



SUPPORT STAGIAIRE

LIVRET DE FORMATION

FORMATION AUX GESTES ET AUX SOINS D'URGENCE AFGSU 1 & 2

Certification Qualiopi — catégorie « Actions de formation »

PGSU Formation

101 avenue Laferrière — 94100 Créteil

Tél. : 06 77 79 27 47 · pgsuformation@gmail.com

SIRET 883 016 610 00031 — RCS Melun — N° d'activité 11 77 06961 77

Sommaire

Vue d'ensemble de la formation	3
Comment utiliser ce livret	4

Partie 1 — Urgences vitales

1. Protection	6
2. Alerter	7
3. Chariot d'urgence	8
4. Inconscient qui respire	9
5. Arrêt cardio-respiratoire (ACR).....	11
6. Obstruction aiguë des voies aériennes.....	14
7. Hémorragie externe.....	17

Partie 2 — Urgences potentielles

1. Les malaises — généralités.....	22
2. La douleur thoracique.....	23
3. L'accident vasculaire cérébral (AVC).....	25
4. L'hypoglycémie	26
5. L'allergie.....	27
6. Les convulsions	29
7. Le malaise vagal.....	30
8. La détresse respiratoire	31
9. Les traumatismes.....	33
10. Les brûlures.....	34
11. Les plaies.....	36
12. L'accouchement inopiné.....	37

Partie 3 — Urgences collectives

1. Comprendre la situation sanitaire exceptionnelle (SSE)	40
2. L'alerte à la population	40
3. ORSEC et plan blanc.....	41
4. Les risques NRBC.....	42
5. Le damage control	44

Vue d'ensemble de la formation

Ce livret vous accompagne pendant votre formation AFGSU 1 et 2, et vous sert de support de révision. Il est organisé en trois grandes parties.

Partie 1 — Urgences vitales

- Protection
- Alerter
- Chariot d'urgence
- Inconscient qui respire
- Arrêt cardio-respiratoire
- Obstruction aiguë des voies aériennes
- Hémorragie externe

Partie 2 — Urgences potentielles

- Les malaises (douleur thoracique, AVC, hypoglycémie, allergie, convulsions, malaise vagal, détresse respiratoire)
- Les traumatismes
- Les brûlures
- Les plaies
- L'accouchement inopiné

Partie 3 — Urgences collectives

- Situations sanitaires exceptionnelles
- Dispositif ORSEC et plan blanc
- Risques NRBC
- Damage control

Objectifs de la formation

L'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence a pour objet l'acquisition des connaissances nécessaires à :

- l'identification d'une urgence à caractère médical et sa prise en charge, seul ou en équipe, en attendant l'arrivée de l'équipe médicale, en lien avec les recommandations françaises de bonne pratique ;
- la participation à la réponse à une urgence collective ou à une situation sanitaire exceptionnelle.

Comment utiliser ce livret

Chaque fiche technique suit la même structure visuelle, pour repérer en un coup d'œil l'information recherchée pendant vos révisions.

Objectif pédagogique

- Ce que vous devez savoir faire à l'issue de la séquence.

Définition

- Le cadre général de la notion abordée.

Signes

- Les signes cliniques permettant de reconnaître la situation.

Risques

- Ce qui peut se passer en l'absence d'une prise en charge adaptée.

Conduite à tenir

- Les gestes à réaliser, dans l'ordre — le cœur de chaque fiche.

Cas particuliers

- Les adaptations selon le terrain (enfant, nourrisson, femme enceinte...).

⚠ POINT DE VIGILANCE — UNE INFORMATION À NE JAMAIS OUBLIER — AFFICHÉE EN ROUGE PLEIN.

PARTIE 1

Urgences vitales

Protection · Alerte · Chariot d'urgence · Inconscience · Arrêt cardio-respiratoire · Obstruction des voies aériennes · Hémorragie externe

Urgences vitales

1. PROTECTION

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier un danger immédiat dans l'environnement et mettre en œuvre une protection adaptée.

Protéger une personne exposée à un danger

Une victime, ou toute autre personne menacée par un danger, doit en être protégée, notamment du sur-accident. Dès lors qu'il peut agir sans risque pour sa propre sécurité, le sauveteur doit immédiatement supprimer ou écarter le danger de façon permanente.

Si nécessaire, cette première mesure est complétée en délimitant clairement et largement la zone de danger, de façon visible, afin d'éviter toute intrusion. Cette délimitation mobilise tous les moyens matériels disponibles ainsi que le concours des personnes aptes se trouvant à proximité.

Danger contrôlable / non contrôlable

Danger contrôlable : le sauveteur peut supprimer le danger lui-même sans risque (ex. couper une alimentation électrique, écarter un objet).

Danger non contrôlable : le sauveteur ne peut pas supprimer le danger seul (ex. fumée, incendie, effondrement) — il faut alors s'éloigner et alerter.

Danger contrôlable



- Que voyez-vous?
- Que feriez-vous?

Exemple de mise en situation : danger contrôlable — que voyez-vous, que feriez-vous ?

Dégagement d'urgence d'une victime

Dégagement d'urgence d'une victime

- Lorsque la victime ne peut se soustraire d'elle-même à un danger réel, immédiat et non contrôlable;
- Cette manœuvre peut être dangereuse pour la victime ou pour lui-même;
- Elle doit donc rester exceptionnelle;
- L'éloigner du danger et de ses conséquences;
- Aucune technique n'est imposée lors de la réalisation du dégagement d'urgence;
- la victime est visible, facile à atteindre et que rien ne gêne son dégagement (risque de ne pas ressortir);
- Il assure son extraction en fonction de ses capacités.



Le dégagement d'urgence reste une manœuvre exceptionnelle.

! POINTS DE VIGILANCE — DÉGAGEMENT D'URGENCE

- À réserver aux situations où la victime ne peut se soustraire d'elle-même à un danger réel, immédiat et non contrôlable.
- Cette manœuvre peut être dangereuse pour la victime ou pour le sauveteur : elle doit rester exceptionnelle.
- Objectif : éloigner la victime du danger et de ses conséquences.
- Aucune technique n'est imposée pour réaliser le dégagement d'urgence.
- La victime doit être visible, facile à atteindre, et rien ne doit gêner son dégagement (risque de ne pas pouvoir ressortir).
- Le sauveteur assure l'extraction en fonction de ses propres capacités physiques.

2. ALERTER

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Alerter le service d'aide médicale urgente (SAMU – 15) ou le numéro interne à l'établissement dédié aux urgences vitales, transmettre les observations et suivre les conseils donnés.

Définition

L'alerte est l'action d'informer un service d'urgence de la présence d'une ou plusieurs victimes affectées par une ou plusieurs détresses, ainsi que de la nature de l'assistance qui leur est apportée. Elle doit être transmise par le sauveteur ou par un témoin.

Qui alerter ?

- Après une évaluation rapide de la situation,
- après mise en sécurité des personnes,
- en composant un numéro d'urgence gratuit.

15 SAMU	17 Police secours	18 Sapeurs-pompiers
112 Numéro d'urgence européen	114 Numéro pour les personnes sourdes ou malentendantes (par SMS)	

Les numéros d'urgence



Appels gratuits, 24 h/24, depuis un poste fixe ou un mobile

Message d'alerte

✓ LES 3 INFORMATIONS CLÉS + LA CONDUITE DE L'APPEL

- Indiquer le numéro de téléphone à partir duquel l'appel est passé ;
- préciser la nature du problème (maladie, accident...) ;
- donner la localisation la plus précise possible de l'évènement ;
- répondre aux questions posées par l'opérateur ;
- appliquer les consignes données ;
- ne raccrocher que sur instruction de l'opérateur ;
- transmettre toute information complémentaire utile.

⚠ NE JAMAIS RACCROCHER AVANT QUE L'OPÉRATEUR NE LE DEMANDE

3. CHARIOT D'URGENCE

♦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Connaître la fonction, l'organisation et le contenu du chariot d'urgence.

Le chariot d'urgence a pour objectif de rassembler en un même lieu le matériel et le traitement nécessaires afin d'agir sans délai et de pallier une ou plusieurs défaillances des fonctions vitales d'un patient.



Exemple de chariot d'urgence.

Le chariot d'urgence doit être

- Mobile ;
- facile d'accès ;
- placé à proximité d'un branchement électrique ;
- connu de tous ;
- ergonomique — le dessus doit pouvoir servir de plan de travail ;
- rationnel — nombre de tiroirs limité à 5 ou 6, de profondeur limitée, faciles à ouvrir ;
- facile à nettoyer et à désinfecter ;
- entretenu et vérifié régulièrement ;
- scellé, afin d'éviter la tentation d'y prélever du matériel hors urgence.

Contenu — repère mnémotechnique « ABCDEF »

A	Airway	Assurer la liberté des voies aériennes
B	Breathing	Rétablir une ventilation efficace
C	Circulation	Rétablir une circulation tissulaire
D	Drugs	Drogues de réanimation
E	ECG	Contrôler l'activité cardiaque et l'efficacité du massage cardiaque externe
F	Fibrillation	Pallier aux troubles du rythme par le défibrillateur (DSA)

4. INCONSCIENT QUI RESPIRE

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier l'inconscience, assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une personne inconsciente en ventilation spontanée, et initier les soins d'urgence selon ses compétences.

i DÉFINITION

Une personne a perdu connaissance lorsqu'elle ne répond et ne réagit à aucune sollicitation verbale ou physique, et qu'elle respire.

Causes

- Traumatique : traumatisme crânien, accident ;
- médicale : coma hypoglycémique, AVC, crise d'épilepsie ;
- toxique : coma éthylique, surdosage médicamenteux, drogues, intoxication au CO.

Risques

Le risque de la perte de connaissance est d'évoluer vers l'arrêt respiratoire puis l'arrêt cardiaque. En effet, la respiration n'est possible que si les voies aériennes permettent le passage de l'air sans encombre.

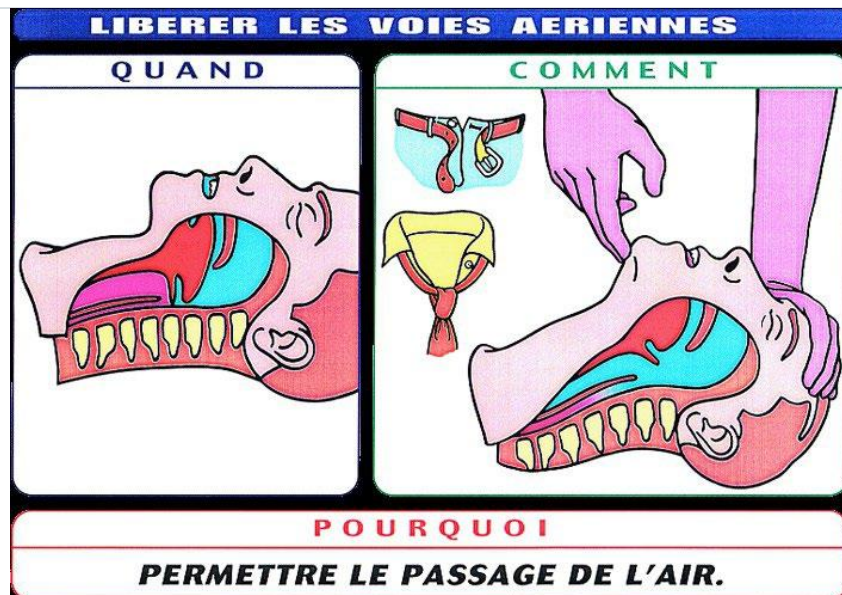
Laissée sur le dos, une personne inconsciente reste exposée à des difficultés respiratoires du fait de l'encombrement ou de l'obstruction des voies aériennes par :

- des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) ;
- la chute de la langue en arrière.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Rechercher l'absence de réponse : poser des questions simples (« Vous m'entendez ? Comment ça va ? »), secouer doucement les épaules ou demander d'exécuter un ordre simple (« Serrez-moi la main ! »).
- Si la victime répond ou réagit, elle est consciente : adopter la conduite à tenir adaptée au malaise.
- Si elle ne répond pas : demander de l'aide si vous êtes seul, puis l'allonger sur le dos et libérer les voies aériennes.
- Apprécier la respiration pendant 10 secondes en maintenant la libération des voies aériennes (LVA) : se pencher au-dessus de la bouche et du nez, regarder si le ventre et la poitrine se soulèvent, écouter les sons de la respiration, sentir le flux d'air à l'expiration.
- La placer en position latérale de sécurité (PLS).
- Faire alerter ou alerter les secours.
- Surveiller en permanence la respiration jusqu'à l'arrivée des secours.
- Protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries.



Libérer les voies aériennes : quand, comment, pourquoi.

⚠ SI LA VICTIME NE RESPIRE PLUS, OU RESPIRE DE FAÇON ANORMALE : ADOPTER LA CONDUITE FACE À UN ARRÊT CARDIAQUE ET PRÉVENIR LES SECOURS

Cas particuliers

★ CAS PARTICULIERS

- **Nourrisson** — LVA : maintenir la tête en position neutre. PLS : dans les bras du sauveteur, sur le côté, tête vers le sol.
- **Femme enceinte** — PLS du côté gauche de préférence.
- **Traumatisé d'un membre** — PLS du côté traumatisé.

⚠ UN PATIENT INCONSCIENT EN VENTILATION SPONTANÉE DOIT TOUJOURS ÊTRE PLACÉ SUR LE CÔTÉ

5. ARRÊT CARDIO-RESPIRATOIRE (ACR)

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier un arrêt cardiaque, réaliser ou faire réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec le matériel d'urgence prévu (DAE, chariot d'urgence, matériel embarqué...), initier les soins d'urgence et anticiper la réanimation spécialisée.

i DÉFINITION

Une personne est en arrêt cardiaque lorsque son cœur ne fonctionne plus, ou fonctionne d'une façon anarchique ne permettant plus d'assurer l'oxygénation du cerveau.

Signes

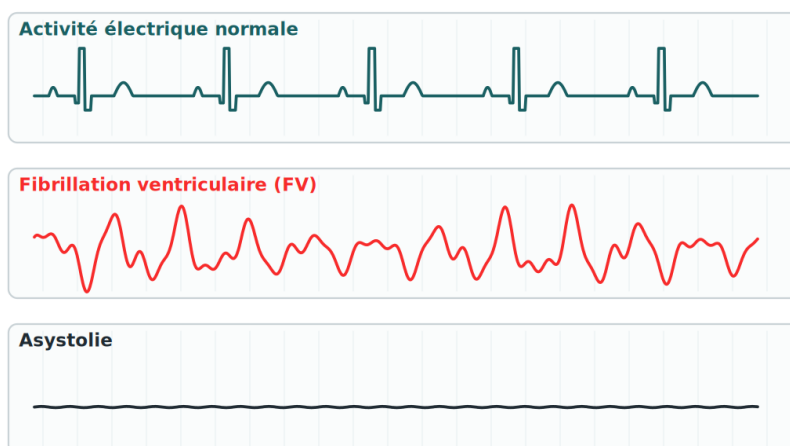
Une victime est considérée en arrêt cardiaque lorsqu'elle ne répond pas, ne réagit pas, et :

- ne respire pas : aucun mouvement de la poitrine n'est visible, aucun souffle n'est perçu ;
- ou présente une respiration anormale, avec des mouvements inefficaces, lents, irréguliers et bruyants (le « gasp »).

Causes

L'arrêt cardiaque peut être causé par certaines maladies du cœur. La principale est l'infarctus du myocarde (IDM) : dans 50 % des cas, l'arrêt survient brutalement en dehors de l'hôpital et est souvent lié à une anomalie du fonctionnement électrique du cœur, la fibrillation ventriculaire.

Il peut aussi être consécutif à une détresse circulatoire (hémorragie, brûlure grave), à une obstruction grave des voies aériennes, à une intoxication, à un traumatisme ou à une noyade.



Rythmes rencontrés lors d'un arrêt cardiaque.

! RISQUES

Le risque d'un arrêt cardiaque est le décès de la victime en quelques minutes : l'apport d'oxygène est indispensable, en particulier au niveau du cerveau et du cœur, pour assurer leur survie. Les lésions cérébrales liées au manque d'oxygène surviennent dès la première minute. « Une minute perdue, c'est 10 % de chance de survie en moins. »

Conduite à tenir — réanimation cardio-pulmonaire (RCP)

✓ CONDUITE À TENIR

- Rechercher l'absence de réponse (cf. fiche « patient inconscient »).

- En l'absence de respiration, ou en présence d'une respiration anormale (gasp) : faire alerter les secours et réclamer le défibrillateur automatisé externe (DAE), ou le DSA en milieu hospitalier.
- Allonger le patient sur un plan dur de préférence.
- Positionner le talon de la main au milieu de la poitrine, doigts entrecroisés.
- Débuter immédiatement la RCP en répétant un cycle de 30 compressions suivies de 2 insufflations.
- Rythme : 100 à 120 compressions par minute — Profondeur : 5 à 6 cm — bras tendus.
- Mettre en œuvre le DAE le plus tôt possible et suivre ses indications.
- Si plusieurs sauveteurs, se relayer toutes les 2 minutes (pendant l'analyse du DAE) en interrompant le moins possible les compressions thoraciques.
- Poursuivre la RCP jusqu'à l'arrivée des secours.

Les insufflations se font soit bouche-à-bouche (cadre familial, avec protection si possible), soit à l'aide d'un insufflateur manuel. Bien basculer la tête en arrière et insuffler jusqu'à ce que l'abdomen du patient se soulève ; chaque insufflation doit durer moins d'une seconde.

Le défibrillateur automatisé externe (DAE)

Il doit être mis en œuvre le plus précocement possible : la principale cause des arrêts cardiaques est la fibrillation ventriculaire, dont le traitement est le choc électrique externe délivré par le défibrillateur. Il faut donc le placer le plus rapidement possible tout en poursuivant les compressions thoraciques.

- Si la poitrine est velue, raser la zone où seront posées les électrodes.
- Placer les électrodes sur la poitrine nue du patient : une sous la clavicule droite, l'autre sur le côté gauche du thorax, 10 cm sous l'aisselle.
- Se conformer aux schémas présents sur les électrodes et suivre les instructions vocales du défibrillateur.



- 1 Sous la clavicule droite
- 2 Côté gauche du thorax, 10 cm sous l'aisselle

Emplacement des électrodes du défibrillateur.

⚠ LE DAE NE DOIT JAMAIS ÊTRE ÉTEINT, NI LES ÉLECTRODES DÉCOLLÉES, JUSQU'À L'ARRIVÉE DES SECOURS — MÊME EN CAS D'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE LA VICTIME

Si le sauveteur est seul

✓ SAUVETEUR ISOLÉ

- Alerter les secours (mode haut-parleur du téléphone) et débiter immédiatement la RCP ;
- 30 compressions / 2 insufflations ;
- si un DAE est visible à proximité, le récupérer et le mettre en œuvre rapidement en interrompant le moins possible le massage cardiaque externe ;
- poursuivre la RCP jusqu'à l'arrivée des secours ;
- si les insufflations sont impossibles (répulsion, vomissements) ou si le sauveteur ne s'en sent pas capable : réaliser uniquement des compressions thoraciques en continu, à un rythme de 100 à 120/min.

En milieu hospitalier — en parallèle de la RCP

- Poser une voie veineuse périphérique (NaCl 0,9 %) ;
- préparer de l'adrénaline pure dans une seringue de 10 mL ;
- avoir de la Cordarone à disposition ;
- préparer le matériel d'intubation.

ACR chez l'enfant et le nourrisson

Chez l'enfant	Chez le nourrisson
▶ Avant le massage : 5 insufflations « starter » ▶ Compressions à une main, talon de la main au milieu de la poitrine ▶ 15 compressions / 2 insufflations ▶ Profondeur : 1/3 de l'épaisseur du thorax ▶ Poser le DAE/DSA dès que possible, électrodes en position antéro-postérieure ▶ Adrénaline diluée : 1 mg dans 10 mL soit 100 µg/mL	▶ 5 insufflations « starter », tête en position neutre ▶ Compressions à deux doigts ou à deux pouces (technique encerclante, à privilégier à deux sauveteurs) ▶ Profondeur : 1/3 de l'épaisseur du thorax ▶ Pose du DAE/DSA, électrodes en position antéro-postérieure ▶ Adrénaline diluée : 1 mg dans 10 mL (100 µg/mL), puis prélever 1 mL de cette solution et diluer à nouveau dans 10 mL — solution finale à 10 µg/mL

Prise en charge de l'ACR en période d'épidémie respiratoire (hors milieu hospitalier)

! PRISE EN CHARGE ACR EN CONTEXTE ÉPIDÉMIQUE

- Porter un masque et, si possible, couvrir le nez et la bouche de la victime avec un linge ou un masque ;
- ne réaliser que les compressions thoraciques et la pose du DAE ;
- PAS de bouche-à-bouche ;
- se laver les mains ou réaliser une friction hydro-alcoolique après l'intervention.

6. OBSTRUCTION AIGÜE DES VOIES AÉRIENNES

♦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier une obstruction aiguë des voies aériennes, réaliser les gestes adéquats et initier les soins d'urgence (monitorage, oxygénothérapie).

i DÉFINITION

L'obstruction des voies aériennes est la gêne ou l'empêchement brutal des mouvements de l'air entre l'extérieur et les poumons.

Obstruction partielle

La respiration reste efficace. La victime :

- peut parler ou crier ;
- tousse vigoureusement ;
- respire parfois avec un bruit surajouté.

Obstruction grave

La respiration n'est plus efficace, voire impossible. La victime :

- ne peut plus parler, crier, tousser ou émettre un son ;
- garde la bouche ouverte ;
- s'agite, devient bleue, puis perd connaissance.

Causes

Les corps étrangers les plus souvent en cause sont :

- des aliments (noix, cacahuètes) ;
- des objets (aimants, petits jouets).

L'obstruction est fréquente chez l'enfant, en particulier lorsqu'il mange, boit, ou porte un objet à la bouche.

! RISQUES

En l'absence de gestes de secours efficaces, le risque est de mettre en jeu la vie de la victime ou d'entraîner des complications respiratoires graves.

Conduite à tenir — obstruction partielle

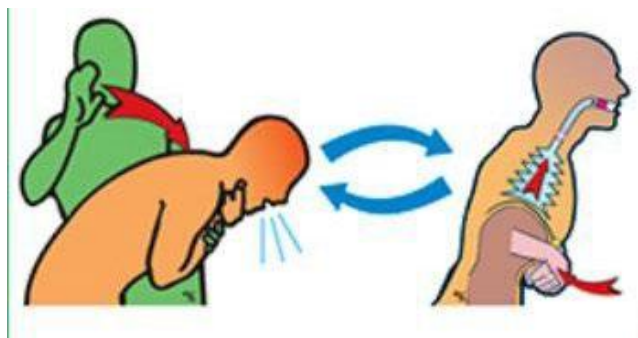
✓ CONDUITE À TENIR

- Ne jamais pratiquer de technique de désobstruction ;
- installer la victime dans la position où elle se sent le mieux ;
- l'encourager à tousser (aide au rejet du corps étranger) ;
- demander un avis médical et appliquer les consignes ;
- surveiller attentivement la victime.

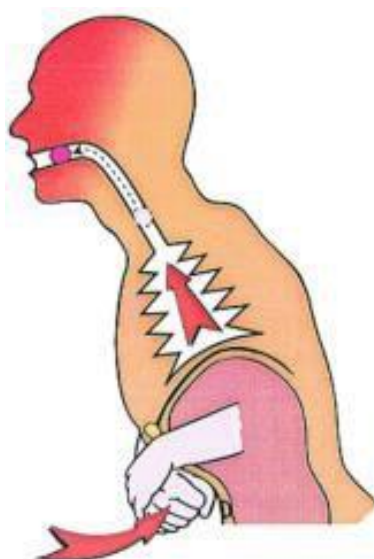
Conduite à tenir — obstruction grave

✓ CONDUITE À TENIR

- Donner des claques dans le dos.
- En cas d'inefficacité, réaliser des compressions : au niveau abdominal chez l'adulte ou l'enfant ; au niveau thoracique chez le nourrisson ; au niveau thoracique chez l'adulte obèse ou la femme enceinte lorsqu'il est impossible d'encercler l'abdomen.
- Répéter le cycle « claques dans le dos / compressions ».
- Interrompre les manœuvres dès l'apparition de toux, de cris ou de pleurs, la reprise de la respiration, ou le rejet du corps étranger.



Compression abdominale (manœuvre de Heimlich).



Alternance claques dans le dos / compressions.

Si les manœuvres sont efficaces

- Installer la personne dans la position où elle se sent le mieux ;
- la réconforter en lui parlant régulièrement ;
- desserrer les vêtements ;
- faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes ;
- mesurer les constantes (TA, SpO₂, FC) et mettre sous O₂ ;
- surveiller la victime.

Si la victime perd connaissance

✓ CONDUITE À TENIR

- Accompagner la victime au sol ;
- faire alerter ou alerter les secours ;
- réaliser une réanimation cardio-pulmonaire ;
- vérifier la présence du corps étranger dans la bouche à la fin de chaque cycle de compressions thoraciques et le retirer prudemment s'il est accessible.

7. HÉMORRAGIE EXTERNE

✦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Arrêter une hémorragie externe et initier les soins d'urgence selon ses compétences.

i DÉFINITION

Perte de sang prolongée provenant d'une plaie ou d'un orifice naturel, qui ne s'arrête pas spontanément. Elle peut être masquée par la position de la victime ou par un vêtement absorbant. Un saignement, une écorchure ou une éraflure qui s'arrête spontanément n'est pas une hémorragie.

Causes

Secondaire à un traumatisme (coup, chute), une plaie par objet tranchant (couteau), un projectile (balle) ou une maladie (rupture de varice chez une personne âgée).

Risques

- Pour la victime : détresse circulatoire ou arrêt cardiaque par diminution importante du volume sanguin ;
- pour le sauveteur : risque d'infection par une maladie transmissible en cas d'effraction cutanée ou de projection sur les muqueuses (bouche, yeux).

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

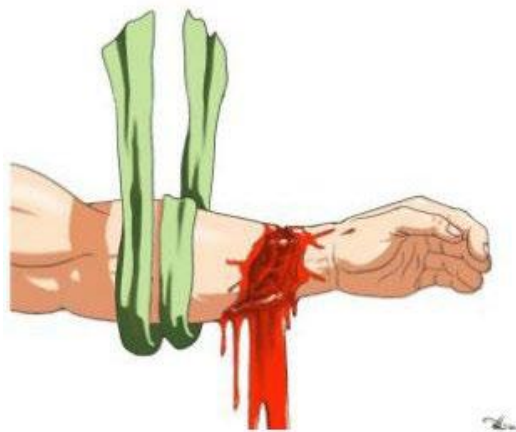
- Constater l'hémorragie, écarter les vêtements si nécessaire ;
- demander à la victime de comprimer immédiatement l'endroit qui saigne, ou le faire à sa place ;
- allonger la victime (lit, canapé, sol en l'isolant du froid) — la position allongée retarde ou empêche l'installation d'une détresse ;
- alerter les secours (par un témoin, par la victime elle-même si elle comprime la plaie, ou par le sauveteur après avoir relayé la compression par un pansement compressif) ;
- si le saignement se poursuit : reprendre la compression directe par-dessus le pansement compressif et en réaliser un second ;
- rassurer la victime en lui expliquant ce qui se passe, la protéger du froid, du chaud ou des intempéries ;
- surveiller l'efficacité du geste (arrêt du saignement) et l'apparition de signes d'aggravation : état de choc hypovolémique (sueurs, pâleur, sensation de froid, perte de connaissance, hypotension) ;
- en cas d'aggravation : alerter les secours, pratiquer les gestes qui s'imposent, O₂ 15 L/min, surveiller les paramètres vitaux, poser une voie veineuse ;
- s'assurer que le groupe sanguin / RAI est à jour en vue d'une éventuelle transfusion.



Pansement compressif.

Si la compression directe est inefficace ou impossible

⚠ NOMBREUSES VICTIMES, CATASTROPHE, VIOLENCE COLLECTIVE, PLAIE INACCESSIBLE OU CORPS ÉTRANGER : METTRE EN PLACE UN GARROT AU-DESSUS DE LA PLAIE POUR ARRÊTER LE SAIGNEMENT



Pose du garrot au-dessus de la plaie.



Garrot-tourniquet en place.

- Noter l'heure de pose (nécessaire pour la prise en charge chirurgicale) ;
- ne jamais desserrer le garrot : risque d'arrêt cardiaque ;
- le garrot reste un dernier recours.

Cas particuliers

★ CAS PARTICULIERS

- **Victime qui saigne du nez** — l'asseoir, tête penchée en avant (ne jamais l'allonger) ; lui demander de se moucher vigoureusement, puis de comprimer les deux narines durant 10 minutes sans relâcher. Avis médical si le saignement ne s'arrête pas ou se reproduit, survient après une chute/un coup, ou si la victime prend un traitement anticoagulant.
- **Victime qui vomit ou crache du sang** — l'installer dans la position où elle se sent le mieux si elle est consciente, ou en PLS si elle a perdu connaissance ; alerter les secours et conserver les vomissements/crachats.
- **Victime qui perd du sang par un orifice naturel** — allonger la victime, faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes ; en cas d'aggravation, recontacter les secours et pratiquer les gestes qui s'imposent.

Contact du sauveteur avec le sang de la victime

Se protéger par le port de gants ou, à défaut, en glissant la main dans un sac plastique. En cas de contact avec le sang de la victime :

- ne pas porter les mains à la bouche, au nez ou aux yeux ;



- procéder au lavage des mains ;
- retirer les vêtements souillés de sang ;
- se désinfecter avec une solution hydro-alcoolique ou du Dakin ;
- demander un avis médical en cas de plaie chez le sauveteur ou de projection au visage ;
- réaliser une déclaration d'accident d'exposition au sang (AES).

PARTIE 2

Urgences potentielles

Les malaises · Traumatismes · Brûlures · Plaies · Accouchement inopiné

Les malaises

1. LES MALAISES — GÉNÉRALITÉS

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier les signes de gravité d'un malaise et mettre en œuvre les soins d'urgence adaptés au regard de ses compétences.

! DÉFINITION

Sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans que son origine puisse toujours être identifiée. Cette sensation, parfois répétitive, peut être fugace ou durable, de survenue brutale ou progressive. La victime, consciente, ne se sent pas bien et présente des signes inhabituels.

Causes

- Maladie ;
- intoxication ;
- allergie...

! RISQUES

Certains signes, apparemment sans gravité, peuvent être révélateurs d'une situation pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale. Ils doivent être rapidement reconnus, car la prise en charge de la victime peut nécessiter un service spécialisé en urgence, pour éviter des séquelles définitives ou une évolution fatale.

Signes devant alerter

⚠ SIGNES D'ORIENTATION — ACCIDENT CARDIAQUE ET AVC

- Accident cardiaque : douleur dans la poitrine.
- Accident vasculaire cérébral (AVC) : faiblesse ou paralysie d'un bras, déformation de la face, perte de la vision d'un œil ou des deux, difficulté de langage ou de compréhension, mal de tête sévère et inhabituel, perte d'équilibre ou chute inexpliquée.

⚠ CES DEUX PATHOLOGIES IMPOSENT UNE PRISE EN CHARGE URGENTE

⚠ AUTRE TYPE DE MALAISE

- Douleur abdominale intense ;
- difficulté à respirer ou à parler ;
- sensation de froid, sueurs abondantes ou pâleur intense.

Conduite à tenir générale

✓ CONDUITE À TENIR

- Mettre au repos en position : allongée confortablement (lit, canapé ou sol, en isolant du sol), assise en cas de difficultés respiratoires, ou dans la position où la victime se sent le mieux ;
- desserrer les vêtements en cas de gêne ;
- rassurer la victime en lui parlant ;
- la protéger de la chaleur, du froid, des intempéries ;
- se renseigner auprès de la victime ou de son entourage : âge, durée du malaise, état de santé actuel (maladies, hospitalisations, traumatisme récent), traitements en cours, survenue d'un malaise identique par le passé.

2. LA DOULEUR THORACIQUE

Causes

- Cardio-vasculaires : infarctus du myocarde (IDM), dissection aortique, embolie pulmonaire, péricardite ;
- pulmonaires : pneumothorax, pleurésie ;
- digestives : reflux gastro-œsophagien ;
- psychologiques : état dépressif, anxiété.

! RISQUES

L'infarctus du myocarde (IDM) est une urgence vitale nécessitant une prise en charge rapide en soins spécialisés : une artère coronaire est obstruée, le sang ne circule plus en aval, avec un risque de nécrose myocardique et d'absence d'apport d'oxygène. On dénombre environ 100 000 cas par an en France.

Signes

⚠ SIGNES

- La douleur : brutale, intense, elle « serre » la poitrine ; dure plus de 5 minutes et ne disparaît pas au repos ; ne cède ni spontanément, ni après la prise de trinitrine (si la personne est traitée pour angine de poitrine) ; peut irradier vers la mâchoire, les bras, le dos, le cou et l'abdomen ; est plus vive lors de la respiration.

- La personne est essoufflée, pâle ; présente des sueurs, nausées, angoisse, vertiges, une faiblesse inhabituelle ; a un pouls irrégulier ou rapide ; présente des troubles de la conscience ou perd connaissance.

⚠ AUTRES SIGNES PLUS FRÉQUENTS CHEZ LA FEMME

- Faiblesse inattendue et fatigue ;
- anxiété et nervosité inhabituelles ;
- indigestion et ballonnements ;
- sensation de pesanteur ou de compression au niveau de la poitrine, entre les seins ou au niveau du sternum ;
- douleur entre les omoplates.

⚠ LES PERSONNES DIABÉTIQUES PEUVENT NE PAS RESENTIR LA DOULEUR

Facteurs de risque cardiovasculaires

Âge et sexe (homme de plus de 65 ans) · tabac · hypertension · diabète · cholestérol · antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire · obésité · sédentarité · stress.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Observer et écouter la personne : heure de début de la douleur, 1ère fois ?, contexte de survenue (repos ou effort), description de la douleur, prise de trinitrine ?
- Mettre la personne au repos strict, en position allongée, assise en cas de difficultés respiratoires, ou dans la position où elle se sent le mieux ;
- desserrer les vêtements ;
- mettre de l'oxygène au masque haute concentration (9 L/min minimum) ;
- mesurer les paramètres vitaux : pouls, pression artérielle aux deux bras, SpO₂, glycémie capillaire ;
- faire amener le chariot d'urgence avec défibrillateur ;
- alerter le 15 ou le médecin du service ;
- faire un ECG sans attendre la prescription ;
- poser une voie veineuse périphérique ;
- prélèvements sanguins selon le protocole du service — troponine, témoin d'une lésion myocardique (norme < 0,3 ng/mL) ;
- rassurer, sans relâche.

Traitements possibles

TRAITEMENT

- Antalgiques ;
- thrombolyse : dissoudre le caillot ;
- angioplastie : introduire une sonde à ballonnet pour dilater la coronaire et poser un stent ;
- chirurgie cardiaque : pontage aorto-coronarien.

3. L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC)

Quelques chiffres

- Chaque année, 150 000 personnes sont victimes d'un AVC ; plus de 110 000 sont hospitalisées et 30 000 en décèdent.
- L'AVC représente la 3^e cause de mortalité chez l'homme et la 1^{re} chez la femme.
- Entre 2008 et 2014, le nombre de patients hospitalisés pour AVC a augmenté de 13,7 %.
- L'augmentation du nombre d'AVC avant 65 ans est plus marquée chez les femmes (+17,7 %) que chez les hommes (+12,2 %).
- L'AVC est la première cause nationale de handicap acquis de l'adulte : plus de 500 000 Français vivent avec des séquelles.

Les deux types d'AVC

AVC ischémique — 80 % des cas	AVC hémorragique — 20 % des cas
Un caillot (embolie) bouche une artère à destination du cerveau, le plus souvent sur des plaques d'athérome (athérosclérose). Le caillot peut aussi se former à distance, par exemple dans le cœur, notamment en cas de fibrillation auriculaire (ACFA).	Rupture d'une artère cérébrale provoquant un saignement dans le cerveau. Cause principale : hypertension artérielle (HTA). Parfois, rupture d'un anévrisme ou d'une malformation artérioveineuse (MAV).

Signes — retenir l'acronyme FAST

SIGNES

- Engourdissement du visage, impossibilité de sourire ; déformation ou paralysie du visage (lèvre tombante d'un côté) ;
- perte de force ou engourdissement d'un membre supérieur, impossibilité de lever le bras, paralysie ;
- engourdissement ou faiblesse d'une jambe ;
- trouble de la parole : difficulté à parler ou à répéter une phrase (aphasie), difficulté à comprendre son interlocuteur ;
- trouble de l'équilibre : instabilité en marchant, comme en cas d'ivresse, ou chute ;
- céphalée intense, brutale et inhabituelle ;
- trouble de la vision, même temporaire : perte de vue d'un œil ou vision double.

FAST

Face (visage) · Arm (bras) · Speech (langage) · Time (temps = vite !)

⚠ TOUT DÉFICIT NEUROLOGIQUE BRUTAL, TRANSITOIRE OU PROLONGÉ, EST UNE URGENCE — L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE (AIT), DONT LES SIGNES DISPARAISSENT EN QUELQUES MINUTES, EST ÉGALEMENT UNE URGENCE

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Mise au repos strict, allonger la personne, tête légèrement surélevée ;
- PLS si inconsciente ;
- recueillir les signes d'AVC et chercher l'heure précise du début des symptômes ;
- oxygène au masque haute concentration, 9 L/min ;
- pose d'une voie veineuse périphérique ;
- alerter le 15 ou le médecin du service ;
- faire amener le chariot d'urgence.

Le patient victime d'un AVC est hospitalisé dans un service spécialisé, si possible dans une unité neuro-vasculaire. Le diagnostic est confirmé par IRM.

Traitements de l'AVC ischémique

AVC ISCHÉMIQUE

- Thrombolyse intraveineuse (ou fibrinolyse) : dissout le caillot, à réaliser dans les premières heures (délai de 4h30 après l'AVC) en l'absence de contre-indication — plus elle est précoce, moins les séquelles seront importantes ; risque d'hémorragie intracrânienne.
- Thrombectomie mécanique endovasculaire : retrait du caillot par voie endovasculaire pour une obstruction de gros calibre, à réaliser dans un délai de 6 heures ; en association à la thrombolyse, en recours après son échec, ou seule en cas de contre-indication.

AVC HÉMORRAGIQUE

- Traitement avant tout chirurgical : le neurochirurgien retire le sang accumulé et draine le liquide céphalo-rachidien pour réduire la pression intracrânienne.
- En présence d'un anévrisme : clippage chirurgical, ou embolisation (remplissage de l'anévrisme par un filament de platine — coils) pour éviter un nouveau saignement.

4. L'HYPOGLYCÉMIE

i DÉFINITION

Diminution du taux de sucre dans le sang, principalement chez les patients diabétiques. Normes de glycémie capillaire : 0,8 à 1,2 g/L (4,4 à 6,6 mmol/L).

Causes / contexte

- Saut d'un repas ;
- modification de traitement ;
- erreur dans la prise du traitement ;
- effort ou stress intense.

! RISQUES

Coma hypoglycémique : urgence vitale.

Signes

⚠ SIGNES

- Sueurs profuses ; pâleur ; changement de comportement (agitation, voire agressivité) ; trouble visuel ; sensation de faim ; sensation de malaise ; perte de connaissance ; trouble du langage ; convulsions.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Mise au repos ; mesurer la glycémie capillaire.
- Patient conscient : sucre par voie orale (morceaux de sucre, soda, confiture, jus de raisin), puis sucre lent (pain, biscotte, pâtes, riz).
- Patient avec trouble de la conscience ou inconscient : vérifier la respiration et mettre en PLS, O₂ au masque haute concentration, glycémie capillaire, alerter le 15 ou le médecin du service, faire amener le chariot d'urgence, poser une voie veineuse (notamment si inconscient) ; traitement par G30 % ou glucagon.
- Surveillance.

5. L'ALLERGIE

i DÉFINITION

L'allergie est une hypersensibilité de l'organisme à des substances généralement inoffensives, présentes dans l'environnement. Ces allergènes peuvent se trouver dans l'air, l'alimentation ou les médicaments.

Physiopathologie

Lors d'une réaction allergique, l'allergène provoque la libération rapide de médiateurs inflammatoires, notamment d'histamine. Ces médiateurs sont responsables d'une vasodilatation, de la contraction de certains muscles lisses et d'une augmentation de la perméabilité vasculaire — d'où l'hypotension, l'œdème et le bronchospasme. Selon le type d'allergène et l'exposition, la réaction peut être localisée ou généralisée.

Allergènes en cause

- Aliments (≈60 % des cas) : lait de vache ou de chèvre, œufs, sésame, crustacés, poissons, fruits à coque (arachide, noix de cajou, noix de pécan, pistache, amande), fruits exotiques (kiwi).
- Venins d'abeilles, de guêpes et de frelons (≈16 %) : responsables de plusieurs décès chaque année en France.
- Médicaments (≈16 %) : anti-inflammatoires, aspirine, bêta-bloquants, antibiotiques, produits anesthésiques.
- Latex (≈4 %) : surtout chez les personnes sensibilisées et exposées régulièrement (raisons professionnelles ou médicales).

Signes

Les signes apparaissent en quelques minutes à quelques heures après l'exposition : médicaments IV, 2 à 3 min ; IM, 30 min ; per os, 30 min à 2h — latex, 15 à 30 min — aliments, 2 à 3 h.

⚠ SIGNES

- Cutanéomuqueux : érythème, urticaire avec ou sans œdème ;
- respiratoires : rhinite, asthme, bronchospasme, œdème ;
- digestifs : nausées, vomissements, diarrhée ;
- cardio-vasculaires : hypotension, tachycardie, collapsus, jusqu'à l'arrêt cardiaque.

! RISQUES

En l'absence de traitement, le risque est le choc anaphylactique (œdème de Quincke...), qui expose la personne à un risque vital.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Éviction de l'allergène : arrêt des soins, arrêt de la perfusion en cours, arrêt de l'aliment ;
- oxygène au masque, 9 L ;
- faire amener le chariot d'urgence ;
- prise des constantes : TA, FC, SpO₂ ;
- alerter le 15 ou prévenir le médecin du service ;
- position demi-assise en cas de détresse respiratoire ; dans les autres cas, patient allongé jambes surélevées ;

- traitement : adrénaline en cas de choc anaphylactique ;
- si le patient est connu allergique : lui demander s'il possède son stylo auto-injecteur d'adrénaline (voie IM) en cas de choc anaphylactique (malaise, hypotension, perte de connaissance), après avis du SAMU ;
- surveillance renforcée.

Le seul médicament de première intention de l'anaphylaxie est l'adrénaline injectable, sous forme de stylo auto-injecteur prescrit après un épisode sévère : la personne allergique doit l'avoir en permanence sur elle ou à proximité. Dans un second temps, le patient peut recevoir des corticoïdes et des antihistaminiques.

⚠️ TOUJOURS DEMANDER AU PATIENT S'IL EST ALLERGIQUE AVANT TOUT TRAITEMENT

6. LES CONVULSIONS

Surviennent principalement chez les patients épileptiques connus. Mécanisme : la crise convulsive résulte de décharges électriques paroxystiques d'un groupe de neurones.

Déroulement d'une crise convulsive généralisée

1	Perte de connaissance
2	Phase tonique (10 à 20 s) : contractions musculaires généralisées
3	Phase clonique (30 s à 1 min) : secousses musculaires généralisées
4	Phase stertoreuse : respiration ample et bruyante, relâchement généralisé, parfois perte d'urine — le patient reste inconscient
5	Phase post-critique : reprise progressive de la conscience, désorientation, confusion, amnésie partielle

Cette phase post-critique peut durer plusieurs minutes, parfois davantage, notamment chez l'enfant où elle peut être beaucoup plus longue.

Causes

- Problème neurologique : épilepsie, tumeur cérébrale, bas débit cérébral, AVC, traumatisme crânien, méningite ;
- fièvre, surtout chez l'enfant ;
- intoxication : alcool, drogues, médicaments ;
- hypoglycémie ;
- trouble du rythme cardiaque ;
- chez le patient épileptique : manque de sommeil, prise d'alcool, non-observance du traitement antiépileptique.

⚠ UNE CRISE CONVULSIVE PEUT ÊTRE LE PREMIER SYMPTÔME D'UN ARRÊT CARDIAQUE

Signes de gravité — état de mal convulsif

⚠ ÉTAT DE MAL CONVULSIF — URGENCE VITALE

- Durée des convulsions supérieure à 5 minutes ;
- enchaînement de plus de trois crises convulsives sans aucun retour à la conscience entre chaque crise.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Pendant les convulsions : ne rien faire, protéger le patient, prévenir une chute ou un traumatisme, ne rien mettre dans sa bouche (ni cuillère, ni doigts, ni canule de Guedel) ;
- à la phase de relâchement : vérifier l'état de conscience, libérer les voies aériennes, mettre sur le côté si le patient respire ;
- oxygène ;
- alerter le 15 ou faire appel au médecin du service ;
- poser une voie veineuse selon le protocole du service ;
- mesurer les paramètres vitaux : TA, FC, SpO₂, température, glycémie capillaire ;
- surveillance ;
- traitement médicamenteux possible : Valium, Rivotril.

Convulsions fébriles de l'enfant

★ CAS PARTICULIERS

- **Fréquence** — 2 à 5 % des enfants en font l'expérience au cours de leur vie ; il s'agit en général d'un épisode unique et bénin, chez l'enfant de moins de 5 ans.
- **Conduite à tenir** — déshabiller l'enfant, pas de bain, couvrir d'un linge humide, appeler le 15, PLS si inconscient et respirant.

7. LE MALAISE VAGAL

i DÉFINITION

Hyperactivité du nerf vague (système parasympathique), qui ralentit la fréquence cardiaque et abaisse la pression artérielle. La bradycardie et l'hypotension entraînent une baisse de l'irrigation cérébrale, responsable du malaise.

Facteurs favorisants

Vue du sang ou d'une aiguille · douleur vive · espace clos, surchauffé, confiné · forte émotion · anxiété · fatigue importante · station debout prolongée · après un repas.

Signes

⚠ SIGNES

- Faiblesse musculaire, sensation de malaise, vertiges, troubles visuels (taches, voile devant les yeux), nausées, sueurs, bâillements, pâleur, céphalée, sécheresse buccale, acouphènes — peut aller jusqu'à la perte de connaissance.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Arrêter les soins ;
- allonger le patient ;
- surélever les jambes ;
- desserrer cravate, col, écharpe ;
- aérer la pièce.

Le malaise vagal est généralement bénin et disparaît en moins de 5 minutes. Surveiller la personne après le malaise et la laisser au calme, car une grande fatigue peut suivre.

! SI LE MALAISE DURE PLUS DE 5 MINUTES CHEZ UN PATIENT À RISQUE CARDIO-VASCULAIRE (ANTÉCÉDENTS, TABAC, DIABÈTE, SURPOIDS)

- Rechercher une douleur thoracique ;
- mesurer les paramètres vitaux : FC, TA, SpO₂ ;
- mettre sous O₂ ;
- alerter le 15 ou le médecin du service.

Enfin, des malaises vagues récurrents nécessitent une consultation auprès du médecin traitant.

8. LA DÉTRESSE RESPIRATOIRE

Signes de gravité

⚠ SIGNES

- Signes de lutte : tirage, battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal ;
- sueurs ; polypnée (augmentation de la fréquence respiratoire) ; agitation ; somnolence ;
- cyanose, coloration bleutée des lèvres et des extrémités ; baisse de la SpO₂.

Ces signes peuvent évoluer jusqu'au trouble de la conscience (hypercapnie) et jusqu'à l'apparition de marbrures.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Position demi-assise, impérativement ;
- oxygène au masque haute concentration, 15 L/min ;
- surveillance des paramètres vitaux ;
- alerter le 15 et/ou le médecin du service rapidement ;
- sur prescription ou selon protocole : voie veineuse périphérique, bilan sanguin, gaz du sang, ECG.

Traumatismes, brûlures, plaies

9. LES TRAUMATISMES

♦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier les signes de gravité d'un traumatisme osseux ou cutané et prendre les mesures adaptées pour la prise en charge du patient (immobilisation, relevage, brancardage).

1 DÉFINITION

Les atteintes traumatiques sont des lésions des os (fractures), des articulations (entorses, luxations), des organes ou de la peau (cf. brûlures et plaies).

Causes

Un choc, un coup, une chute ou un faux mouvement, pouvant atteindre toutes les parties du corps.

! RISQUES

Complications neurologiques (paralysie, trouble de la conscience ou perte de connaissance), respiratoires (gêne ou détresse) ou circulatoires (détresses).

Signes

Douleur vive, difficulté ou impossibilité de bouger, éventuellement gonflement ou déformation de la zone atteinte.

Lorsque le choc touche la tête, le thorax ou l'abdomen, une atteinte des organes sous-jacents est toujours possible et peut se révéler secondairement par d'autres signes (perte de connaissance, maux de tête persistants, vomissements, agitation, somnolence, douleur abdominale...).

Lorsque le traumatisme touche la colonne vertébrale (douleur au dos ou à la nuque), une atteinte de la moelle épinière est possible.

Conduite à tenir

✓ CONDUITE À TENIR

- Ne pas aggraver le traumatisme : le sauveteur ne doit pas mobiliser la victime ;
- si possible, immobiliser la partie atteinte (collier cervical, écharpe, attelle) dans la position où elle se trouve ;
- caler le membre avec le matériel disponible (écharpe, couverture) ;

- en cas de douleur au cou sans collier disponible : réaliser un maintien de la tête dans la position trouvée (risque de paralysie) ;
- ne jamais tenter de réaligner une fracture ;
- surveiller les pouls périphériques, vérifier la chaleur et la coloration des extrémités, surveiller la motricité et la sensibilité ;
- alerter ;
- couvrir si possible.

10. LES BRÛLURES

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier les signes de gravité d'une brûlure et agir en conséquence.

La brûlure est une lésion de la peau, des voies aériennes ou digestives.

Brûlure simple	Brûlure grave
Rougeur de la peau chez l'adulte ; une cloque dont la surface est inférieure à la moitié de la paume de la main de la victime.	Une ou plusieurs cloques, associées à une destruction plus profonde (rougeur associée à des cloques étendues) ; une rougeur étendue chez l'enfant (équivalent d'un coup de soleil généralisé) ; sa localisation (visage, cou, mains, articulations, proche d'un orifice naturel) ; son origine (électrique, chimique, radiologique).

La brûlure est une lésion de la peau, des voies aériennes ou digestives.

Brûlure simple	Brûlure grave			
rougeurs de la peau chez adulte	une ou plusieurs cloques	D'une destruction plus profonde	Sa localisation	Son origine
une cloque dont la surface est inférieure à celle de la moitié de la paume de la main de la victime.		associée à des cloques et à une rougeur +/- étendue	Visage ou cou	électrique
		◆ D'une rougeur étendue (coup de soleil généralisé) de la peau chez l'enfant;	mains	chimique
			articulations	radiologique
			Proche d'un orifice naturel	

Identifier la gravité d'une brûlure.

Causes

Chaleur · substances chimiques · électricité · frottement · radiations.

! UNE BRÛLURE PEUT PROVOQUER

- Une douleur grave ;
- une détresse respiratoire si les voies aériennes sont brûlées ;
- une détresse circulatoire ;
- des séquelles fonctionnelles ou esthétiques ;
- une infection.

Conduite à tenir face à une brûlure

✓ CONDUITE À TENIR

- Refroidir la surface brûlée par ruissellement d'eau du robinet tempérée, le plus tôt possible (idéalement dans les 30 minutes) ;
- retirer les vêtements s'ils n'adhèrent pas à la peau ;
- évaluer la gravité de la brûlure, puis agir selon qu'elle est simple ou grave.

Refroidir une brûlure



Ruissellement, jusqu'à disparition de la douleur · Retirer les vêtements s'ils n'adhèrent pas
Aucun produit sur une brûlure grave sans avis médical · Ne jamais percer les cloques

Face à une brûlure grave

✓ CONDUITE À TENIR

- Faire alerter ou alerter les secours dès le début de l'arrosage ;
- poursuivre le refroidissement selon les consignes données ;
- installer en position adaptée après refroidissement : allongée (à défaut, au sol), ou assise en cas de gêne respiratoire, en laissant la partie brûlée visible si possible ; surveiller en continu.

⚠ AUCUN PRODUIT NE DOIT ÊTRE APPLIQUÉ SUR UNE BRÛLURE GRAVE SANS AVIS MÉDICAL

Face à une brûlure simple

✓ CONDUITE À TENIR

- Poursuivre le refroidissement jusqu'à disparition de la douleur ;
- ne jamais percer les cloques ;
- protéger les cloques par un pansement stérile ;
- demander un avis médical ou d'un autre professionnel de santé si : enfant ou nourrisson ; apparition de fièvre, zone rouge, chaude, gonflée ou douloureuse ; ou pour vérifier la validité de la vaccination antitétanique.

Cas particuliers

★ CAS PARTICULIERS

- **Brûlure chimique** — rincer immédiatement et abondamment à l'eau courante tempérée (ensemble du corps en cas de projection sur vêtements/peau ; l'œil s'il est atteint, en veillant à ce que l'eau ne coule pas sur l'autre œil). Ôter les vêtements imbibés en se protégeant. Ne jamais faire vomir ou boire en cas d'ingestion. Conserver l'emballage du produit en cause. Se laver les mains après les gestes de secours.
- **Brûlure électrique** — ne jamais toucher la victime avant la suppression du risque ; arroser la zone visiblement brûlée à l'eau courante tempérée ; repérer les points d'entrée et de sortie (l'électricité prend toujours le chemin le plus court) ; faire alerter ou alerter les secours. Risque principal : trouble du rythme ventriculaire (arythmie, fibrillation ventriculaire) ; risque d'inconscience ou d'ACR.
- **Inhalation de vapeurs caustiques** — position assise en cas de détresse respiratoire ; alerter les secours.

11. LES PLAIES

✦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Identifier les signes de gravité d'une plaie et agir en conséquence.

i DÉFINITION

La plaie est une lésion de la peau, revêtement protecteur du corps, avec une atteinte possible des tissus situés en dessous.

Causes

Généralement secondaire à un traumatisme : coupure, éraflure, morsure ou piqûre.

! RISQUES

Une plaie peut, selon son importance et sa localisation, être à l'origine d'une aggravation immédiate de l'état de la victime par hémorragie ou par défaillance respiratoire. Elle peut aussi être à l'origine d'une infection secondaire, dont le tétanos — maladie grave, parfois mortelle, dont seule la vaccination protège.

Face à une plaie grave

✓ CONDUITE À TENIR

- Ne jamais retirer le corps étranger (couteau, morceau de verre...) : cela éviterait toute aggravation du saignement ;
- en cas d'hémorragie, arrêter le saignement ;
- si la plaie est au thorax : la laisser à l'air libre ;
- installer confortablement et sans délai la victime en position d'attente : assise en cas de plaie au thorax (facilite la respiration) ; allongée, jambes fléchies, en cas de plaie à l'abdomen (relâchement des muscles et diminution de la douleur) ; allongée, yeux fermés, avec maintien de la tête en cas de plaie à l'œil (limite l'aggravation de la lésion) ; allongée dans tous les autres cas ;
- protéger contre la chaleur, le froid ou les intempéries ;
- faire alerter ou alerter les secours et appliquer les consignes ;
- reconforter la victime en lui expliquant ce qui se passe ;
- surveiller la victime.

Face à une plaie simple

✓ CONDUITE À TENIR

- Nettoyer la plaie en rinçant abondamment à l'eau courante, avec ou sans savon ;
- désinfecter à l'aide d'un antiseptique ;
- protéger par un pansement adhésif ;
- conseiller de consulter pour vérifier la vaccination antitétanique, ou en cas d'apparition de fièvre, rougeur, chaleur, gonflement ou douleur.

12. L'ACCOUCHEMENT INOPINÉ

✦ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Prendre les mesures adaptées pour la mère et pour l'enfant face à un accouchement inopiné.

⚠ NOUS NE SOMMES PAS DES SAGES-FEMMES — LE MÉDECIN RÉGULATEUR DU SAMU RESTE EN LIGNE POUR GUIDER LES GESTES À RÉALISER

Évaluer l'imminence de l'accouchement — score de Malinas

Le médecin régulateur du 15 évalue cinq critères, chacun noté de 0 à 2 : le terme de la grossesse, la parité (nombre de grossesses), la perte des eaux, la durée des contractions, l'intervalle entre deux contractions, et l'envie de pousser.

Un score inférieur à 5 indique qu'un transport vers une maternité ou une structure médicale est possible. Un score de 6 ou plus indique une menace d'accouchement imminent, notamment si la parturiente a envie de pousser.

Préparer l'accouchement

- Réchauffer la pièce : fenêtres fermées, chauffage ;
- matériel : clamps (à défaut, des lacets nettoyés et propres), serviette propre pour le nouveau-né, gants (à défaut, glisser les mains dans un sac plastique ou un sac de congélation), vêtement pour le nouveau-né (bonnet impératif) ;
- installer la mère allongée sur le dos ou sur le côté, dans la position où elle se sent le mieux ;
- asepsie : lavage des mains à l'eau et au savon.

Accueillir le nouveau-né

Dans la majorité des cas, l'accouchement inopiné se déroule rapidement et sans complication : l'objectif est d'accompagner la sortie du bébé, sans geste invasif ni traction.

✓ CONDUITE À TENIR

- Éviter une sortie brutale du bébé en plaçant une main sur la tête ;
- laisser l'épaule supérieure se dégager, puis l'épaule inférieure ;
- une fois les épaules dégagées, tenir fermement le bébé pour éviter qu'il ne chute ;
- poser l'enfant sur la mère, en position latérale ;
- clamber le cordon — inutile de le couper avant l'arrivée des secours ; s'assurer que le bébé crie avant de clamber ; ne couper le cordon qu'en cas d'urgence vitale pour la mère ou le bébé.

Laisser le bébé peau à peau contre la maman, lui couvrir la tête avec un bonnet. Ne pas le laver : l'essuyer doucement — le vernix le protège du froid.

La délivrance

Elle correspond à l'expulsion du placenta, 20 à 30 minutes après l'accouchement.

⚠ NE JAMAIS TIRER SUR LE CORDON

Garder le placenta dans un sac : il sera examiné par le médecin ou la sage-femme.

PARTIE 3

Urgences collectives

Situations sanitaires exceptionnelles · ORSEC · Plan blanc · Risques NRBC · Damage control

Situations sanitaires exceptionnelles

1. COMPRENDRE LA SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE)

◆ OBJECTIF PÉDAGOGIQUE

Comprendre le concept de situation sanitaire exceptionnelle et l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif ORSAN), articulée avec le dispositif de sécurité civile (ORSEC) ; s'intégrer dans les plans de gestion des situations sanitaires exceptionnelles de son établissement, selon sa profession et son lieu d'exercice ; être sensibilisé à l'accueil d'un afflux de blessés, notamment par armes de guerre, et aux techniques du damage control ; être sensibilisé aux risques NRBC et aux premières mesures à mettre en œuvre (protection, décontamination d'urgence) ; identifier un danger dans l'environnement et appliquer les consignes de protection et de sécurité adaptées, notamment en cas d'alerte des populations ou d'événement exceptionnel au sein de l'établissement.

i DÉFINITION

La notion de « situation sanitaire exceptionnelle » (SSE) englobe toutes les situations susceptibles d'engendrer une augmentation sensible de la demande de soins ou de perturber l'organisation de l'offre de soins.

Exemples de SSE

- Maladie infectieuse à potentiel épidémique, canicule...
- catastrophe naturelle (inondation, feux, tremblement de terre, avalanche...) ;
- accident technologique (usine chimique, accident de transport de matière dangereuse, déraillement de train) ;
- acte terroriste ;
- rupture de barrage.

Exemples de situations sanitaires exceptionnelles



Toute situation augmentant fortement la demande de soins ou perturbant l'offre de soins

2. L'ALERTE À LA POPULATION

i DÉFINITION

L'alerte consiste à avertir les populations d'un danger imminent, ou qu'un événement grave, en train de se produire, est susceptible de porter atteinte à leur intégrité physique.

Outils de diffusion de l'alerte

- Sirènes : réseau national d'environ 5 300 sirènes ;
- médias (radio, télévision) ;
- réseaux sociaux ;
- sociétés partenaires (transport, autoroutes...) ;
- panneaux d'information.

L'alerte est diffusée par un ensemble d'outils permettant d'alerter la population de la survenance d'une crise grâce :



Les outils de diffusion de l'alerte.

Que faire à l'alerte ?

Se mettre à l'abri	S'informer	Se confiner
Rejoindre sans délai un bâtiment.	Respecter les consignes données à la radio, à la télévision ou par SMS ; il peut être demandé de se confiner ou d'évacuer.	Fermer portes et fenêtres ; calfeutrer portes, fenêtres et bouches d'aération ; arrêter les systèmes de ventilation et d'aération.

3. ORSEC ET PLAN BLANC

ORSEC — organisation de la réponse de sécurité civile

Pour la protection générale des populations. Le risque zéro n'existe pas : l'actualité se fait régulièrement l'écho d'événements soudains et dramatiques touchant de nombreuses personnes. Malgré les progrès technologiques, nous restons exposés à de nombreux aléas d'origine naturelle, technologique ou sanitaire.

L'organisation repose sur une chaîne d'alerte mutuelle entre les numéros d'urgence (15, 17, 18), l'envoi d'une première équipe sur place (sapeurs-pompiers ou SAMU) qui évalue le nombre de victimes et demande, si nécessaire, le déclenchement du dispositif ORSEC « nombreuses victimes » auprès du préfet. Les moyens (sapeurs-pompiers, SAMU, police/gendarmerie, ARS, cellule d'urgence médico-psychologique — CUMP) sont alors coordonnés et envoyés sur place.

Le plan blanc

✓ CE QU'IL FAUT RETENIR

- Tous les établissements de santé et médico-sociaux, publics et privés, ont l'obligation de disposer d'un plan blanc pour faire face à une situation exceptionnelle et maintenir la continuité des soins.
- Le plan blanc est déclenché en cas d'afflux de victimes ou de nécessité d'évacuation partielle ou totale des patients.
- Le directeur de l'établissement déclenche et lève le plan, en concertation avec les autorités de l'État et le SAMU ; il en est responsable.
- L'organisation repose sur une cellule de crise réunissant les principaux responsables de l'établissement (communication, logistique, ressources humaines, experts médicaux).
- Le plan blanc prévoit les modalités de rappel et de maintien du personnel, ainsi que l'activation des services.

Cellule de crise

- Directeur de l'hôpital ;
- directeur des services économiques ;
- responsable des services techniques ;
- praticien hospitalier responsable des urgences ou de la réanimation ;
- chef de la sécurité ;
- directeur des services de soins infirmiers ;
- pharmacien ;
- cadre administratif chargé de la communication.

Actions déclenchées

- Recensement des moyens ;
- renforcement de ceux-ci, avec rappel et maintien sur place du personnel si besoin ;
- libération des services cibles (selon les pathologies annoncées par le SAMU) et des blocs opératoires ;
- mise en alerte des services transversaux (admissions, lingerie, brancardage, cuisine, transfusion, vestiaire...) ;
- organisation de l'accueil.

4. LES RISQUES NRBC

Risques radio-nucléaires

Le risque radiologique et nucléaire résulte d'activités humaines normales, d'accidents ou d'actes de malveillance. Les accidents, de nature et de gravité très variables, restent peu nombreux ; la malveillance radiologique est sans exemple à ce jour, mais elle représente une éventualité qui ne peut plus être écartée.

Modes d'exposition : irradiation, contamination interne, contamination externe.

✓ PROTECTION

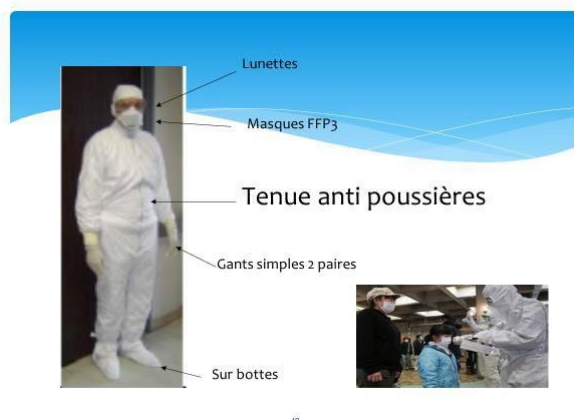
- Mettre une tenue de protection ;
- limiter la dispersion des particules radio-contaminées : masque chirurgical simple au patient, fixation des particules par arrosage, patient enveloppé.

Risques biologiques

- Installation plus longue dans le temps ;
- contamination respiratoire par gouttelettes émises lors d'un effort de toux ;
- contamination cutanée par contact avec des objets souillés.

✓ PROTECTION

- Protection cutanée : tenue en non-tissé, imperméable, avec cagoule, sur-bottes, lunettes, gants ;
- protection respiratoire, point critique pour prévenir la contamination biologique : masques FFP2 ou FFP3.



Tenue de protection — risque biologique.

Les différents masques

Pour des particules de $1\text{ }\mu\text{m}$ — les plus dangereuses en contamination aérienne — les masques FFP2 et FFP3 offrent respectivement une efficacité de filtration de 94 % et 99,9 %.

- Les masques FFP3 sont plus difficiles à porter : ils résistent au passage de l'air, d'où la nécessité d'une valve expiratoire.

- Les masques chirurgicaux ou anti-projection offrent un niveau de sécurité insuffisant pour le porteur : ils sont indiqués chez les malades contagieux, pour limiter l'aérosolisation des sécrétions lors de l'expiration ou de la toux.
- Les études disponibles montrent une efficacité jusqu'à la 8^e heure, mais les fabricants ne valident qu'une efficacité de trois à quatre heures d'utilisation.
- Le masque doit être étanche autour des voies aériennes.

Le risque chimique

Risque liquide	Risque vapeur
Surtout présent sur les lieux ; pénétration rapide à travers la peau et la plupart des matériaux ; symptomatologie immédiate et grave ; évaporation possible (risque vapeur secondaire) ; fixation sur les vêtements, les cheveux...	Intoxication par voie respiratoire ; importance des conditions météorologiques ; aggravé par le confinement des victimes.

Agents chimiques — 5 classes

- Neurotoxiques (organophosphorés) ;
- suffocants (chlore, phosgène) ;
- cyanés ;
- vésicants (ypérite, léwisite) ;
- agents anti-émeutes.

Ce sont des agents toxiques par voie aérienne (risque vapeur) et parfois cutanée (risque liquide). La toxicité est majorée en milieu confiné pour le risque vapeur. Les neurotoxiques, les vésicants et certains suffocants s'accompagnent d'un risque de contamination.



Combinaison légère de décontamination (CLD) — risque chimique.

Synthèse des tenues de protection selon le risque

Protection / risque	Combinaison légère de décontam. (CLD) + masque respiratoire filtrant + sur-bottes + gants butyle	Tenue C3P + masque respiratoire filtrant + sur-bottes + gants	Tenue non tissée + lunettes + gants vinyle + masque FFP2/FFP3
---------------------	--	---	---

Radio-nucléaire	Oui	Oui	Oui (masque FFP3)
Biologique	Oui	Oui	Oui (masque FFP2)
Chimique	Oui	Oui	Non

5. LE DAMAGE CONTROL

La prise en charge des patients lors d'actes terroristes repose sur un principe appelé damage control. Celui-ci vise à ce qu'un plus grand nombre de victimes arrive vivant à l'hôpital, en triant selon le principe ABC :

✓ PRINCIPE ABC DU DAMAGE CONTROL

- **A — Airway** : la victime respire-t-elle correctement ? Si non : position assise.
- **B — Bleeding** : saigne-t-elle ? Si oui : garrot à la racine du membre (garrot-tourniquet recommandé).
- **C — Cognition** : est-elle consciente ? Si non : position latérale de sécurité.

⚠ LA SÉCURITÉ DE L'INTERVENANT EST PRIMORDIALE

Réagir en cas d'attaque terroriste — avant l'arrivée des forces de l'ordre

RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

AVANT L'ARRIVÉE DES FORCES DE L'ORDRE, CES COMPORTEMENTS PEUVENT VOUS SAUVER



Affiche officielle — Ministère de l'Intérieur.

✓ S'ÉCHAPPER · SE CACHER · ALERTER

- S'échapper : localiser le danger et s'en éloigner ; si possible, aider les autres personnes à s'échapper sans s'exposer ; alerter les personnes autour de soi et dissuader quiconque de pénétrer dans la zone de danger.
- Si l'échappement est impossible, se cacher : s'enfermer et se barricader ; éteindre la lumière et couper le son des appareils ; s'éloigner des ouvertures, s'allonger au sol ; sinon, s'abriter derrière un obstacle solide (mur, pilier...) ; dans tous les cas, couper la sonnerie et le vibreur du téléphone.
- Alerter et obéir aux forces de l'ordre : dès que la sécurité est assurée, appeler le 17 ou le 112 ; ne pas courir vers les forces de l'ordre ni faire de mouvement brusque ; garder les mains levées et ouvertes.

Vigilance

- Témoin d'une situation ou d'un comportement suspect : contacter les forces de l'ordre (17 ou 112) ;
- en entrant dans un lieu, repérer les sorties de secours ;
- ne diffuser aucune information sur l'intervention des forces de l'ordre ;
- ne pas relayer de rumeurs ou d'informations non vérifiées sur internet et les réseaux sociaux ; suivre les comptes officiels des autorités.