-né et délivrance).

2.2 Bilan

- âge de la grossesse, nombre d' enfants attendus, date et lieu prévus de l' accouchement, difficultés éventuelles
- antécédents (nombre de grossesses, déroulement des précédents accouchements...)
- horaire de début des contractions, intervalles entre elles
- notion de perte des eaux (heure), de progression d'accouchement...
- présentation de l' enfant à la dernière consultation (côté qui va sortir en premier: tête, siège)
- état des fonctions vitales...

2.3 Conduite à tenir

2.3.1 Transport simple

Si l' accouchement n' est pas imminent, la coordination médicale peut décider que la victime ne sera pas médicalisée.

Pour effectuer le transport dans de bonnes conditions, il faut surveiller la patiente et la garder si possible allongée sur le côté gauche (pour éviter que l'utérus appuie dangereusement sur la veine cave inférieure qui ramène au cœur le sang de la partie inférieure du corps).

2.3.2 Assistance de l' accouchement

Un accouchement normal se déroule sans difficulté, le rôle de l'accoucheur se limite à aider passivement la sortie de l'enfant et à accompagner les efforts expulsifs de la mère. En attendant l'ambulance de réanimation, le matériel d'assistance est préparé: valise d'oxygénothérapie, linges, gants...

L' accouchement le plus fréquent est celui où l' enfant se présente tête première (présentation du sommet) mais il peut aussi commencer à descendre par les fesses (siège).

2.3.3 Soins au nouveau-né

Après le premier cri, le nouveau-né doit être bien rose et tonique.

Si l'enfant tarde à crier, le pendre par les pieds pour dégager ses voies

aériennes en tapant légèrement dans le dos.

En cas de détresse ventilatoire, on peut tenter une ventilation artificielle prudente et rapide (40/min.) ; si la fréquence du pouls (huméral) est inférieure à 80/min., il faut associer obligatoirement un MCE (avec les pouces).

On doit rapidement le sécher et l'envelopper dans des linges réchauffés avant de l'allonger, sur le ventre, contre le ventre de sa mère.