

REFERENTIEL TECHNIQUE SAP



FICHES TECHNIQUES SAP SDIS 33

Sommaire des fiches techniques

- FT 1 : Les dégagements d'urgence
- FT 2 : La friction des mains
- FT 2bis : Le lavage des mains
- FT 3 : Protocole simple de nettoyage / désinfection
- FT 4 : Protocole approfondi de nettoyage / désinfection
- FT 5 : Nettoyage désinfection du matériel non-immmergeable
- FT 6 : Libération des voies aériennes – victime non traumatisée
- FT 7 : Libération des voies aériennes – victime traumatisée
- FT 8 : Prise du pouls
- FT 9 : Temps de recoloration cutanée
- FT 10 : Palpations de l'abdomen
- FT 10Bis : Palpations du bassin
- FT 11 : Les claques dans le dos (désobstruction des V.A)
- FT 12 : Les compressions abdominales (désobstruction des V.A)
- FT 13 : Les compressions thoraciques (désobstruction des V.A)
- FT 14 : Compression manuelle
- FT 15 : Position latérale de sécurité
- FT 16 : Les retournements
- FT 17 : Retrait d'un casque de protection
- FT 18 : Les compressions thoraciques (RCP)
- FT 19 : Aide à la prise de médicaments
- FT 20 : Mettre en place un pansement
- FT 21 : Réaligner un membre
- FT 22 : Immobilisation sur un plan dur – victime allongée sur le dos
- FT 23 : Immobilisation sur un plan dur – victime allongée sur le ventre
- FT 24 : Immobilisation sur un plan dur – victime debout
- FT 25 : Relevage à 3 SP secouristes
- FT 26 : Relevage à 4 SP secouristes
- FT 27 : Relevage en positions particulières
- FT 28 : Brancardage sur terrain plat
- FT 29 : Brancardage avec franchissement d'obstacle à 3 SP secouristes
- FT 30 : Brancardage avec franchissement d'obstacle à 4 SP secouristes
- FT 31 : Brancardage d'une victime à l'aide d'une chaise de transport
- FT 32 : L'aide aux déplacements
- FT 33 : Installer une victime dans un vecteur de transport
- FT 34 : Repérage nombreuses victimes
- FT 35 : Ventilation artificielle – Méthode orale
- FT 36 : Soins au cordon

QUAND ?

Le dégagement d'urgence d'une victime est réalisé par le SP secouriste pour :

- Soustraire une victime à un danger réel, vital, immédiat et non contrôlable ;
- Réaliser les gestes d'urgence vitale sur une victime se trouvant dans un lieu ou dans une position ne permettant pas de les réaliser.

POURQUOI ?

Le dégagement d'urgence est destiné à déplacer, de quelques mètres ou plus, en quelques secondes, la victime jusqu'à un lieu sûr et permettre au SP secouriste de réaliser, en toute sécurité, l'examen, les gestes de secours d'urgence et la surveillance de la victime.

AVEC QUOI ?

Sans matériel spécifique.

COMMENT ?

1. - Traction par les chevilles

- Saisir la victime par les chevilles ;
- Tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.



FICHE TECHNIQUE LES DEGAGEMENTS D'URGENCE

Création le 17/04/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
1

2. Traction par les poignets

- Saisir la victime par les poignets ;
- Tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.



3. Traction par les vêtements

- Saisir la victime par ses vêtements ;
- Tirer la victime sur le sol, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.



4. Traction sous les aisselles

- Cette technique permet de déplacer la victime dans des escaliers ou sur un sol accidenté, tout en protégeant la tête de la victime ;
- Asseoir la victime en la saisissant par ses vêtements ;
- Se placer derrière elle et saisir ses poignets opposés en passant les avant-bras sous ses aisselles ;
- Surélever la partie supérieure de son corps, ses pieds restant en contact avec le sol ;
- Tirer la victime à reculons, jusqu'à ce qu'elle soit en lieu sûr.



5. Sortie d'un véhicule

- Détacher ou couper la ceinture de sécurité ;
- Dégager éventuellement les pieds de la victime des pédales du véhicule ;
- Passer la main sous son aisselle la plus proche et maintenir son menton ;
- Passer l'autre main sous l'autre aisselle et saisir

FICHE TECHNIQUE LES DEGAGEMENTS D'URGENCE

Création le 17/04/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
1

sa ceinture ou son poignet opposé ;

- Tirer la victime hors du véhicule en se redressant, tout en poursuivant le maintien de sa tête ;
- Allonger la victime sur le sol en zone sûre en accompagnant sa tête et sa nuque. Un second SP secouriste peut aider à allonger la victime sur le sol.



6. Dégagement d'un enfant

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

- Une main saisit l'épaule opposée, le poignet et l'avant bras soutenant le cou et la tête de l'enfant ;
- L'autre main saisit la hanche opposée en passant sous le bas des cuisses .



7. Traction sur le sol par « équipier relais »

Cette technique, exceptionnelle, permet de tirer une victime gisant sous un obstacle, et accessible par la tête ou par les pieds si on peut se glisser jusqu'à elle. Elle nécessite la hauteur suffisante pour qu'un SP secouriste puisse se glisser sous l'obstacle. Avant toute manœuvre, le calage du véhicule ou de l'obstacle sera réalisé ou vérifié.

Ce SP secouriste, l'« équipier relais », muni de vêtements épais et de gants, rampe sous l'obstacle et aborde la victime :

- **Soit par les pieds** : Il saisit la victime au niveau des chevilles.

FICHE TECHNIQUE LES DEGAGEMENTS D'URGENCE

Création le 17/04/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
1

- **Soit par la tête** : Il ramène les poignets de la victime sur la poitrine de celle-ci, puis engage ses propres avants bras sous les aisselles du blessé, la tête de la victime est calée par la tête et l'une des épaules de l'équipier; le SP secouriste saisit alors :
 - Les poignets de la victime ;
 - Ou un poignet et la ceinture ;
- Ou les aisselles ;
- Un ou deux autres SP secouristes saisissent les chevilles du SP secouriste relais ; lorsque ce dernier dit « tirez », l'ensemble équipier relais + victime est tiré de dessous l'obstacle.



POINTS CLÉS

- Les prises de la victime sont solides.
- Le dégagement est le plus rapide possible.
- La prise de risque de la part du SP secouriste est minime.

RISQUES

Les techniques de dégagements d'urgence sont susceptibles d'aggraver les lésions de la victime notamment de la colonne vertébrale mais permettent de soustraire une victime à une mort quasi certaine.

ÉVALUATION

La victime doit se trouver en quelques secondes hors de danger, en zone sûre.

QUAND ?

Cette opération doit être réalisée :

- Immédiatement avant et après tout contact avec une victime ;
- Avant le port de gants, lors du changement de gants et après le retrait des gants ;
- Systématiquement entre 2 victimes.

POURQUOI ?

La voie cutanée est le principal mode de transmission des germes. Les mains en sont le vecteur essentiel.

La Friction Hydro-Alcoolique (F.H.A.) a pour objet de d'éliminer et / ou de réduire la flore transitoire (bactéries, virus, champignons) et diminuer le risque de transmission de maladie.

AVEC QUOI ?

Solution Hydro-Alcoolique ou Gel Hydro-Alcoolique



COMMENT ?

Préalable : les mains doivent être visuellement propres, nues (sans montre, ni bijoux), les poignets dégagés et les manches relevées.

- Prendre une dose suffisante de produit hydro-alcoolique, selon les recommandations du fabricant et au minimum 3 ml ;
- Frictionner sans arrêter toute la surface des mains, en insistant sur la pulpe des doigts, les paumes, les espaces interdigitaux, le dos de la main, les ongles et les poignets, jusqu'à évaporation complète et **au moins pendant 30 secondes**,
- Ne pas rincer et ne pas essuyer.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE FRICTION DES MAINS

Création le 02/10/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
2

POINTS CLÉS

- Note de service NP/SSSM/ n°2016-001 annexe 1.

RISQUES

Aucun.

ÉVALUATION

La friction Hydro-Alcoolique est réalisée en 7 étapes et est renouvelée autant de fois que possible jusqu'à évaporation complète et **au moins pendant 30 secondes**.

QUAND ?

Cette opération doit être réalisée :

- En début et fin de journée, à la prise et à la sortie du service ;
- Avant ou après un geste de la vie courante (après s'être mouché, avant de manger, avant et après être allé aux toilettes...) ;
- Chaque fois que les mains sont visiblement souillées ;
- Dans les cas de parasitose (gale...) dès que l'information est connue.

POURQUOI ?

La voie cutanée est le principal mode de transmission des germes. Les mains en sont le vecteur essentiel.

Le lavage des mains a pour objet d'éliminer les souillures, réduire la flore transitoire (bactéries, virus, champignons) et diminuer le risque de transmission de maladie.

AVEC QUOI ?

Lavage

- Eau du robinet (ou bouteille, à défaut) ;
- Savon doux à usage fréquent liquide ;
- Sac poubelle DAOM ;
- Essuie-mains.



COMMENT ?

Préalable : les mains doivent être nues (sans montre, ni bijoux) les poignets dégagés et les manches relevées :

- Mouiller les mains ;
- Prendre une dose de savon doux liquide ;
- Savonner entre 15 et 20 secondes en insistant sur la pulpe des doigts, les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, les bords externes des mains mais aussi le dos des mains, les paumes et les poignets ;
- Rincer abondamment sous l'eau, sans toucher le robinet,
- Sécher complètement et par tamponnement avec des essuie-mains à usage unique ;
- Utiliser le dernier essuie-mains pour fermer le robinet ;
- Jeter l'essuie-mains dans une poubelle sans la toucher avec les mains.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE LAVAGE DES MAINS

Création le 19/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
2 Bis

POINTS CLÉS

- Note de service NP/SSSM/ n°2016-001 annexe 2.

RISQUES

Le lavage des mains utilisé à la place de la FHA peut dessécher et abîmer la peau.

ÉVALUATION

Les mains doivent être visuellement propres et sèches.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE PROTOCOLE SIMPLE DE NETTOYAGE / DESINFECTION

Création le 17/04/15

Révision le 21/08/15

Version
1

SAP_FT
3

QUAND ?

- Pour les VSAV : entre chaque intervention ;
- Pour les zones de nettoyage / désinfection des VSAV et les locaux de santé en service : après toute utilisation.

POURQUOI ?

Éviter une contamination et une transmission d'infection, non seulement à la victime transportée mais aussi au personnel secouriste et à son entourage.

AVEC QUOI ?

- Chiffonnette à usage unique ;
- Détergent/désinfectant en spray ;
- Gants d'examen non stériles ;
- Frange pré-imprégnée à usage unique ;
- Bassine avec solution détergente-désinfectante ;
- Balai articulé.



COMMENT ?

1. Les surfaces, points de contacts manuels, le matériel, puis la cabine

Pulvériser le spray **détergent/désinfectant** sur la chiffonnette et la passer énergiquement sur : plan de travail, brancard, poignées, matériel médico-secouriste... A l'issue la chiffonnette sera jetée dans la poubelle DAOM si elle n'est pas souillée de liquides biologiques, sinon dans la poubelle DASRI.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE PROTOCOLE SIMPLE DE NETTOYAGE / DESINFECTATION

Création le 17/04/15

Révision le 21/08/15

Version
1

SAP_FT
3

2. Le sol

Dans une bassine d'eau froide, diluer une dose de détergent désinfectant selon les recommandations du fabricant et y déposer les franges à usage unique.

Dans la bassine remplie de solution détergente-désinfectante, prendre une frange UU et l'adapter sur le balai articulé.

Nettoyer le sol en faisant des « S » toujours du fond vers la sortie.

Jeter la frange UU dans la poubelle DAOM si elle n'est pas souillée par des liquides biologiques ; sinon, la jeter dans la poubelle DASRI.



3. Cas particuliers

- Transport de malades contagieux = indisponibilité sanitaire (désinfection approfondie) Réf : NP/SSSM/2010-002

- Cellule sanitaire très souillée : sang, vomissures, terre, aucun nettoyage possible sans matériel pour se rendre opérationnel = indisponibilité sanitaire (désinfection approfondie).

POINTS CLÉS

Notes de service : NP/SSSM/2016-001 annexe 4.

- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains ;
- Porter des gants d'examen non stériles ;
- Toujours procéder du haut vers le bas, du fond vers l'extérieur et du plus propre vers le plus sale ;
- Commencer par la cellule sanitaire et terminer par la cabine du conducteur.

RISQUES

Chaque SP Secouriste doit porter ses équipements de protection individuels (gants U.U.). Ne pas pulvériser directement le détergent-désinfectant sur les matériels mais sur la chiffonnette dédiée.

ÉVALUATION

Le chef d'agrès veillera au nettoyage et au niveau opérationnel de son véhicule avant de passer sa disponibilité au CTA .



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE PROTOCOLE APPROFONDI DE NETTOYAGE / DESINFECTION

Création le 17/04/15

Révision le 14/09/15

Version
1

SAP_FT
4

QUAND ?

- Pour les VSAV : de manière hebdomadaire ou à l'issue du transport d'une victime à risque infectieux particulier ou sur avis d'un officier de santé du SSSM ;
- Pour les locaux de santé en service : sur avis d'un officier de santé du SSSM.

POURQUOI ?

Éviter une contamination et une transmission d'infection, non seulement à la victime transportée mais aussi au personnel secouriste et à son entourage.

AVEC QUOI ?

- Lingette de lavage réutilisable ;
- Chiffonnette à usage unique ;
- Solution diluée détergente ;
- Solution diluée détergente-désinfectante ;
- Gants d'examen non stériles ;
- Frange à usage unique ;
- Balai articulé ;
- Bassine avec solution détergente-désinfectante pour trempage des franges UU.



COMMENT ?

Les surfaces, points de contacts manuels, le matériel, puis la cabine

- Désarmer en totalité la cellule sanitaire ;
- Déposer les matériels sur une zone propre et y appliquer le protocole décrit dans la FT 5 ;
- Nettoyer-désinfecter les surfaces hors sol, y compris l'intérieur des tiroirs, les étagères à l'aide d'une solution détergente-désinfectante et d'une lingette de lavage réutilisable ;





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE PROTOCOLE APPROFONDI DE NETTOYAGE / DESINFECTION

Création le 17/04/15

Révision le 14/09/15

Version
1

SAP_FT
4

- Laisser sécher sans rincer ;
- Déterger le sol à l'aide d'une solution détergente et du matériel adapté ;
- Nettoyer-désinfecter le sol en faisant des « S » toujours du fond vers la sortie à l'aide d'une solution détergente-désinfectante et du matériel adapté ;
- Réarmer la cellule sanitaire.



Cas particuliers

- Transport de malades contagieux = indisponibilité sanitaire (désinfection approfondie) Réf : NP/SSSM/2010-002

- Cellule sanitaire très souillée : sang, vomissures, terre, aucun nettoyage possible sans matériel pour se rendre opérationnel = indisponibilité sanitaire (désinfection approfondie).

POINTS CLÉS

Notes de service NP/SSSM/2016-001 annexe 5.

- Réaliser une friction hydro-alcoolique des mains ;
- Porter des gants de désinfection ;
- Toujours procéder du haut vers le bas, du fond vers l'extérieur et du plus propre vers le plus sale ;
- Commencer par la cellule sanitaire et terminer par la cabine du conducteur.

RISQUES

Chaque SP Secouriste doit porter ses équipements de protection individuels.

Ne pas pulvériser le spray détergent-désinfectant sur les différents matériels mais sur la chiffonnette dédiée.

ÉVALUATION

Le chef d'agrès veillera à compléter la fiche de traçabilité de nettoyage-désinfection.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE NETTOYAGE / DESINFECTION DU MATÉRIEL NON - IMMERGEABLE

Création le 28/04/15

Révision le 14/09/15

Version
1

SAP_FT
5

QUAND ?

Matériel non - immergeable (oxymètre de pouls, DSA, ciseaux, garrot ...) :

- Après utilisation ;
- Lors de la désinfection hebdomadaire ;
- Lors de la désinfection suite à transport d'une victime à risque infectieux particulier ;
- Sur avis d'un officier santé du SSSM.

POURQUOI ?

Pour éviter le transfert de microbes.

AVEC QUOI ?

- Solution détergente-désinfectante en spray
- Chiffonnette UU
- Gants à UU
- Solution détergente (dose à diluer)
- Bassine



COMMENT ?

1er Temps : Si cela est possible, démonter le matériel. Si nécessaire, frotter avec une chiffonnette imbibée de solution détergente le matériel souillé, puis passez une chiffonnette imbibée d'eau claire pour rincer ;

2ème temps : A l'aide d'une chiffonnette imbibée de solution détergente-désinfectante, frotter le matériel ;

3ème temps : Laisser sécher sans essuyer.



 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE NETTOYAGE / DESINFECTION DU MATÉRIEL NON - IMMERGEABLE	Création le 28/04/15	
		Révision le 14/09/15	
		Version 1	SAP_FT 5

POINTS CLÉS

Notes de service : NP/SSSM/2016-001 annexe 7.

- Le matériel dédié au nettoyage et désinfection doit lui-même être nettoyé et désinfecté ;
- Jeter les différents matériel à UU après utilisation ;
- Bien respecter les dilutions.

RISQUES

Chaque SP Secouriste doit effectuer une FHA puis porter ses équipements de protection individuelle (gants U.U., sur-blouse) ;

En aucun cas, il ne faut immerger l'appareil, renverser un fluide dessus ou vaporiser directement un spray.

ÉVALUATION

Le matériel sera visuellement propre et sec.

QUAND ?

La libération des voies aériennes par bascule de la tête en arrière et élévation du menton, est réalisée chez toute victime inconsciente non suspecte d'un traumatisme du rachis, avant d'apprécier sa respiration.

POURQUOI ?

La libération des voies aériennes est un geste indispensable pour permettre le libre passage de l'air chez une victime inconsciente, surtout si elle est allongée sur le dos. La LVA par bascule prudente de la tête en arrière et élévation du menton, permet chez l'adulte et l'enfant de dégager la langue de la paroi postérieure du pharynx pour permettre la libre circulation de l'air. Chez le nourrisson, le mouvement doit se limiter à ramener la tête en position neutre.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Chez l'adulte et l'enfant

- Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la respiration (col, cravate, ceinture et bouton du pantalon) ;
- Basculer doucement la tête de la victime en arrière et élever le menton :
 - Placer la paume d'une main sur le front pour appuyer vers le bas et incliner la tête en arrière ;
 - Placer 2 ou 3 doigts de l'autre main, juste sous la pointe du menton en prenant appui sur l'os et non dans la partie molle du menton, pour l'élever et le faire avancer. On peut s'aider du pouce pour saisir le menton. La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton entraînent la langue qui se décolle du fond de la gorge et



**FICHE TECHNIQUE
LIBÉRATION DES VOIES AÉRIENNES
VICTIME NON TRAUMATISÉE**

Création le 10/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
6

permet le passage de l'air ;

- Ouvrir la bouche de la victime avec la main qui tient le menton ;
- Retirer les corps étrangers visibles à l'intérieur de la bouche de la victime y compris les prothèses dentaires décrochées, sans toucher à celles qui sont restées en place.



Chez le nourrisson

La technique de libération des voies aériennes chez le nourrisson est identique à celle de l'adulte. Toutefois, du fait de la configuration anatomique de la tête, un nourrisson allongé sur le dos a obligatoirement la tête en position fléchie vers l'avant. La bascule de la tête en arrière a pour objectif de la ramener dans l'axe en position neutre. Une bascule excessive peut avoir l'effet inverse et obstruer les voies aériennes.



POINTS CLÉS

Pour assurer la liberté des voies aériennes :

- Le menton doit être tiré vers l'avant ;
- La tête basculée prudemment en arrière et maintenue dans cette position.

RISQUES

La libération des voies aériennes est un geste salvateur qui nécessite cependant sa réalisation avec précaution, afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel.

ÉVALUATION

Après avoir assuré la liberté des voies aériennes :

- La respiration de la victime doit s'effectuer normalement ;
- Si la victime ne respire pas, la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine de la victime.

QUAND ?

La libération des voies aériennes par élévation du menton, est réalisée chez toute victime inconsciente suspecte d'un traumatisme du rachis avant d'apprécier sa respiration.

POURQUOI ?

La libération des voies aériennes est un geste indispensable pour permettre le libre passage de l'air chez une victime inconsciente. La LVA par élévation du menton, permet de dégager la langue de la paroi postérieure du pharynx pour permettre la libre circulation de l'air sans mobiliser le rachis cervical.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Victime allongée sur le dos

- Le SP secouriste est placé à la tête de la victime et la maintient avec ses deux mains en position neutre ;
- Sans bouger la tête de la victime, placer l'index et/ou le majeur de chaque main juste au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure et au-dessous des oreilles ;
- Avec les pouces placés sur le menton, ouvrir la bouche de la victime et pousser vers l'avant la mâchoire inférieure ;
- Maintenir cette position pour permettre le libre passage de l'air dans les voies aériennes.

Cette technique est souvent suffisante pour remonter la langue de la victime et éviter ainsi qu'elle n'obstrue les voies aériennes. Si ce n'est pas le cas, basculer prudemment la tête en arrière jusqu'à obtenir cette liberté.



Victime assise dans un véhicule

Si le SP secouriste se trouve sur les lieux d'un accident de la circulation en présence d'une victime inconsciente, en position assise et qui présente des signes d'obstruction des voies aériennes (tête penchée en avant), le SP secouriste doit assurer la liberté des voies aériennes avant de contrôler la respiration de la victime. Pour des raisons de sécurité (airbag ou autre...), le SP secouriste reste à l'extérieur du véhicule.

- Se placer à côté de la tête de la victime en restant à l'extérieur du véhicule ;
- Ouvrir la porte du véhicule ou passer les avant bras par la fenêtre du véhicule ;
- Saisir la tête de la victime à deux mains, placer une main en arrière de la tête, juste au-dessus de la nuque puis glisser l'autre main sous le menton de la victime ;
- Ramener la tête en position neutre, dans l'axe du tronc, en exerçant une légère traction vers le haut. Cette traction douce permet de délester le rachis cervical du poids de la tête de la victime ;
- Si la victime respire, maintenir cette position jusqu'au maintien tête. Dans le cas contraire, envisager les gestes de secours qui s'imposent.



POINTS CLÉS

Pour assurer la liberté des voies aériennes :

- Le menton doit être tiré vers l'avant ;
- La tête est maintenue dans cette position.

RISQUES

La libération des voies aériennes est un geste salvateur qui nécessite cependant sa réalisation avec précaution, afin d'éviter toute aggravation d'un traumatisme éventuel.

ÉVALUATION

Après avoir assuré la liberté des voies aériennes :

- La respiration de la victime doit s'effectuer normalement ;
- Si la victime ne respire pas, la ventilation artificielle doit normalement permettre un soulèvement de la poitrine de la victime.

QUAND ?

La prise de pouls est à réaliser au cours des bilans d'une victime.

POURQUOI ?

Le pouls est un indicateur de la circulation. Il permet d'identifier une atteinte éventuelle de la fonction circulatoire, d'en compter la fréquence et d'en aviser le SAMU-C15.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Recherche du pouls carotidien

Chez l'adulte et chez l'enfant, le pouls doit être recherché sur la face latérale du cou en la palpant entre la pulpe de 2 ou 3 doigts médians de la main qui tenait le menton de la victime (index, majeur ou annulaire) et le plan osseux profond constitué par la colonne cervicale :

- Poser doucement l'extrémité des doigts sur la ligne médiane du cou ;
- Ramener la main vers soi, la pulpe des doigts restant en contact de la peau du cou ;
- Pousser la pulpe des doigts vers la profondeur pour percevoir les battements de la carotide.



Recherche du pouls radial

Cette technique permet d'évaluer la circulation sur la durée d'une minute.

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



Recherche du pouls fémoral (y compris chez le nourrisson)

Cette technique permet d'évaluer la circulation sur la durée d'une minute.

- Au niveau du pli de l'aîne en palpant l'artère fémorale avec 2 ou 3 doigts si l'on ne peut pas prendre le pouls carotidien.
- Cette technique sera utilisée pour évaluer l'efficacité des compressions thoraciques pour ne pas gêner la réanimation.



POINTS CLÉS

Déterminer :

- La fréquence cardiaque ;
- La régularité et l'absence de pause ;
- Son amplitude.

RISQUES

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

ÉVALUATION

Un pouls rapide ou lent permanent accompagné de la difficulté ou de l'impossibilité de la percevoir, traduit une détresse circulatoire.

QUAND ?

Au cours de tout bilan d'urgence vitale que la victime soit consciente ou non.

POURQUOI ?

Cette mesure renseigne sur l'état de la circulation au niveau des tissus. Il traduit la capacité du système circulatoire à remplir les petits vaisseaux de sang.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Le TRC est évalué au niveau d'un doigt. Il faut :

- Comprimer l'extrémité d'un doigt entre le pouce et l'index, pendant 2 à 3 secondes : le lit de l'ongle devient pâle ;
- Relâcher la pression et mesurer le temps de recoloration.

Normalement, le lit de l'ongle se recolore en moins de 3 secondes.

Cette évaluation est impossible si la victime porte du vernis à ongle.



POINTS CLÉS

- Déterminer le temps de recoloration.

RISQUES

La recherche du TRC ne doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours.

Certaines pathologies et certains médicaments entraînent une limitation du remplissage des petits vaisseaux.

Les extrémités froides peuvent fausser le résultat de la recherche.

ÉVALUATION

Ce geste technique n'est pas douloureux pour la victime.

QUAND ?

Au cours du bilan complémentaire d'une personne victime d'un traumatisme, en cas :

- De douleur spontanée ;
- En l'absence de douleur spontanée si les SP secouristes suspectent un traumatisme abdominal ou une détresse circulatoire sans origine évidente.

POURQUOI ?

Afin de rechercher une douleur, d'en préciser la localisation et son intensité.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

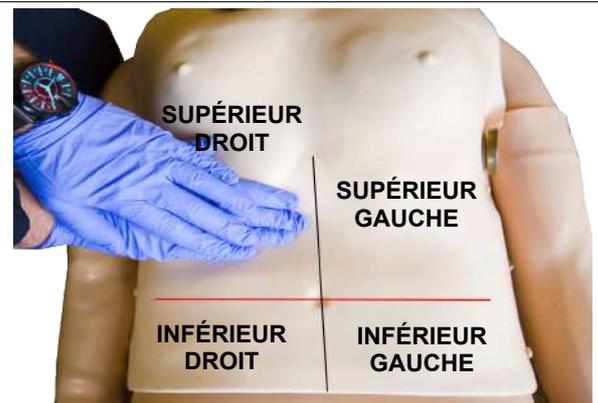
Réalisation du geste :

La palpation se fait délicatement, avec les mains superposées, posées à plat.

Le SP secouriste exerce une pression douce avec les doigts à plat en commençant par les zones non douloureuses (abdomen divisé en 4 parties) .

La palpation ne sera pas effectuée en présence d'un corps étranger.

On ne palpe pas les zones avec une plaie.



POINTS CLÉS

- Pression douce ;
- Mains superposées, à plat lors de la palpation ;
- L'apparition de douleurs entraîne l'arrêt de la palpation.

RISQUES

Augmentation de la douleur.

ÉVALUATION

Confirmation ou non d'une douleur.

QUAND ?

Au cours du bilan complémentaire d'une personne victime d'un traumatisme, en cas :

- De douleur spontanée ;
- En l'absence de douleur spontanée si les SP secouristes suspectent un traumatisme du bassin ou une détresse circulatoire sans origine évidente.

POURQUOI ?

Afin de rechercher une douleur, d'en préciser la localisation et son intensité.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

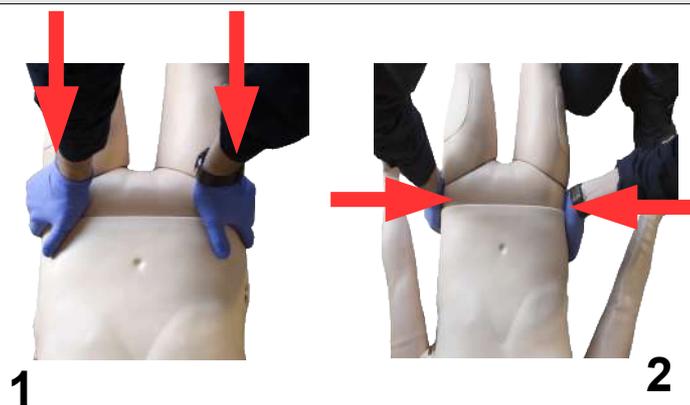
Réalisation du geste :

La palpation se fait délicatement, les mains posées à plat.

Le SP secouriste pose délicatement les paumes des mains sur les os iliaques. Il exerce une pression simultanée de haut en bas (1), puis dans un second temps, de l'extérieur vers l'intérieur (2).

La palpation ne sera pas effectuée en présence d'un corps étranger.

La zone ne sera pas palpée en présence d'une plaie.



POINTS CLÉS

- Pression douce ; Mains à plat ;
- L'apparition de douleurs entraîne l'arrêt de la palpation.

RISQUES

Augmentation de la douleur lors de la palpation.

ÉVALUATION

Confirmation ou non d'une douleur.

QUAND ?

Les claques dans le dos sont réalisées immédiatement, si la victime consciente présente une obstruction totale des voies aériennes par un corps étranger.

POURQUOI ?

Le but des claques dans le dos de la victime est de provoquer des mouvements de toux, de débloquent et d'expulser le corps étranger qui obstrue les voies aériennes.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Chez l'adulte

- Se positionner sur le côté et légèrement en arrière de la victime ;
- Soutenir son thorax avec une main et pencher suffisamment la victime en avant pour que le corps étranger dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes ;
- Donner **1 à 5 claques vigoureuses dans le dos** de la victime, entre les deux omoplates, avec le talon de l'autre main ouverte ;
- Arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue ou si la technique est inefficace, appliquer la technique des compressions abdominales ou thoraciques.



Chez l'enfant

La technique des claques dans le dos est identique à celle de l'adulte. Toutefois, elle est améliorée si la tête de l'enfant est placée encore plus vers le bas.

- S'asseoir ;
- Basculer l'enfant sur sa cuisse, couché sur le ventre tête vers le bas ;
- Donner **1 à 5 claques vigoureuses dans le dos** de la victime, entre les deux omoplates, avec le talon de l'autre main ouverte ;
- Arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue ou si la technique est inefficace, appliquer la technique des compressions abdominales.

FICHE TECHNIQUE LES CLAQUES DANS LE DOS (désobstruction des V.A)

Création le 09/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
11

Si ce n'est pas possible, réaliser la technique comme chez l'adulte.

Chez le nourrisson

- Coucher le nourrisson, tête penchée en avant à califourchon sur l'avant-bras, de façon à ce que sa tête soit plus basse que son thorax ce qui facilite l'expulsion du corps étranger ;
- Maintenir la tête avec les doigts, de part et d'autre de l'angle de la mandibule tout en évitant d'appuyer sur sa gorge ;
- Donner 1 à 5 claques dans le dos du nourrisson, entre les deux omoplates, avec le talon de la main ouverte ;
- Arrêter les claques dans le dos dès que la désobstruction est obtenue ou si la technique est inefficace, appliquer la technique des compressions thoraciques.



POINTS CLÉS

Pour être efficaces, les claques dans le dos sont données :

- Entre les deux omoplates ;
- Avec le talon de la main ;
- De façon vigoureuse (ou sèche).

RISQUES

Le risque minime de blesser la victime ne doit pas diminuer la vigueur des claques qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

ÉVALUATION

L'efficacité de la technique est jugée sur :

- Le rejet du corps étranger ;
- L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs et/ou de cris chez l'enfant et le nourrisson ;
- La reprise d'une respiration normale.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE LES COMPRESSIONS ABDOMINALES (désobstruction des V.A)

Création le 09/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
12

QUAND ?

Les compressions abdominales sont réalisées sur une victime (adulte ou enfant) consciente, debout ou assise, si l'obstruction totale des VA persiste, malgré une série de 5 claques dans le dos.

POURQUOI ?

Le but de cette manoeuvre est de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime et d'expulser le corps étranger hors des VA, par un effet de « piston ». Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Chez l'adulte et chez l'enfant

- Se positionner derrière la victime, contre son dos, (en fléchissant les genoux pour être à sa hauteur), en passant ses bras sous ceux de la victime de part et d'autre de la partie supérieure de son abdomen ;
- S'assurer que la victime est bien penchée en avant pour que l'obstacle dégagé sorte de la bouche plutôt que de retourner dans les voies aériennes ;
- Mettre le poing sur la partie supérieure de l'abdomen, au creux de l'estomac, au-dessus du nombril et en dessous du sternum ;
- Placer l'autre main sur la première, les avant-bras n'appuyant pas sur les côtes ;
- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière et vers le haut ;
- Effectuer 1 à 5 compressions abdominales en relâchant entre chacune ;





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE LES COMPRESSIONS ABDOMINALES (désobstruction des V.A)

Création le 09/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
12

- Arrêter dès que la désobstruction est obtenue ou si la technique est inefficace, appliquer de nouveau la technique des claques dans le dos.



POINTS CLÉS

Pour être efficaces, les compressions abdominales sont données :

- Au creux de l'estomac, au-dessus du nombril et en dessous du sternum ;
- La pression est vers l'arrière et vers le haut ;
- La compression est suffisante.

RISQUES

Les compressions abdominales peuvent entraîner des complications par traumatisme des organes internes de l'abdomen, même si elles sont réalisées correctement, ou entraîner des traumatismes des côtes et du sternum. Le risque de blesser la victime ne doit pas diminuer la vigueur des compressions qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

ÉVALUATION

L'efficacité de la technique est jugée sur :

- Le rejet du corps étranger ;
- L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs et/ou de cris chez l'enfant et le nourrisson ;
- La reprise d'une respiration normale.

QUAND ?

Les compressions thoraciques sont réalisées sur un adulte obèse ou une femme enceinte dans les derniers mois de grossesse, consciente, debout ou assise, ainsi que chez le nourrisson si l'obstruction totale des VA persiste, malgré une série de 5 claques dans le dos.

POURQUOI ?

Le but de cette manoeuvre est de comprimer l'air contenu dans les poumons de la victime et d'expulser le corps étranger hors des VA, par un effet de « piston ». Suivant l'importance et la position du corps étranger, plusieurs pressions successives peuvent être nécessaires pour l'expulser.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Chez l'adulte

- Se positionner derrière la victime en passant les avant bras sous ses bras et encercler la poitrine de la victime ;
- Mettre un poing au milieu du sternum sans appuyer sur la pointe inférieure du sternum ;
- Placer l'autre main sur la première en n'appuyant pas les avant-bras sur les côtes ;
- Tirer franchement en exerçant une pression vers l'arrière ;
- Effectuer 1 à 5 compressions thoraciques ;
- Arrêter dès que la désobstruction est obtenue ou si la technique est inefficace, appliquer de nouveau la technique des claques dans le dos.



Chez le nourrisson

- Placer votre avant-bras contre le dos du nourrisson et votre main sur sa tête. Le nourrisson est alors entre vos deux avant-bras et vos deux mains ;
- Retourner le nourrisson sur le dos tout en le maintenant fermement. L'allonger, tête basse, sur l'avant-bras et la cuisse ;
- Repérer le bas du sternum à la jonction des dernières côtes (appendice xiphoïde) ;
- Placer la pulpe de 2 doigts d'une main dans l'axe du



sternum, un doigt au-dessus de ce repère ;

- Effectuer 1 à 5 compressions thoraciques profondes et successives, en relâchant la pression entre chaque compression ;
- Arrêter dès que la désobstruction est obtenue. Si la technique est inefficace, appliquer de nouveau la technique des claques dans le dos.

POINTS CLÉS

Pour être efficaces, les compressions thoraciques sont données :

- Au milieu du sternum chez l'adulte et dans l'axe du sternum un doigt à la jonction des dernières côtes chez le nourrisson ;
- La pression est vers l'arrière ;
- La compression est suffisante.

RISQUES

Les compressions thoraciques peuvent entraîner des complications par traumatisme des organes internes, même si elles sont réalisées correctement, ou entraîner des traumatismes des côtes et du sternum. Le risque de blesser la victime ne doit pas diminuer la vigueur des compressions qui est absolument nécessaire au rejet du corps étranger.

ÉVALUATION

L'efficacité de la technique est jugée sur :

- Le rejet du corps étranger ;
- L'apparition de toux chez l'adulte et de pleurs et/ou de cris chez le nourrisson ;
- La reprise d'une respiration normale.

QUAND ?

La compression manuelle doit être réalisée devant toute hémorragie externe (plaie qui saigne abondamment).

POURQUOI ?

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

AVEC QUOI ?

- Une paire de gants à usage unique.

COMMENT ?

Compression manuelle

- Appuyer directement et fortement sur l'endroit qui saigne avec les doigts ou la paume de la main protégés par un gant à usage unique (il est possible d'interposer entre la main et la plaie une ou plusieurs compresses stériles) ;
- Allonger la victime ;
- Maintenir la compression de la plaie jusqu'au relais par un pansement compressif.



POINTS CLÉS

- La compression doit être permanente afin de stopper le saignement.

RISQUES

La compression directe est susceptible d'entraîner une contamination de la victime par le sauveteur ou inversement (accident d'exposition à un risque infectieux).

ÉVALUATION

L'efficacité de la compression directe se juge sur l'arrêt du saignement.

QUAND ?

Toute victime :

- Inconsciente qui respire ;
- Somnolente comme après un traumatisme cérébral, une intoxication ou une maladie

doit être installée, sur le côté en position latérale de sécurité.

A un SP secouriste chez toute personne non suspecte de traumatisme ;

A deux SP secouristes chez toute personne suspecte de traumatisme, après avoir mis en place une attelle cervicale.

POURQUOI ?

La PLS maintient libre les voies aériennes supérieures de la victime car elle empêche la chute de la langue en arrière. Elle limite l'encombrement en permettant aux liquides de s'écouler à l'extérieur de la bouche maintenue ouverte. La réalisation à 2 SP secouristes, limite le mouvement du rachis cervical et diminue le risque de complication.

AVEC QUOI ?

- Une attelle cervicale dans le cas d'une suspicion d'un traumatisme de la tête et/ou du rachis.
- A 2 SP secouristes : un ou plusieurs coussin(s) de l'attelle cervico-thoracique



COMMENT ?

La PLS à un SP secouriste

a) Préparer le retournement de la victime:

- Retirer les lunettes de la victime, si elle en porte ;
- Rapprocher délicatement les membres inférieurs, dans l'axe du corps de la victime ;
- Placer le bras de la victime le plus proche du côté du retournement, à angle droit de son corps, plier ensuite son coude tout en gardant la paume de sa



FICHE TECHNIQUE POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Création le 17/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
15

main tournée vers le haut ;

- Se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime ;
- D'une main saisir le bras opposé de la victime, placer le dos de sa main contre son oreille, côté SP secouriste ;
- Maintenir la main de la victime pressée contre son oreille, paume contre paume. Lors du retournement, le maintien de la main de la victime contre son oreille permet d'accompagner le mouvement de la tête et de diminuer la flexion de la colonne cervicale qui pourrait aggraver un traumatisme éventuel ;
- Avec l'autre main, attraper la jambe opposée juste derrière le genou, la relever tout en gardant le pied au sol. La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement et permet à un SP secouriste, de retourner celle-ci quelle que soit sa force physique ;
- Se placer assez loin de la victime, au niveau du thorax, pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer.

b) Retourner la victime

- Tirer sur la jambe relevée afin de faire rouler la victime vers le SP secouriste jusqu'à ce que le genou touche le sol. Le mouvement de retournement doit être fait sans brusquerie en un seul temps ;

Si les épaules ne tournent pas complètement, le SP secouriste peut coincer le genou de la victime avec son propre genou, afin d'éviter que le corps de la victime ne retombe en arrière sur le sol puis saisir l'épaule de la victime avec la main qui tenait le genou pour achever la rotation.

- Dégager doucement la main du SP secouriste qui se trouve placée sous la tête de la victime. Pour éviter toute mobilisation de la tête de la victime, maintenir le coude de la victime avec la main qui tenait le genou.



c) Stabiliser la victime

- Ajuster la jambe, située au-dessus, de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit. La position de la jambe du dessus de la victime permet de stabiliser la PLS.
- Ouvrir sa bouche avec le pouce et l'index d'une main sans mobiliser la tête, afin de permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur et vérifier que la position de la tête préserve une ventilation efficace.



La PLS à deux SP secouristes

L'installation en PLS d'un blessé se fait à 2 SP secouristes et après avoir mis en place une attelle cervicale.

a) Préparer le retournement de la victime

- Le premier SP secouriste est placé, dans l'axe de la victime, derrière la tête. Il maintient à 2 mains la tête de la victime pendant le retournement ;
- Le second SP secouriste, après avoir retiré les lunettes de la victime, si elle en porte, rapproche délicatement les membres inférieurs dans l'axe du corps puis prépare le coussin de tête (coussin à prendre dans l'ACT) qui servira au calage après le retournement ;
- Le second SP secouriste place le bras de la victime le plus proche du côté du retournement, à angle droit de son corps. Il plie ensuite son coude tout en gardant la paume de sa main tournée vers le haut ;
- Le second SP secouriste saisit d'une main l'avant-bras opposé de la victime, et place le dos de sa



FICHE TECHNIQUE POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Création le 17/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
15

main contre son oreille, côté du retournement, sous la main du premier SP secouriste qui maintient la main pressée contre son oreille, paume contre paume ;

- Le second SP secouriste se place à genoux ou en trépied à côté de la victime. Avec une main, il attrape la hanche et avec l'autre, l'épaule de la victime, du côté opposé au retournement. Il se place assez loin de la victime au niveau du thorax pour pouvoir la tourner sur le côté, sans avoir à se reculer ;



b) Tourner la victime

- Au commandement du SP 1, le second SP secouriste tire en même temps sur la hanche et l'épaule de la victime afin de la faire rouler d'un bloc et l'amener sur son côté ;
- Le premier SP secouriste, qui maintient la tête et la main de la victime entre ses mains, accompagne le mouvement et évite toute torsion du cou.

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

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

c) Stabiliser la victime

- La main du SP secouriste, qui tient l'épaule de la victime, vient saisir la hanche. La main qui tient la hanche vient fléchir la hanche et le genou de la victime situés vers le haut pour les amener à angle droit. La position de la jambe du dessus de la victime permet de stabiliser la PLS ;
- Afin de maintenir la tête dans l'alignement et limiter la fatigue du SP secouriste qui tient la tête, le second SP secouriste doit placer, pour compenser

Commandements

SP1 : « Êtes-vous prêt ? »

SP2 : « Prêt »

SP1 : « Attention pour tourner... tourner ! »

SP1 : « Calez ! »



FICHE TECHNIQUE POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Création le 17/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
15

l'espace qui existe entre la tête de la victime et le sol, un coussin (pris à l'ACT) sous la tête de la victime pour la soutenir. Ce coussin peut être placé avant le retournement contre la tête de la victime du côté du retournement. Si le SP secouriste doit se libérer pour réaliser d'autres gestes d'urgence, le coussin doit être d'épaisseur suffisante pour garder la tête de la victime dans l'axe ;

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



Cas particuliers

A la demande du C/A, un 3^{ème} SP secouriste peut intervenir afin d'aider à effectuer le retournement d'une victime dans les cas de personne obèse ou de fracture de membres non immobilisés.

En cas de lésion thoracique, du membre supérieur ou membre inférieur, le blessé est couché autant que possible sur le côté atteint.

La technique de PLS du nourrisson ou de l'enfant est identique à celle de l'adulte.

La femme enceinte ou l'homme obèse est, par principe, tournée sur le côté gauche, pour éviter l'apparition d'une détresse par compression de certains vaisseaux sanguins de l'abdomen.

POINTS CLÉS

La mise en PLS d'une victime doit respecter les principes suivants :

- Le retournement de la victime sur le côté limite au maximum les mouvements de la colonne cervicale ;
- Une fois sur le côté, la victime se trouve dans une position la plus latérale possible pour éviter la chute de la langue en arrière et permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur ;
- La position est stable ;
- Toute compression de la poitrine qui peut limiter les mouvements respiratoires est évitée ;
- La surveillance de la respiration de la victime et l'accès aux voies aériennes sont possibles ;



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Création le 17/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
15

RISQUES

La mise en PLS comporte certains risques chez le traumatisé de la colonne vertébrale, en particulier cervicale. C'est pourquoi, il est préférable de réaliser la technique à au moins deux SP secouristes et de mettre en place une attelle cervicale sur la victime avant son retournement .

Comme le danger de détresse prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion nerveuse, si le SP secouriste est seul et/ou en l'absence d' une attelle cervicale, la victime est quand même installée en PLS. Le SP secouriste sera très attentif et tentera d'éviter la survenue de mouvements de bascule en avant, en arrière, sur le côté et de torsion, de la tête et du cou.

ÉVALUATION

La mise en PLS d'une victime doit permettre à la victime de continuer à respirer en lui évitant une obstruction des voies aériennes.

QUAND ?

La technique du retournement est réalisée face à une victime allongée à plat ventre, suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Face à une victime inconsciente, le retournement est réalisé dès la constatation de l'absence de conscience pour contrôler la présence ou pas de la respiration de la victime.

Il peut être réalisé :

- A deux ou trois SP secouristes, si la victime présente un traumatisme, particulièrement de la colonne vertébrale ;
- A un SP secouriste, si la victime ne présente pas de traumatisme ou si le SP secouriste est seul.

POURQUOI ?

Le retournement d'une victime inconsciente et sa mise en position allongée, le dos sur le sol, est nécessaire pour rechercher avec certitude les signes de respiration, réaliser les gestes d'urgence comme la ventilation artificielle et les compressions thoraciques ou examiner, immobiliser puis assurer son relevage.

Face à une victime consciente suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale, cette technique permet de pouvoir ensuite réaliser :

- une immobilisation du rachis cervical,
- un relevage par le biais d'un brancard cuillère ou par la technique de ponts à plusieurs équipiers,
- une immobilisation complète de la victime dans le MID.

AVEC QUOI ?

Aucun matériel.

COMMENT ?

Retournement à deux SP secouristes

Le retournement s'effectue du côté opposé au regard de la victime.

- Le SP 1 maintient l'alignement de la nuque de la victime. Il se place au niveau de l'épaule intérieure au retournement



FICHE TECHNIQUE LES RETOURNEMENTS

Création le 22/06/15

Révision le 21/01/19

Version
2

SAP_FT
16

(anticipation de la position finale), un genou à terre l'autre en l'air du côté du retournement. Il saisit la tête de la victime avec deux mains en prise occipito-frontale (latéro-latérale si la victime porte un casque) sans bouger la tête ;

- Le SP 2 allonge le membre supérieur de la victime, le long du corps, du côté du retournement et glisse sa main sous sa cuisse. Il se place ensuite dans une position stable (à genoux ou en trépied), du côté du retournement, à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement de la victime ;
- Il saisit la victime par l'épaule et par la hanche du coté opposé au retournement et, aux ordres du SP 1, fait rouler doucement la victime au sol pour l'emmener sur le côté ;
- Le SP 1 qui maintient la tête accompagne le mouvement de la tête qui effectue une rotation moindre que le corps pour la ramener dans l'axe ;
- Une fois la victime sur le côté, le SP 2 qui assure la rotation du corps repositionne ses mains et s'écarte bien de la victime pour pouvoir l'allonger sur le dos sans encombre ;
- Aux ordres du SP 1, le retournement est terminé pour amener la victime sur le dos ;



Commandements

SP1 : « Êtes-vous prêt ? » ;
SP2 (et SP3): « Prêt » ;
SP1 : « Attention pour tourner... tourner !...Halte ! » ;
SP1 : « Repositionnez-vous! » ;
puis « Attention pour tourner...tourner! ».



Une fois la victime sur le dos, si la victime est inconsciente, les signes de respirations peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation peuvent être débutées si besoin.

Dans le cas où la technique est réalisée à trois, le troisième SP se place au niveau des cuisses de la victime, et la saisit au niveau des hanches et des membres inférieurs. La procédure et les ordres restent inchangées.

FICHE TECHNIQUE LES RETOURNEMENTS

Création le 22/06/15

Révision le 21/01/19

Version
2

SAP_FT
16

Retournement à un SP secouriste

Le retournement s'effectue du côté opposé au regard de la victime.

- Le SP secouriste place le bras de la victime du côté du retournement au-dessus de sa tête pour faciliter le retournement et maintenir la tête dans l'axe lors du retournement. Il se place ensuite dans une position stable (à genoux ou en trépied), du côté du retournement, à une distance suffisante pour ne pas gêner le retournement de la victime pour la suite du mouvement ;
- Il saisit la victime par l'épaule et par la hanche du côté opposé au retournement puis fait rouler doucement la victime au sol jusqu'à ce qu'elle se retrouve sur le côté ;
- La main qui était à l'épaule vient maintenir la nuque de la victime, l'avant bras maintenant le dos de la victime ;
- Le mouvement de retournement est terminé en tirant sur la hanche. La main qui maintient la nuque accompagne le mouvement. Cette dernière est ensuite retirée avec précaution.

Une fois la victime sur le dos, les signes de respirations peuvent être recherchés et les manœuvres de réanimation peuvent être débutées si besoin.



POINTS CLÉS

- L'axe tête-cou-tronc de la victime doit être maintenu le plus rectiligne possible tout au long du retournement.

RISQUES

Si la victime est suspectée d'un traumatisme, le retournement est réalisé à 2 voir 3 SP afin de



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE LES RETOURNEMENTS

Création le 22/06/15

Révision le 21/01/19

Version
2

SAP_FT
16

limiter tout risque d'aggravation d'un traumatisme de la colonne cervicale. A l'issue de la manœuvre, la pose d'une attelle cervicale sera réalisée.

Si la victime porte un casque de protection, le SP 1 veille à accompagner le mouvement en limitant le mouvement de la tête dans le casque.

ÉVALUATION

Le retournement doit s'effectuer sans aggraver l'état de la victime.

QUAND ?

Le retrait d'un casque de protection porté par la victime est réalisé obligatoirement par deux SP secouristes **dans tous les cas**.

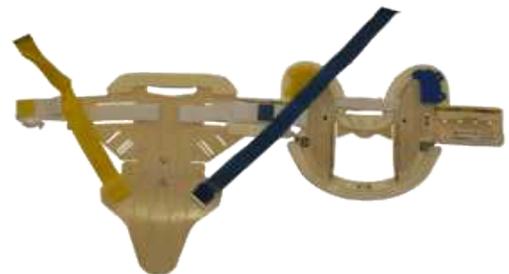
Le retrait d'un casque de protection porté par la victime est réalisé par un SP secouriste isolé chez une victime inconsciente, devant l'impossibilité d'assurer correctement la liberté des voies aériennes ou d'accéder aux voies aériennes, pour rechercher la présence de la respiration ou la surveiller, chez une victime en arrêt respiratoire ou qui nécessite une réanimation cardio-pulmonaire.

POURQUOI ?

Un casque de protection peut gêner le SP secouriste pour réaliser l'examen de la victime et les gestes de secours.

AVEC QUOI ?

Sans matériel pour le retrait puis une attelle cervicale pour immobiliser.



COMMENT ?

A deux SP secouristes

- Le SP 1 chargé du retrait du casque, se place dans l'axe de la tête de la victime, suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer (distance un peu supérieure à la hauteur du casque, de son sommet à la jugulaire). Pendant qu'il retire le casque, il le maintient immobile en plaquant ses mains de chaque côté du casque, la tête en position neutre, bien maintenue dans l'alignement de l'axe du tronc ;
- Le SP 2 s'installe, à côté de la tête, en trépied genou



FICHE TECHNIQUE RETRAIT D'UN CASQUE DE PROTECTION

Création le 24/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
17

relevé du côté des pieds de la victime. Il détache ou coupe la sangle de la mentonnière (casque « avec jugulaire »), ou déverrouille le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime. Il relève la visière du casque et retire les lunettes de la victime si nécessaire ;

- Le SP 2 glisse la main du côté de la tête de la victime sous la nuque, avant-bras en appui sur sa cuisse. Il place les doigts de l'autre main en crochet sous le menton, coude appuyé sur le genou relevé et maintient ainsi fermement la tête et le cou dans l'axe du corps ;
- Le SP 1 saisit alors le casque par les parties latérales du bord inférieur et le tire doucement vers lui dans l'axe en faisant glisser le casque sur le sol (il est parfois nécessaire de basculer légèrement le casque mais pas la tête en arrière ou en avant pour ne pas accrocher le nez). La manœuvre est arrêtée lorsque le bord inférieur du casque se trouve au-dessus de la racine du nez de la victime ;
- Le maintien de la tête n'est jamais relâché durant ce retrait. Dès l'arrêt du retrait, le SP 2 repositionne ses prises, en glissant la main qui maintient la nuque vers le bas du crâne, pour éviter une chute brutale de la tête de la victime lors du retrait complet du casque ;
- Le SP 1 retire complètement le casque ;
- Le SP 1 maintient la tête en position neutre à 2 mains, dans l'attente de la mise en place d'une attelle cervicale par le SP 2.

Si la victime est sur le ventre, il convient de remettre la victime sur le dos avant de retirer le casque.

A un SP secouriste

Le retrait du casque à un SP secouriste est un geste extrêmement délicat.

- Relever la visière du casque et, si nécessaire, retirer les lunettes de la victime ;
- Détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque « avec jugulaire »), ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime tout en maintenant le casque et la tête de la victime d'une main ;
- Se placer dans l'axe de la tête de la victime, suffisamment



FICHE TECHNIQUE RETRAIT D'UN CASQUE DE PROTECTION

Création le 24/06/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
17

éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer ;

- Saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur ;
- Tirer doucement le casque, dans l'axe, en le faisant glisser sur le sol jusqu'à ce que le bord inférieur de la mentonnière soit à la racine du nez ;
- Une main qui maintient le casque se déplace pour saisir le bord inférieur de la partie supérieure du casque ;
- Glisser doucement l'autre main sous la base du crâne de la victime et la maintenir ;
- Tirer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez de la victime, en même temps, déposer délicatement la tête sur le sol en la gardant le plus possible dans l'axe.

Si la victime est sur le ventre, il convient de remettre la victime sur le dos avant de retirer le casque.



POINTS CLÉS

- Le retrait du casque se fait dans l'axe de la tête.
- La tête est maintenue en permanence dans l'axe du tronc.

RISQUES

Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manœuvre de retrait du casque peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves. C'est pour cela, que le retrait du casque sera réalisé à 2 SP secouristes.

Toutefois, si le SP secouriste est seul et ne peut obtenir un renfort immédiat, il procédera à son retrait pour pouvoir mettre en œuvre les gestes de secours d'urgence.

ÉVALUATION

La nuque et la tête de la victime doivent rester immobiles durant toute la manœuvre jusqu'au moment où on pose doucement la partie arrière de la tête de la victime sur le sol.

 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE COMPRESSIONS THORACIQUES (RCP)	Création le 26/06/15	
		Révision le 21/01/19	
		Version 2.0	SAP_FT 18

QUAND ?

Les compressions thoraciques sont nécessaires chaque fois qu'une victime présente un arrêt cardiaque, c'est-à-dire lorsqu'elle est inconsciente, ne bouge plus et ne respire plus (gasp) et ne présente plus de pouls au cours des 10 secondes que dure la recherche des signes.

Les compressions thoraciques sont aussi envisageables si une victime qui présente une obstruction grave des voies aériennes devient inconsciente et que les manœuvres de désobstruction classiques (tapes dans le dos et/ou compressions abdominales) ont été inefficaces.

POURQUOI ?

Quand le cœur s'arrête de fonctionner, le sang ne circule plus dans l'organisme et la distribution d'oxygène n'est plus assurée. La compression régulière du thorax rétablit une circulation artificielle égale à 20 à 30 % du débit cardiaque normal chez l'adulte. Ce débit est suffisant pour maintenir le cerveau et le cœur de la victime oxygénée, notamment pendant les quelques minutes nécessaires à la mise en œuvre du choc électrique externe.

La victime étant couchée sur le dos, le fait d'appuyer verticalement sur le sternum comprime le thorax, vidant les cavités cardiaques et les poumons du sang qui s'y trouve en l'envoyant vers les organes périphériques.

Lorsque la pression est relâchée, la poitrine revient à sa taille initiale et le sang est de nouveau aspiré et remplit le cœur et les poumons. Ce sang sera ensuite éjecté par la compression thoracique suivante.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Les compressions thoraciques chez l'adulte

- La victime est installée en position horizontale, sur le dos, préférentiellement sur une **surface rigide** (sol,...) ;
- Se placer à genoux au plus près de la victime ;
- Dénuder la poitrine de la victime ;
- Appuyer le « talon » d'une main au centre de la poitrine, sur la ligne médiane, sur la moitié inférieure du sternum sans appuyer sur la pointe du sternum (appendice xiphoïde) ;



- Placer l'autre main au-dessus de la première, en entrecroisant les doigts des deux mains en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax pour ne pas appuyer sur les côtes ;
- Réaliser des compressions thoraciques successives de 5 cm chez l'adulte sans aller au-delà de 6 cm en restant bien vertical par rapport au sol pendant toute la manœuvre ;
- Tout balancement d'avant en arrière du tronc du SP secouriste doit être proscrit. Les coudes sont verrouillés et les avant-bras sont bien tendus dans le prolongement des bras et des épaules ;
- **La fréquence des compressions thoraciques doit être comprise entre 100 et 120 par minute.**
- La durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax (rapport 50/50).
- Les mains restent en place entre deux appuis sans décoller le talon de la main, pour que le thorax reprenne sa dimension initiale après chaque compression. Ceci améliore l'efficacité des compressions.



Les compressions thoraciques chez l'enfant

- La victime est installée en position horizontale, sur le dos, préférentiellement sur une **surface rigide** (sol,...) ;
- Se placer à genoux au plus près de la victime ;
- Dénuder la poitrine de la victime ;
- Appuyer le « talon » d'une main au centre de la poitrine, un doigt au-dessus du repère constitué par le bas du sternum à la jonction des dernières côtes. L'appui doit se faire sans appuyer sur la pointe du sternum (appendice xiphoïde) ;
- Veiller à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax pour ne pas appuyer sur les côtes ;
- Réaliser des compressions thoraciques successives d'au moins 1/3 de l'épaisseur du thorax de l'enfant tout en restant bien vertical par rapport au sol pendant toute la manœuvre ;



FICHE TECHNIQUE COMPRESSIONS THORACIQUES (RCP)

Création le 26/06/15

Révision le 21/01/19

Version
2.0

SAP_FT
18

- Tout balancement d'avant en arrière du tronc du SP secouriste doit être proscrit. Les coudes sont verrouillés et les avant-bras sont bien tendus dans le prolongement des bras et des épaules ;
- **La fréquence des compressions thoraciques doit être comprise entre 100 et 120 par minute.**
- La durée de compression doit être égale à celle du relâchement de la pression sur le thorax (rapport 50/50).
- **Les mains restent en place entre deux appuis sans décoller le talon de la main, pour que le thorax reprenne sa dimension initiale après chaque compression. Ceci améliore l'efficacité des compressions.**

Les compressions thoraciques chez le nourrisson (moins de 1 an) et le nouveau-né (0 à 24h) :

- La victime est installée en position horizontale, sur le dos, préférentiellement sur une surface rigide ;
- Se placer au plus près de la victime ;
- Dénuder la poitrine de la victime ;
- **Localiser la zone de compression :**
Cette zone est située dans la moitié inférieure du sternum, un travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde ;
- **Réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur :**
 - Avec la pulpe des deux pouces placés côte à côte, la pointe des doigts vers la tête du nourrisson et en englobant le thorax avec les autres doigts de chaque main si l'action est menée à 2 ou plus de 2 secouristes ;
 - Avec la pulpe des deux doigts d'une main si le secouriste est seul ;
- **Maintenir une fréquence :**
 - Chez le nourrisson, d'environ 100 compressions/min sans dépasser 120 ;
 - Chez le nouveau-né qui présente une détresse à la naissance, de 120 compressions/min ;
- Laisser le thorax reprendre sa formation initiale entre chaque compression, sans pour cela décoller les doigts. Ceci améliore l'efficacité des compressions.



 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE COMPRESSIONS THORACIQUES (RCP)	Création le 26/06/15	
		Révision le 21/01/19	
		Version 2.0	SAP_FT 18

POINTS CLÉS

Pour être efficaces les compressions thoraciques doivent :

- Être réalisées sur une victime allongée de préférence sur un plan dur ;
- Être réalisées rapidement au centre de la poitrine, sur la ligne médiane, en position strictement verticales ;
- Entraîner une compression de 5 à 6 cm chez l'adulte, 1/3 de l'épaisseur du thorax chez l'enfant, le nourrisson ou le nouveau-né ;
- Être régulières à une fréquence comprise entre 100 et 120 par minute.

RISQUES

Une mauvaise position des mains, une compression thoracique trop forte ou non verticale peuvent entraîner des lésions graves du thorax (fractures de côtes) et des poumons (contusion) chez la victime et peuvent compromettre sa survie.

La présence de gasp ou une augmentation de la fréquence des gasps, ne doit pas faire interrompre les compressions thoraciques.

ÉVALUATION

L'efficacité des compressions thoraciques s'évalue sur :

- La reprise de la respiration de la victime ;
- Le rétablissement d'une coloration normale de la victime (muqueuses) ;
- La perception du pouls lors de chaque compression thoracique.

La recherche du pouls est faite préférentiellement au pli de l'aîne (pouls fémoral) pour ne pas gêner la réanimation.

QUAND ?

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

- Pour soulager, diminuer ou faire disparaître une douleur qui est apparue au moment du malaise ou qui vient de s'aggraver ;
- Pour améliorer l'état respiratoire (crise d'asthme) ou circulatoire (réaction allergique grave) d'une victime ;
- A la demande du médecin régulateur du centre 15.

POURQUOI ?

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

AVEC QUOI ?

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

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



COMMENT ?

Le médicament est adapté aux troubles observés

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

FICHE TECHNIQUE AIDER À LA PRISE DE MÉDICAMENTS

Création le 07/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
19

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

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

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

Le médicament n'est pas périmé

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

Administration du médicament

S'assurer que la victime ne présente aucun trouble de la conscience. Le médicament peut être déposé sous la langue (comprimé ou spray sous la langue), avalé avec un peu d'eau ou encore inhalé.

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

- Secouer vigoureusement le pulvérisateur plusieurs fois ;
- Enlever l'administration d'oxygène, si nécessaire ;
- Demander à la victime de vider, autant que possible, l'air contenu dans ses poumons, puis de mettre ses lèvres tout autour de l'embout buccal du pulvérisateur ;
- Si le pulvérisateur doit être utilisé avec une chambre de mélange (ou d'inhalation), la mettre en place pour augmenter l'efficacité du médicament ;
- Demander à la victime de comprimer le



◀ Spray



▲ Chambre d'inhalation

- pulvérisateur tout en inspirant lentement et profondément ;
- Demander à la victime de maintenir son inspiration le plus longtemps possible pour augmenter l'absorption du médicament avant de respirer de nouveau normalement ;
- Remplacer le masque à inhalation d'oxygène, si nécessaire.

Utilisation d'une seringue auto-injectable

- Retirer les dispositifs de protection puis placer l'extrémité de l'auto-éjecteur contre la face externe de la cuisse de la victime, à égale distance de la hanche et du genou ;
- Maintenir l'auto-injecteur perpendiculaire puis presser le bouton déclencheur ;
- Injecter complètement la dose, en laissant le dispositif en position durant 10 secondes avant de le retirer ;
- Masser légèrement le site d'injection puis placer l'auto-injecteur dans un conteneur DASRI.

Une seule injection est nécessaire, il convient de ne jamais la renouveler, sauf à la demande expresse du médecin.

L'injection peut-être faite au travers du tissu d'un vêtement si celui-ci n'est pas très épais.

POINTS CLÉS

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

- Il s'agit de son médicament (prescrit à la victime) ;
- Il est non périmé ;
- Il est adapté aux troubles observés ;
- Il est administré à la dose prescrite et sous surveillance ;
- Il est noté sur la fiche d'intervention.

RISQUES

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

ÉVALUATION

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

QUAND ?

Le pansement est destiné à protéger une plaie qui a été désinfectée ou une brûlure grave.

POURQUOI ?

Le pansement limite l'infection secondaire en protégeant la plaie de toute agression extérieure.

AVEC QUOI ?

Conçu pour emballer les plaies. Il se compose de :

- Une compresse emballée ;
- Trois bandes extensibles (5, 10, 15 cm) ;
- Ruban adhésif.

Les champs stériles sont appliqués directement sur une plaie ou une brûlure étendue pour assurer leur protection.

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



COMMENT ?

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

Maintien d'un pansement à l'aide d'une bande

- Ouvrir l'emballage de la compresse ;
- Appliquer la compresse sur la plaie ;
- Dérouler la bande choisie et envelopper la compresse puis coller un morceau de ruban adhésif afin de la maintenir.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE METTRE EN PLACE UN PANSEMENT

Création le 07/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
20

Les champs stériles

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



POINTS CLÉS

- Les mains de l'équipier sont protégées par des gants à usage unique.
- La plaie est recouverte en totalité par le pansement.
- L'équipier secouriste ne touche pas la partie du pansement en contact direct avec la lésion de la peau.
- La circulation d'aval est maintenue.

RISQUES

Un pansement peut cacher un saignement et un bandage circulaire peut faire garrot. Surveiller attentivement le saignement et la circulation du membre en dessous du pansement (pouls radial, temps de recoloration cutanée, aspect de la peau). Il ne faut jamais poser une bande directement sur une plaie ou une brûlure.

ÉVALUATION

Un bandage ne doit pas entraîner un effet « garrot ». L'équipier SP secouriste doit contrôler la circulation du membre en dessous du bandage (pouls, temps de recoloration cutané, aspect de la peau).

Correctement réalisé, le bandage maintient solidement le pansement et assure la protection de la plaie.

 Comité Pédagogique et Technique SAP	FICHE TECHNIQUE RÉALIGNEMENT DE MEMBRE	Création le 08/07/15	
		Révision le 20/06/16	
		Version 1.1	SAP_FT 21

QUAND ?

Le réalignement d'un membre se fait, chaque fois que possible, en présence d'un médecin.

En l'absence de médecin, le réalignement d'une fracture fermée de l'avant-bras ou de la jambe ne sera réalisé, par un SP secouriste, qu'après avis médical. Il est indiqué par la présence de signes de complications vasculaires ou neurologiques (membre froid, pâle, insensible) ou si la déformation empêche la mise en place d'un dispositif d'immobilisation.

POURQUOI ?

La présence d'une déformation angulaire du membre atteint constitue un obstacle ou une gêne à la mise en place d'un matériel d'immobilisation.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Fracture fermée de l'avant-bras

- Le SP 1 saisit, avec une main, l'articulation du coude et la stabilise ;
- Le SP 2 saisit le poignet ou la main et ramène progressivement l'avant bras dans l'axe en exerçant une traction douce ;
- Le SP 3 prépare et approche le matériel d'immobilisation ;
- La traction n'est relâchée qu'après la mise en place du matériel d'immobilisation.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RÉALIGNEMENT DE MEMBRE

Création le 08/07/15

Révision le 20/06/16

Version
1.1

SAP_FT
21

Fracture fermée de la jambe

- Le SP 1 saisit à deux mains le genou et le stabilise ;
- Le SP 2 saisit à deux mains la cheville et ramène progressivement la jambe dans l'axe normal du membre inférieur en exerçant une traction douce ;
- Le SP 3 prépare et approche le matériel d'immobilisation
- La traction n'est relâchée qu'après la mise en place du matériel d'immobilisation.



POINTS CLÉS

- Bloquer l'articulation supérieure ;
- Exercer une traction douce ;
- Ne relâcher la traction qu'après immobilisation du membre.

RISQUES

Le réalignement sera immédiatement interrompu et un nouvel avis médical demandé :

- S'il existe une résistance au réalignement ;
- Si la douleur provoquée devient intolérable pour la victime.

ÉVALUATION

Le réalignement de membre est correct si :

- Il est possible de poser sans difficulté un moyen d'immobilisation spécifique ;
- On constate une atténuation de la douleur et des signes d'amélioration.

QUAND ?

Le plan dur avec immobilisateur de tête est utilisé pour immobiliser une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Il permet la prise en charge d'une victime qui est allongée sur le dos.

Il peut aussi être utilisé pour relever une victime allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer.

POURQUOI ?

En immobilisant le corps entier (et la tête) d'une victime, le plan dur permet de respecter son axe « tête-cou-tronc » et limite toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime.

AVEC QUOI ?

Le plan dur

D'un plan rectangulaire, de dimension similaire à une personne, en PVC, radio-transparent, et résistant à l'eau. Ce plan dur est équipé de poignées de portage.

L'attelle cervicale voir FM 16

L'immobilisateur de tête Voir FM 17

Sangle araignée de marque Spencer Voir FM 18

Couverture (bactériostatique ou de survie).



FICHE TECHNIQUE IMMOBILISATION SUR UN PLAN DUR VICTIME ALLONGÉE SUR LE DOS

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
22

COMMENT ?

Victime allongée sur le dos

La technique d'installation d'une victime allongée sur le dos sur un plan dur est **la technique de roulement au sol de la victime à au moins 3 SP secouristes**.

La manœuvre est guidée par le SP 1 qui est placé à la tête de la victime et qui est chargé de veiller au respect de l'axe « tête-cou-tronc ». La victime doit être maintenue les bras le long du corps, face palmaire des mains sur les cuisses. En aucun cas, le membre supérieur du côté du retournement ne doit être placé au-dessus de la tête car ce déplacement entraîne un mouvement au niveau de la colonne vertébrale.

Les SP 2 et 3 installent le plan dur.

- SP 1 et 2 mettent en place une attelle cervicale. Le maintien de la tête sera conservé durant la mobilisation de la victime. Ils contrôlent la motricité et la sensibilité des extrémités et le SP 2 place la face palmaire des mains de la victime sur ses cuisses ;
- SP 2 place le plan dur, équipé de deux carrés de mousse, le long de la victime, du côté opposé au retournement. Si la victime est allongée sur un sol dur (goudron...) mettre contre elle, du côté du retournement, un rembourrage de 3 à 4 cm d'épaisseur (couverture pliée) ;
- SP 2 et 3 se placent à genoux, du côté du retournement, à quelques centimètres du blessé, au niveau du thorax, du bassin et des genoux de la victime ;
- SP 2 et 3 saisissent la victime du côté opposé au retournement, au niveau de l'épaule, du bassin et des membres inférieurs qui doivent rester alignés. La main de la victime peut être bloquée contre le haut de la cuisse de la victime par la main d'un SP secouriste ;
- SP 2 et 3 sur les ordres du SP 1, assurent, en tirant, une rotation de la victime sur son côté. Lors de cette rotation, les SP secouristes doivent garder les bras tendus et utiliser le poids de leur corps pour donner de la force à leur mouvement. La rotation de la victime se



FICHE TECHNIQUE IMMOBILISATION SUR UN PLAN DUR VICTIME ALLONGÉE SUR LE DOS

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
22

fait lentement et d'un bloc alors que le SP de tête accompagne le mouvement pour garder la tête du blessé dans l'axe du tronc. Interrompre la rotation dès que la victime est sur le côté pour pouvoir glisser le plan dur sous son dos ;

- SP 2 examine rapidement le dos de la victime tant qu'elle est sur le côté (enlever les morceaux de verre qui pourraient la blesser) et glisse le plan dur sous son dos, en lui donnant une inclinaison de façon à ce qu'il vienne contre le blessé ; le maintenir dans cette position (s'assurer que les carrés de mousse soit bien au niveau de la tête).
- SP 2 et 3 reposent la victime et le plan dur délicatement sur le sol. Repositionnent la victime au centre du plan dur en la faisant glisser, si nécessaire ;

L'immobilisation finale est obtenue à l'issue de la pose de l'immobilisateur de tête (FM) ainsi que la sangle araignée (FM).

Commandements

SP1 : « Êtes-vous prêts ? » ;
SP2 et 3 : « Prêts » ;
SP1 : « Attention pour tourner... tourner ! » « Halte »
« Glisser le plan dur » ;
SP 2 et 3 : « Plan dur en position » ;
SP 1 : « Attention pour poser...poser ! » « Sanglez ».



POINTS CLÉS

- L'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime.

L'immobilisation est correcte si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible (immobilisateur de tête) ;
- La victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc » ;
- La victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté (sangle araignée) ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime (sangle araignée).

RISQUES

Correctement installée sur un plan dur, une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée. Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation.

Toutefois, il convient, chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax, d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation.

 Comité Pédagogique et Technique SAP	FICHE TECHNIQUE IMMOBILISATION SUR UN PLAN DUR VICTIME ALLONGÉE SUR LE DOS		Création le 17/07/15	
			Révision le	
	Version 1		SAP_FT 22	

ÉVALUATION

Correctement réalisée, l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

Une victime est correctement installée sur un plan dur si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible ;
- L'axe « tête-cou-tronc » est maintenu ;
- Le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur, équipé d'un immobilisateur de tête ; lors de toute mobilisation, la victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime ;
- L'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

QUAND ?

Le plan dur avec immobilisateur de tête est utilisé pour immobiliser une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Il permet la prise en charge d'une victime qui est allongée sur le dos.

Il peut aussi être utilisé pour relever une victime allongée au sol dans un espace étroit avant de la déplacer.

POURQUOI ?

En immobilisant le corps entier (et la tête) d'une victime, le plan dur permet de respecter son axe « tête-cou-tronc » et limite toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime.

AVEC QUOI ?

Le plan dur

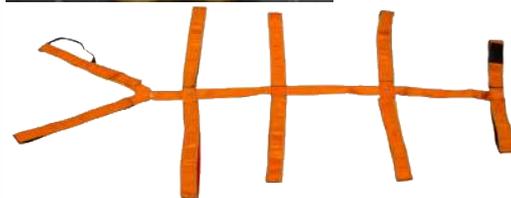
D'un plan rectangulaire, de dimension similaire à une personne, en PVC, radio-transparent, et résistant à l'eau. Ce plan dur est équipé de poignées de portage.

L'attelle cervicale voir FM 16

L'immobilisateur de tête Voir FM 17

Sangle araignée de marque Spencer Voir FM 18

Couverture (bactériostatique ou de survie).



COMMENT ?

Victime allongée sur le ventre

La technique de retournement d'une victime allongée suspectée d'une lésion de la colonne vertébrale sur le ventre est similaire à la technique de retournement, la position des SP secouristes et la position des mains sont identiques.

La manœuvre est guidée par le SP 1 qui est placé à la tête de la victime. Cependant, dans ce cas, la tête est toujours en position latérale et doit être ramenée en position neutre pendant le retournement de la victime. La mise en place de l'attelle cervicale ne pourra se faire que lorsque la victime aura été retournée et allongée sur le plan dur.

- SP 1 maintient la tête de la victime avec deux mains (prise fronto-occipitale) ; La victime sera retournée du côté opposé à son regard ;
- SP 2 glisse les mains de la victime sous ses cuisses (paume contre face avant des cuisses) ;
- SP 2 installe contre la victime, du côté du retournement, un rembourrage de 3 à 4 cm d'épaisseur (couverture pliée) ;
- SP 3 place le plan dur, équipé de deux carrés de mousse, au plus proche de la victime du côté du retournement ;
- SP 2 et 3 se placent à genoux sur le plan dur, du côté du retournement, et saisissent la victime au niveau de l'épaule, de la hanche et des membres inférieurs ;
- SP 2 et 3 sur les ordres du SP 1, assurent, en tirant, une rotation de la victime pour l'amener sur son côté (perpendiculaire au sol). Lors de cette rotation, le SP 1 accompagne le mouvement de la tête qui effectue une rotation moindre que le corps pour la ramener en position neutre ;
- Une fois la victime sur le côté, les SP 2 et 3 dégagent un à un leurs genoux hors du plan dur pour les appuyer sur le sol contre le plan dur ;
- Poursuivent la rotation de la victime dans la même direction que précédemment pour amener la victime en position allongée sur le dos sur le plan dur ;
- Mettre en place une attelle cervicale, immobiliser la tête et le corps sur le plan dur.

L'immobilisation finale est obtenue à l'issue de la pose de l'immobilisateur de tête ainsi que la sangle araignée.



Commandements

SP1 : « Êtes-vous prêts ? » ;
SP2 et 3 : « Prêts » ;
SP1 : « Attention pour tourner... tourner ! » « Halte » ;
« Dégager le plan dur » « En position » « Attention pour poser...poser ! » « Sanglez ».





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE IMMOBILISATION SUR UN PLAN DUR VICTIME ALLONGÉE SUR LE VENTRE

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
23

POINTS CLÉS

- L'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime.

L'immobilisation est correcte si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible (immobilisateur de tête) ;
- La victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc » ;
- La victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté (sangle araignée) ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime (sangle araignée).

RISQUES

Correctement installée sur un plan dur, une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée. Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation.

Toutefois, il convient, chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax, d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation.

ÉVALUATION

Correctement réalisée, l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

Une victime est correctement installée sur un plan dur si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible ;
- L'axe « tête-cou-tronc » est maintenu ;
- Le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur, équipé d'un immobilisateur de tête ; lors de toute mobilisation, la victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime ;
- L'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

QUAND ?

Le plan dur avec immobilisateur de tête est utilisé pour immobiliser une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Il permet la prise en charge d'une victime qui est allongée sur le dos ou debout. Dans ce cas il permet de l'allonger pour en assurer son transport.

POURQUOI ?

En immobilisant le corps entier (et la tête) d'une victime, le plan dur permet de respecter son axe « tête-cou-tronc » et limite toute aggravation d'une éventuelle lésion de la moelle épinière au cours de la mobilisation ou du transport d'une victime.

AVEC QUOI ?

Le plan dur

D'un plan rectangulaire, de dimension similaire à une personne, en PVC, radio-transparent, et résistant à l'eau. Ce plan dur est équipé de poignées de portage.

L'attelle cervicale voir FM 16

L'immobilisateur de tête Voir FM 17

Sangle araignée de marque Spencer Voir FM 18

Couverture (bactériostatique ou de survie).



COMMENT ?

Victime en position debout

Dans un grand nombre de cas, les victimes sont retrouvées debout, après avoir effectué une chute ou après un accident de la circulation.

Si la victime est suspectée d'un traumatisme du rachis, il est absolument nécessaire d'effectuer son immobilisation sur un plan dur, avant de l'allonger.

La technique d'installation d'une victime debout sur un plan dur se fait à 3 SP secouristes.

- SP 1 et 2 mettent en place une attelle cervicale ;
- SP 2 place le plan dur, équipé de deux carrés de mousse, directement dans le dos de la victime et vérifie que rien ne peut gêner la bascule au sol du plan dur ;
- SP 2 saisie le plan dur dans sa partie supérieure ;
- SP 1 et 3 se placent de part et d'autre de la victime. Saisissent la poignée du plan dur le plus haut possible en passant les avant bras sous les aisselles de la victime. Avec l'autre main, ils maintiennent la tête de la victime ;
- Aux ordres du SP 2, allonger la victime, en basculant en arrière le plan dur et la victime dans la direction du SP qui maintient le plan dur. Pendant cette bascule, il faut s'assurer que la tête de la victime reste au contact du plan dur et dans l'axe du tronc. Pour cela, il faut accompagner le mouvement d'allongement de la victime et ne jamais lâcher la tête ;
- Dès que la victime est au sol, poursuivre son examen.

L'immobilisation finale est obtenue à l'issue de la pose de l'immobilisateur de tête ainsi que la sangle araignée.

Dans le cas d'une personne porteur d'un casque de protection, celui-ci sera retiré lorsque la victime sera allongée sur le plan dur.



Commandements

SP1 : « Êtes-vous prêts ? » ;
SP2 et 3 : « Prêts » ;
SP1 : « Attention pour basculer...basculer ! » ;
« poser ! » « Sanglez ! ».



 Comité Pédagogique et Technique SAP	FICHE TECHNIQUE IMMOBILISATION SUR UN PLAN DUR VICTIME DEBOUT		Création le 17/07/15	
			Révision le	
	Version 1	SAP_FT 24		

POINTS CLÉS

- L'immobilisation se fait en maintenant l'axe « tête-cou-tronc » de la victime.

L'immobilisation est correcte si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible (immobilisateur de tête) ;
- La victime est immobilisée dans l'axe « tête-cou-tronc » ;
- La victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté (sangle araignée) ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime (sangle araignée).

RISQUES

Correctement installée sur un plan dur, une victime suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale est immobilisée. Le contrôle de la motricité et de la sensibilité avant et après la manœuvre doit permettre de détecter toute aggravation.

Toutefois, il convient, chez la femme enceinte ou chez une victime qui présente un traumatisme du thorax, d'éviter une aggravation en serrant trop fortement les sangles de fixation.

ÉVALUATION

Correctement réalisée, l'immobilisation d'une victime sur un plan dur ne doit pas entraîner d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.

Une victime est correctement installée sur un plan dur si :

- Aucun mouvement de la tête n'est possible ;
- L'axe « tête-cou-tronc » est maintenu ;
- Le corps de la victime est correctement solidarisé au plan dur, équipé d'un immobilisateur de tête ; lors de toute mobilisation, la victime ne peut glisser ni vers le haut, ni vers le bas ni sur le côté ;
- Les sangles ne gênent pas la respiration de la victime ;
- L'immobilisation n'a pas entraîné d'apparition de signe d'aggravation d'une lésion de la colonne vertébrale.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 3 SP SECOURISTES

Création le 16/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
25

QUAND ?

Les techniques de relevage d'une victime, à 3 SP secouristes « porteurs », sont réalisées :

- Si la victime n'est pas suspecte d'une lésion de la colonne vertébrale ;
- Si la corpulence de la victime permet un relevage à 3.

POURQUOI ?

Ces techniques sont très couramment utilisées car elles permettent à une équipe de 3 SP secouristes d'installer une victime sur un brancard / portoir (équippage d'un véhicule de premiers secours) et évitent l'appel d'un renfort. Toutefois, une quatrième personne (témoin, ou intervenant SP secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard / portoir sous la victime, si nécessaire.

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage (brancard) préalablement préparé.

COMMENT ?

Le pont néerlandais à 3 SP secouristes « porteurs »

Disposer le brancard / portoir le long du corps de la victime ; s'il a des roulettes, les bloquer ;

Se placer « en pont », les jambes écartées au-dessus de la victime, et ramener ses avant-bras sur le tronc :

- SP 1 se place en pont au dessus de la tête de la victime. Il guide et commande la manœuvre ;
- SP 2 se place en pont au dessus des pieds de la victime ;
- SP 1 et 2 mettent chacun un pied à l'intérieur de la poignée de la hampe qui est contre la victime ;
- SP 3 s'appuie sur l'épaule du SP 1, enjambe la victime et pose son pied sur le milieu de la hampe extérieure, sous la couverture ;
- SP 1 glisse une main sous la nuque du blessé et



FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 3 SP SECOURISTES

Création le 16/07/15

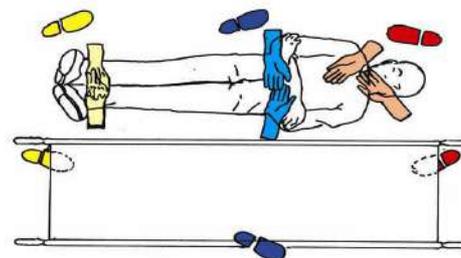
Révision le

Version
1

SAP_FT
25

l'autre entre les omoplates ;

- SP 2 saisit les chevilles ;
- SP 3 engage ses mains sous la taille ou saisit les parties latérales de la ceinture du pantalon, si elle est solide ;
- Au commandement du SP 1, se relever en gardant le dos plat, soulever le blessé et le déplacer latéralement au-dessus du portoir puis poser la victime doucement sur le portoir ;
- Se dégager successivement sans heurter la victime.



Commandements

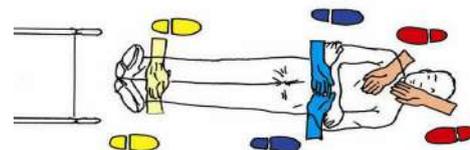
SP 1 : « Êtes-vous prêt ? » ;
SP 2 et 3 : « Prêt » ;
SP 1 : « Attention pour lever...
lever ! » ;
SP 1 : « Poser ».

Le pont simple à 3 SP secouristes « porteurs » et un aide

Disposer le portoir dans L'axe de la victime, si possible au niveau des pieds. Un aide assurera son glissement sous la victime, au commandement du SP 1 ;

Les SP 1, 2 et 3 se placent « en pont », les jambes suffisamment écartées au-dessus de la victime (passage du brancard), et ramènent les avant-bras sur son tronc ;

- SP 1 glisse une main sous l'ensemble « tête-nuque » de la victime, l'autre entre les omoplates ;
- SP 2 situé au pied de la victime saisit les chevilles ;
- SP 3 engage ses mains sous la taille de la victime ou saisit les parties latérales de la ceinture du pantalon, si elle est solide ;
- Au commandement du SP 1, les porteurs se relèvent en gardant le dos plat et soulèvent suffisamment la victime pour permettre le passage du portoir ;
- Au commandement du SP 1 l'aide fait glisser le portoir entre les jambes des SP 2 et 3, sous la victime ;



- Au commandement, pour les porteurs, reposer doucement la victime sur le portoir ;
- Se dégager successivement sans heurter la victime.

Commandements

SP 1 : « Êtes-vous prêt ? »
 SP 2, 3 et l'aide : « Prêt »
 SP 1 : « Attention pour lever... lever ! »
 SP 1 : « Envoyer le brancard...Halte ! »
 SP 1 : « Poser ! ».

Le Transfert d'une victime avec la technique de la cuillère

La cuillère à 3 SP est utilisable pour transférer une victime du lit sur un portoir ou d'un portoir au lit.

- Préparer le portoir et le placer perpendiculairement au niveau du pied du lit, si c'est possible. Si le brancard est équipé de pieds, les déployer pour le mettre à hauteur et bloquer ses roues ;
- Les SP se placent sur le côté du lit ;
- SP 1 se place à la hauteur des épaules ; SP 2 à la hauteur des hanches et SP 3 à la hauteur des genoux ;
- Engager les avant-bras sous la victime comme pour la cuillère ;
- SP 1 soutient d'un bras l'ensemble « tête-nuque » et s'appuie, de sa main, sur l'omoplate opposée. De l'autre main, il soutient le haut du thorax ;
- SP 2 place un avant-bras sous la taille, l'autre sous le haut des cuisses ;
- SP 3 place un avant-bras sous le haut des jambes, l'autre sous les chevilles ;
- Au commandement de SP 1, soulever la victime et la plaquer contre soi tout en se penchant légèrement en arrière pour équilibrer la charge ; se lever puis se reculer en faisant quelques pas, si nécessaire, s'approcher du portoir et s'arrêter le long de celui-ci.
- Au commandement de SP 1, rabattre délicatement



 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 3 SP SECOURISTES	Création le 16/07/15	
		Révision le	
		Version 1	SAP_FT 25

<p>la victime et la poser d'un bloc sur le portoir ;</p> <p>Le transfert du lit au portoir ou du portoir au lit peut être facilité par l'utilisation d'un portoir souple.</p>	<p style="text-align: center;"><u>Commandements</u></p> <p>SP 1 : « Êtes-vous prêt ? » ; SP 2 et 3 : « Prêt » ; SP 1 : « Attention pour lever... lever ! » ; SP 1 : « Plaquez...debout... reculez...avancez... arrêtez ! » ; SP 1 : « Poser ! ».</p>
---	--

POINTS CLÉS

- Les SP secouristes doivent agir de manière synchronisée.
- La relève doit être douce et sans à-coup.
- La victime se trouve en position correcte sur le portoir.

RISQUES

Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite au SP secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

ÉVALUATION

Le transfert de la victime sur le portoir doit être doux, sans à-coup et le moins traumatisant possible.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 4 SP SECOURISTES

Création le 16/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
26

QUAND ?

Les techniques de relevage d'une victime à 4 équipiers « porteurs » sont réalisées si la victime est suspectée d'un traumatisme de la colonne vertébrale ou si sa corpulence le nécessite.

POURQUOI ?

Cette technique permet :

- De maintenir efficacement l'axe « tête-cou-tronc » ;
- De pouvoir relever une victime lourde.

Une cinquième personne (témoin ou intervenant SP secouriste) peut être utilisée pour faire glisser le brancard /portoir sous la victime lorsque cela est nécessaire.

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage préalablement préparé (plan dur, MID).

COMMENT ?

Le pont néerlandais à 4 SP secouristes « porteurs »

Disposer le brancard / portoir le long du corps de la victime, s'il a des roulettes, les bloquer ;

Se placer « en pont », les jambes écartées au-dessus de la victime, et ramener ses avant-bras sur le tronc :

- SP 1 (le chef de brancard) est placé à la tête de la victime qu'il maintient par une prise latéro-latérale, le genou côté brancard à terre, à l'intérieur des deux hampes du brancard et contre la poignée pour la caler ;
- SP 2 prend position au niveau des pieds, et place le pied côté brancard à l'intérieur des poignées de manière à les bloquer ;
- SP 3 se place debout, au niveau du bassin de la victime, et fait face au SP 4 placé au niveau des épaules ;
- SP 3 qui s'appuie sur l'épaule du SP 4, un pied contre la victime, enjambe cette dernière et le



FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 4 SP SECOURISTES

Création le 16/07/15

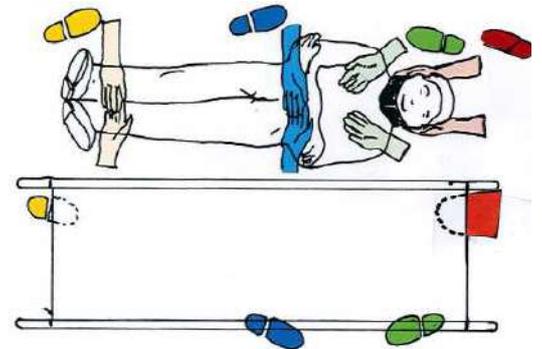
Révision le

Version
1

SAP_FT
26

brancard pour poser l'autre pied sur la hampe opposée et dégagée de la couverture ;

- SP 4 : s'appuyant sur l'épaule du SP 3, enjambe à son tour la victime et le brancard pour placer son pied sur la hampe dégagée de la couverture ;
- SP 2 : se situer aux pieds de la victime et saisir les chevilles ;
- SP 3 : engager ses mains sous la taille ou saisir les parties latérales de la ceinture, si elle est solide ;
- SP 4 engage ses mains sous les épaules de la victime ;
- Au commandement de SP 1, ils se relèvent en gardant le dos plat, soulèvent le blessé et le déplacent latéralement au-dessus du brancard dans l'axe ; puis posent la victime doucement sur le brancard ;
- Au commandement de SP 1, les SP peuvent se dégager dans l'ordre 3, 4 et 2. SP 1 peut alors se dégager si la victime n'est pas suspecte d'un traumatisme du rachis ou tant que la victime n'est pas mobilisée.



Commandements

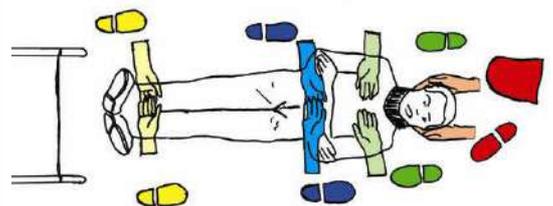
SP 1 : « Êtes-vous prêt ? » ;
SP 2, 3 et 4 : « Prêt ! » ;
SP 1 : « Attention pour lever...
lever ! » ;
SP 1 : « Poser ».

Le pont amélioré à 4 équipiers « porteurs » et un aide

Disposer le brancard / portoir dans l'axe de la victime, si possible au niveau des pieds. Un aide assurera son glissement sous la victime, au commandement du SP 1 ;

Les SP2, 3 et 4 se placent « en pont », les jambes suffisamment écartées au-dessus de la victime (passage du brancard), et ramènent les avant-bras sur son tronc ;

- SP 1 en trépied, saisit la tête de la victime par une prise latéro-latérale ;
- SP 2 situé au pied de la victime saisit les chevilles ;
- SP 3 engage ses mains sous la taille de la victime ou saisit les parties latérales de la ceinture du pantalon, si elle est solide ;
- SP 4 passe ses mains sous les épaules de la victime ;
- Au commandement du SP 1, les porteurs se relèvent en gardant le dos plat et soulèvent suffisamment la victime pour permettre le passage





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RELEVAGE A 4 SP SECOURISTES

Création le 16/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
26

du brancard / portoir ;

- Au commandement du SP 1 l'aide fait glisser le brancard / portoir entre les jambes des SP 2, 3 et 4 sous la victime ;
- Au commandement de SP 1 reposer doucement la victime sur le brancard / portoir ;
- Au commandement de SP 1, les SP peuvent se dégager dans l'ordre 3, 4 et 2. SP 1 peut alors se dégager si la victime n'est pas suspecte d'un traumatisme du rachis ou tant que la victime n'est pas mobilisée.

Commandements

SP 1 : « Êtes-vous prêt ? » ;
SP 2, 3,4 et l'aide : « Prêt ! » ;
SP 1 : « Attention pour lever...
lever ! » ;
SP 1 : « Envoyer le
brancard...Halte ! » ;
SP 1 : « Poser ! ».

S'il n'est pas possible de disposer le brancard / portoir dans l'axe, aux pieds de la victime, SP 1, qui soutient la tête, se place à la tête de la victime « en pont » comme les autres équipiers SP secouristes pour laisser passer le brancard / portoir par la tête.



POINTS CLÉS

- Les SP secouristes doivent agir de manière synchronisée.
- La relève doit être douce et sans à-coup.
- La victime se trouve en position correcte sur le brancard / portoir.

RISQUES

Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite au SP secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

ÉVALUATION

Le transfert de la victime sur le brancard / portoir doit être doux, sans à-coup et le moins traumatisant possible.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RELEVAGES EN POSITION PARTICULIÈRE

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
27

QUAND ?

Chaque fois qu'une victime est ou a été mise en position particulière : PLS, assise, demi-assise, jambes pliées.

POURQUOI ?

Cette technique permet de maintenir la victime dans la position d'attente choisie, si cela est nécessaire.

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage (brancard) préalablement préparé, adaptée à recevoir une victime et la garder dans la position choisie.

COMMENT ?

Les règles de relevage précédemment décrites demeurent identiques, seule diffère la position des mains des SP secouriste secouristes.

Victime en position latérale de sécurité

Cette technique est réalisée à 4 SP secouristes « porteurs ».

- SP 1 maintient la tête de la victime en position latéro-latérale ;
- SP 2 au niveau des pieds, dès que les SP 3 et 4 maintiennent la victime, ramène le membre inférieur fléchi sur l'autre et saisit les chevilles ensemble ;
- La position finale obtenue sera, si possible, maintenue à l'aide d'un matelas immobilisateur à dépression.



FICHE TECHNIQUE RELEVAGES EN POSITION PARTICULIÈRE

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
27

Victime à plat dos, cuisses fléchies

- Deux ou trois SP secouristes soulèvent la moitié supérieure du corps, selon une méthode en pont ;
- Les membres inférieurs sont saisis au niveau des genoux par l'équipier placé au pied de la victime.



Victime en position demi-assise

La partie supérieure du corps est soutenue par SP 1 l'équipier de tête qui glisse ses mains et ses avant bras sous les aisselles de la victime.

La position des autres SP secouristes ne diffère pas des règles générales du relevage.

Les matériels de calage sont transférés du sol sur le brancard, après la dépose du blessé sur le brancard, si ce dernier n'est pas équipé de dispositif permettant le maintien de la position particulière.



Victime en position assise, transfert sur une chaise de transport

L'installation d'une victime sur une chaise de transport rend plus facile son brancardage, notamment si l'équipe doit emprunter des escaliers ou un ascenseur.

Pour être possible, il est indispensable que la victime puisse tenir la position assise et que cette position ne soit pas contre-indiquée.

Cette technique est réalisée à 3 SP secouristes « porteurs » :

- Préparer la chaise de transport et la placer sur le côté de la victime ;





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE RELEVAGES EN POSITION PARTICULIÈRE

Création le 17/07/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
27

- SP 1 maintient la chaise de transport du côté opposé à la victime et se prépare à réceptionner la victime ;
- SP 3 croise les bras de la victime sur sa poitrine ;
- SP 2 se place derrière la victime. En glissant les avant-bras sous ses aisselles, saisit ses poignets opposés ;
- SP 3 se place face à la victime, légèrement accroupi, un pied décalé vers la chaise de transport et saisit les genoux de la victime en glissant ses avant-bras dessous ;
- Au commandement de SP 1, les SP 2 et 3 se relèvent en gardant le dos plat, soulèvent la victime et la déplacent latéralement au-dessus de la chaise de transport ;
- Posent la victime doucement sur la chaise ; SP 1 aide à la réception de la victime ;
- Envelopper la victime avec le drap et la couverture et la sangler avant de la transporter.



POINTS CLÉS

- La position d'attente choisie doit être maintenue pendant le relevage de la victime.

RISQUES

Tout risque de chute de la victime lors de son relevage est évité si la technique est correctement choisie et exécutée.

Le respect des règles de manutention précédemment décrites évite au SP secouriste de se blesser pendant la manœuvre.

ÉVALUATION

La position d'attente choisie doit être maintenue au cours de la relève pour éviter une aggravation de l'état de la victime.

 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE SUR TERRAIN PLAT	Création le 03/08/15	
		Révision le 11/12/17	
		Version 1.1	SAP_FT 28

QUAND ?

Technique traditionnellement utilisée, en terrain plat, lorsque la victime doit être transportée du lieu de sa prise en charge vers un véhicule de secours à victime.

POURQUOI ?

La victime ne peut ou ne doit pas se déplacer par ses propres moyens.

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage (brancard), adapté à recevoir une victime et la garder dans la position choisie ainsi que d'une sangle araignée.

COMMENT ?

- Les SP secouristes travaillent en équipe, sous la conduite d'un chef ;
- La victime doit obligatoirement être sanglée ou arrimée sur le brancard avant tout déplacement ;
- Le chef place les SP secouristes en fonction de leur taille et de leur force ;
- Les commandements d'exécution sont, le plus souvent, précédés de commandements préparatoires et doivent être entendus de tous les SP secouristes ;
- Aux ordres « Lever et Poser » les SP secouristes saisissent la poignée du brancard à deux mains, travaillent cuisses écartées et dos plat ;
- Les mouvements doivent être doux et synchronisés ;
- Le déplacement se fait en marchant. Celle-ci doit être souple, sans secousse ni balancement ; de ce fait les SP secouristes ne doivent pas marcher au pas ;
- Le brancard doit rester le plus possible horizontal ;
- Le blessé est brancardé, en général, tête en avant ;
- Le chef surveille en permanence la victime et la position du brancard.

Brancardage à 3 SP secouristes en utilisant un brancard sans chariot en terrain plat

Le chef (SP 1) est placé aux pieds ce qui permet la surveillance de la victime et des SP secouristes.

Deux SP secouristes 2 et 3 se placent à la tête, de part et d'autre du brancard.

Commandements

SP 1 : « Pour le brancardage,... en position ! » ;

SP 1 : « Êtes-vous prêts ? » ;

SP 2 et 3 : « Prêts » ;

SP 1 : « Attention pour lever... lever ! » ;

SP 1 : « Attention pour avancer...avancez ! » ;

SP 1 : « Attention pour arrêter...arrêter ! » ;

SP 1 : « Attention pour poser...poser ! ».



Brancardage à 4 SP secouristes en utilisant un brancard sans chariot en terrain plat

Le chef (SP 1) est placé aux pieds à droite ce qui permet la surveillance de la victime et des SP secouristes et le SP 2 se place à gauche.

Les SP secouristes 2 et 3 se placent à la tête, de part et d'autre du brancard.

Les commandements sont identiques au paragraphe ci-dessus.



 <p>Comité Pédagogique et Technique SAP</p>	FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE SUR TERRAIN PLAT	Création le 03/08/15	
		Révision le 11/12/17	
		Version 1.1	SAP_FT 28

En utilisant un chariot brancard

Le brancardage d'une victime à 3 SP secouristes est plus facile en terrain plat avec un chariot brancard après avoir soulevé le chariot et déployé ses pieds.

Un SP secouriste se place à l'arrière entre les hampes du chariot et le pousse tout en le dirigeant. Cette action est facilitée par la présence de roues pivotantes, au minimum à l'arrière du chariot. Les deux autres SP secouristes saisissent le chariot par les hampes avant pour faciliter sa progression et le maintenir.

POINTS CLÉS

- Le chef de brancard surveille la victime et les autres SP secouristes.
- Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.
- Le brancard doit être maintenu en position horizontale.
- Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

RISQUES

Afin de limiter les lésions dorsales, les SP secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

ÉVALUATION

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en position horizontale et le déplacement est sans secousse ni balancement.

QUAND ?

L'obstacle ne peut être contourné et le brancard peut être appuyé sur l'obstacle (mur solide).

POURQUOI ?

Les SP secouristes et le brancard doivent franchir un obstacle vertical comme un mur, un appui de fenêtre, un fossé étroit...

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage (brancard), adapté à recevoir une victime afin de la garder dans la position choisie.

COMMENT ?

- Le brancard est amené perpendiculairement à l'obstacle, tout contre celui-ci ;
- Au commandement « **Face au brancard !** », SP 2 et 3 font face au brancard en pivotant d'un quart de tour ;
- L'avant du brancard est posé sur l'obstacle, l'arrière étant maintenu par le chef SP 1 ;
- SP 2 et 3 franchissent, l'un après l'autre l'obstacle puis, saisissent les poignées avant du brancard ;
- Au commandement « **Envoyez !** » ils le font progresser jusqu'à ce que SP 1 soit en contact avec l'obstacle ;
- L'arrière du brancard est posé sur l'obstacle, l'avant étant maintenu par les SP 2 et 3 ;
- SP 1 franchit à son tour l'obstacle, et vient saisir les poignées avant ;
- Les SP 2 et 3, sans lâcher le brancard, couissent le long des hampes jusqu'au contact de l'obstacle ;



Commandements

SP 2 ou 3 : « Obstacle ! ...Halte ! » ;
 SP 1 : « Face au brancard ! » ;
 SP 1 : « Envoyer ! » ;
 SP 1 : « Envoyer ! » ;
 SP 1 : « Attention pour poser...poser ! ».



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE AVEC FRANCHISSEMENT D'OBSTACLE A 3 SP SECOURISTES

Création le 03/08/15

Révision le 11/12/17

Version
1.1

SAP_FT
29

- Au commandement « **Envoyer !** », l'équipe dégage le brancard de l'obstacle ;
- Au commandement « **Attention pour poser... poser !** », le brancard est posé au sol ;
- Chacun reprend sa place.



Brancardage à 3 SP secouristes dans une pente ou un escalier

Dans une pente ou un escalier, le chef de brancard, après s'être assuré de l'arrimage de la victime au brancard, demande aux SP secouristes secouristes qui sont vers le bas de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu'à la ceinture, la poitrine ou l'épaule de façon à maintenir le brancard en position horizontale.

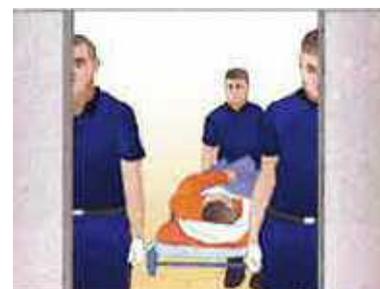
A trois SP secouristes, il est nécessaire :

- Pour monter de mettre un SP secouriste à l'avant et deux SP à l'arrière du brancard ;
- Pour descendre de mettre deux SP secouristes à l'avant et un SP secouriste à l'arrière du brancard.



Brancardage à 3 SP secouristes à travers un passage étroit

- A proximité du passage étroit, SP1 fait arrêter la progression du brancard et demande aux SP2 et 3 de passer les uns après les autres à l'intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher ;
- A l'issue de cette manœuvre, les SP2 et 3 se retrouvent dos à dos à l'intérieur des hampes du brancard ;





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE AVEC FRANCHISSEMENT D'OBSTACLE A 3 SP SECOURISTES

Création le 03/08/15

Révision le 11/12/17

Version
1.1

SAP_FT
29

- Au commandement « **Avancer !** », les SP secouristes progressent en « pas chassés » au travers du passage ;
- Une fois le passage étroit franchi, le brancard est à nouveau arrêté pour permettre à chaque SP secouriste de reprendre sa position initiale.



POINTS CLÉS

- Le chef de brancard surveille la victime et les autres SP secouristes.
- Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.
- Le brancard doit être maintenu en position horizontale.
- Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

RISQUES

Afin de limiter les lésions dorsales, les SP secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

ÉVALUATION

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en position horizontale et le déplacement est sans secousse ni balancement.

QUAND ?

Les SP secouristes et le brancard doivent franchir un obstacle sans poser le brancard à terre (sol boueux ou inégal) ni appuyer le brancard sur l'obstacle (haie, mur branlant, fossé étroit...).

POURQUOI ?

Cette technique permet de franchir un obstacle vertical (mur, appui de fenêtre, haie, fossé étroit...) à 4 SP secouristes sans prendre appui sur l'obstacle.

Cependant, pendant les phases où le brancard est immobile, on peut poser celui-ci sur un mur solide, un appui de fenêtre, un sol sec ou cimenté, pour économiser l'effort des SP secouristes.

Dans des situations plus complexes, il faudra faire appel à des moyens spécialisés.

AVEC QUOI ?

Un matériel de portage (brancard), adapté à recevoir une victime afin de la garder dans la position choisie.

COMMENT ?

- Le brancard est amené perpendiculairement à l'obstacle, tout contre celui-ci ;
- Au commandement « **Face au brancard !** », SP 3 et 4 font face au brancard en pivotant d'un quart de tour ;
- SP 2 (arrière gauche) passe entre les poignées et les soutient ;
- SP 1 reconnaît et franchit l'obstacle et se place de l'autre côté, face à l'avant du brancard. SP 3 et 4 restent sur place, tout contre l'obstacle ;
- Au commandement « **Envoyer !** », SP 3 et 4 font coulisser le brancard, soutenu par SP 2 jusqu'à ce que le chef puisse saisir les poignées avant ;
- SP 3 et 4 continuent à faire coulisser le brancard jusqu'au commandement « **Halte !** » donné lorsque la moitié du brancard a passé l'obstacle ;



- Le brancard étant soutenu à l'avant et à l'arrière, les SP 3 et 4 passent rapidement l'obstacle et se replacent contre lui de l'autre côté ;
- Au commandement « **Envoyer !** », SP 3 et 4 font coulisser le brancard jusqu'à ce que SP 2 soit au contact de l'obstacle ;
- Le brancard achève de franchir l'obstacle, soutenu par le chef à l'avant, et par SP 3 et 4 sur le côté. Il est arrêté à distance de l'obstacle ce qui permet à SP 2 de franchir l'obstacle à son tour et de venir se replacer entre les poignées arrière ;
- SP 3 et 4 reprennent leur place à l'avant ;
- SP 1 reprend alors sa place à l'arrière.

Commandements

SP 3 ou 4 : «Obstacle ! ...Halte !»
 SP 1 : « Face au brancard !»
 SP 1 : « Envoyer !»
 SP 1 : « Envoyer !»
 SP 1 : « Attention pour
 poser...poser ! »



Brancardage à 4 SP secouristes dans une pente ou un escalier

Dans une pente ou un escalier, le chef de brancard, après s'être assuré de l'arrimage de la victime au brancard, demande aux SP secouristes qui sont vers le bas de tenir les poignées à deux mains et de les relever jusqu'à la ceinture, la poitrine ou l'épaule de façon à maintenir le brancard en position horizontale.



Brancardage à 4 SP secouristes à travers un passage étroit

- A proximité du passage étroit, SP1 fait arrêter la progression du brancard et demande aux SP3, 4, 2 et 1 de passer les uns après les autres à l'intérieur de la hampe du brancard sans la lâcher ;
- A l'issue de cette manœuvre, tous les SP se retrouvent dos à dos à l'intérieur des hampes du brancard ;
- Au commandement « **Avancer !** », les SP secouristes progressent en « pas chassés » au travers du passage ;
- Une fois le passage étroit franchi, le brancard est à nouveau arrêté pour permettre à chaque SP secouriste de reprendre sa position initiale.

POINTS CLÉS

- Le chef de brancard surveille la victime et les autres SP secouristes.
- Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.
- Le brancard doit être maintenu en position horizontale.
- Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

RISQUES

Afin de limiter les lésions dorsales, les SP secouristes doivent garder le dos plat et travailler avec les cuisses.

Le respect des ordres de brancardage permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

ÉVALUATION

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en position horizontale et le déplacement est sans secousse ni balancement.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE D'UNE VICTIME A L'AIDE D'UNE CHAISE DE TRANSPORT

Création le 03/08/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
31

QUAND ?

La chaise de transport peut être utilisée si la victime ne présente pas de détresse ou d'atteinte grave et si elle peut supporter la position assise.

POURQUOI ?

L'utilisation de la chaise de transport, pour déplacer une victime, permet de répondre à une difficulté réelle de brancardage en étages, dans les immeubles aux escaliers étroits, sans ascenseur ou avec des ascenseurs exigus.

AVEC QUOI ?

Une chaise de transport préalablement préparée.



COMMENT ?

- Envelopper la victime dans le drap et/ou la couverture et fixer les sangles de maintien ;
- Demander à la victime de garder ses mains croisées sur sa poitrine et de ne pas essayer de s'agripper ;
- Saisir la chaise de transport par ses poignées ; un SP secouriste se place derrière la victime et l'autre face à lui au niveau des pieds ;
- Basculer la chaise légèrement en arrière après avoir prévenu la victime ;
- Faire rouler la chaise au sol si elle est équipée de roulettes arrière ;
- Dès que possible, la chaise est placée au côté du brancard pour y transférer la victime.



 Comité Pédagogique et Technique SAP	FICHE TECHNIQUE BRANCARDAGE D'UNE VICTIME A L'AIDE D'UNE CHAISE DE TRANSPORT	Création le 03/08/15	
		Révision le	
		Version 1	SAP_FT 31

Lorsque c'est nécessaire, le troisième SP secouriste précède les déplacements de la chaise pour ouvrir les portes, enlever les objets qui pourraient gêner le passage ou sécuriser le SP secouriste des pieds en le tenant par la ceinture lors de la descente d'escaliers ;

POINTS CLÉS

- L'état de la victime supporte la position assise sans risque ;
- La victime est correctement maintenue sur la chaise ;
- Les ordres sont audibles, clairs et justes ;
- Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

RISQUES

L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute de la victime.

Afin de limiter les lésions dorsales, les SP secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches.

Le respect des ordres permet une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute de la victime.

ÉVALUATION

La victime reste convenablement assise et son état ne s'aggrave pas.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE AIDE AUX DÉPLACEMENTS

Création le 03/08/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
32

QUAND ?

Les techniques de déplacement de victimes sont utilisées pour déplacer une victime valide ou non valide sur quelques mètres par deux SP secouristes dans des circonstances exceptionnelles (SMV, matériels de portage non disponibles,...).

POURQUOI ?

Ces techniques permettent notamment, de déplacer, en terrain plat une victime vers une zone calme (bord du terrain), un abri pour la protéger de la pluie ou de toute autre intempérie ou un endroit où elle pourra être installée au calme.

AVEC QUOI ?

Sans matériel.

COMMENT ?

Déplacement de victime non valide, saisie par les extrémités

Cette technique permet le déplacement de la victime à deux SP secouristes sans équipement.

Elle est pratique pour déplacer une victime qui se trouve dans un espace étroit : couloir, pièce exigüe...

Son principe est de saisir la victime par les extrémités. Elle ne doit donc pas présenter de traumatisme de membre.

Déplacement de victime non valide, technique de la chaise à mains

Cette technique permet le déplacement de la victime à deux SP secouristes sans équipement.





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE AIDE AUX DÉPLACEMENTS

Création le 03/08/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
32

Aide à la marche

- Technique à un SP secouriste

Cette technique est utilisée si la victime est capable de porter son propre poids et de se tenir debout sur ses deux jambes.

- Technique à 2 SP secouristes

Cette technique est utilisée si la victime a des difficultés pour se tenir debout seule.



POINTS CLÉS

- Ne pas être susceptible d'aggraver une lésion.
- Utiliser des prises solides.
- Permettre un déplacement sur quelques mètres.

RISQUES

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

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

ÉVALUATION

Le déplacement de la victime n'entraîne pas de désagrément pour celle-ci.

QUAND ?

La victime, arrimée sur un brancard doit être transportée vers un centre hospitalier.

POURQUOI ?

L'utilisation d'un véhicule de secours permet l'isolement de la victime et rend plus confortable sa prise en charge et son transport, si nécessaire.

AVEC QUOI ?

Un vecteur de transport équipé d'un brancard avec ou sans chariot.

COMMENT ?

En utilisant un chariot brancard

A 3 SP secouristes, les 2 brancardiers qui maintiennent le chariot à la tête de la victime (SP « avant ») guident les roulettes de guidage dans les rails de l'ambulance.

Dès que le brancard repose en avant, l'équipier secouriste placé au pied libère les pieds avant du brancard en appuyant sur la poignée de commande.

Les SP secouristes avant aident les pieds avant du chariot à se replier et guident le chariot alors que l'équipier secouriste disposé aux pieds (équipier « arrière ») le pousse à l'intérieur de l'ambulance.

Lorsque le chariot est rentré des deux tiers dans l'ambulance, les SP secouristes « avant » soutiennent le chariot, alors que l'équipier secouriste « arrière » libère les pieds arrière du chariot et les replie pour terminer la manœuvre.

Une fois rentrée dans l'ambulance, les SP secouristes vérifient que le système de fixation du chariot est verrouillé et immobilisé.

En aucun cas, la manœuvre ne doit être réalisée à un seul SP secouriste.



FICHE TECHNIQUE INSTALLER UNE VICTIME DANS UN VECTEUR DE TRANSPORT

Création le 03/08/15

Révision le

Version
1

SAP_FT
33

En utilisant un brancard sans chariot

Le brancard est chargé dans le véhicule sur un porte brancard fixe ou mobile puis verrouillé.

Le déchargement d'une victime d'une ambulance se fait exactement de manière inverse au chargement.



POINTS CLÉS

- Le chef de brancard surveille la victime et les autres SP secouristes.
- Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes.
- Le brancard doit être maintenu en position horizontale.
- Le déplacement de la victime est souple, sans secousse ni balancement.

RISQUES

L'arrimage de la victime doit toujours être vérifié avant la manœuvre pour éviter toute chute.

Afin de limiter les lésions dorsales, les SP secouristes doivent garder le dos droit et travailler en fléchissant les genoux et les hanches.

Le respect des ordres de brancardage permettent une parfaite synchronisation des gestes et évite ainsi toute chute du brancard et de la victime.

ÉVALUATION

Les ordres de brancardage sont audibles, clairs et justes. Le brancard est maintenu en position horizontale puis verrouillé sur son support.

QUAND ?

A l'arrivée de l'OPS, dès lors que l'on atteint ou dépasse 10 victimes.

POURQUOI ?

- Comptabiliser le nombre de victimes.
- Catégoriser les victimes en fonction de l'état, afin de prioriser leur prise en charge médicale.

AVEC QUOI ?

- Bracelet de comptage « SINUS » : dispose d'un code-barre unique issu de l'application nationale SINUS (Système d'Information Numérique Standardisé). Ils sont collés autour d'un poignet.



- Bracelets de catégorisation, répartis en 4 couleurs (noir, rouge, jaune et vert). Ils sont « clipsés » autour d'un poignet.



COMMENT ?

1. Le comptage :

- L'OPS fait poser le plus rapidement possible un bracelet SINUS sur chaque victime, en commençant par les victimes les plus proches. Il donne consigne au(x) binôme(s) à qui il confie cette mission, de lui ramener les anneaux et bracelets restants.
- L'agent qui détient l'anneau de 10 bracelets, donne à son binôme un bracelet afin que celui-ci l'appose sur la victime.

Les bracelets doivent être visibles et placés autour d'un poignet (si impossibilité autour d'une cheville).

Pour poser un bracelet, détacher-le en laissant le talon sur l'anneau.

Une fois la pose terminée, ramener à l'OPS les anneaux et bracelets restants.



2. La catégorisation :

Poser les bracelets de catégorisation sur toutes les victimes. La couleur déterminera l'ordre de prise en charge en fonction du bilan effectué du type « secourisme de l'avant » :

- Bracelet NOIR : la victime est décédée avec certitude (tête séparée du tronc, la victime est déchiquetée ou démembrée) ;
- Bracelet ROUGE : la victime présente une détresse vitale ;
- Bracelet JAUNE : la victime ne présente pas de détresse **vitale** mais ne peut pas se déplacer ;
- Bracelet VERT : la victime ne présente pas de détresse et peut se déplacer avec ou sans aide à la marche. Ces victimes seront rassemblées au PRV dès que possible.



Logigramme :





Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE COMPTAGE ET REPÉRAGE DES VICTIMES

Création le 10/12/15

Révision le 23/08/17

Version
1.2

SAP_FT
34

POINTS CLÉS

- La pose des bracelets de comptage doit se faire le plus rapidement possible sur chaque victime. Aucun geste de secours ne doit être effectué ;
- La pose des bracelets de catégorisation doit se faire le plus rapidement possible sur chaque victime. Seul la PLS ou l'arrêt d'hémorragie peuvent être entrepris ;
- Ne pas dissocier le lot de bracelet de comptage SINUS et ramener à l'OPS les anneaux avec les talons et les bracelets restants une fois la pose terminée.

RISQUES

Aucun.

ÉVALUATION

Ces actions doivent permettre une comptabilisation et une repérage précoce de l'ensemble des victimes afin de prioriser et quantifier les moyens nécessaires à leur prise en charge.

Cf : NP/GOP/2016-626 « Memento SINUS » ;

Cf : PIROS

QUAND ?

La ventilation artificielle d'une victime est nécessaire, après avoir libéré les voies aériennes :

- Si elle ne respire plus (absence de signes de respiration lors des 10 secondes que dure la recherche) ;
- Si elle présente des mouvements respiratoires inefficaces, lents, bruyants et anarchiques (gasps) ;
- Si la fréquence respiratoire est inférieure ou égale à 6 mouvements par minute ;
- Dans les autres cas, sur ordre d'un professionnel de santé.

POURQUOI ?

La ventilation par une méthode orale est pratiquée par le SP secouriste pour pallier un arrêt de la respiration, uniquement en l'absence de matériel de ventilation artificielle. Les méthodes orales de ventilation artificielle permettent d'insuffler directement à la victime l'air rejeté par le SP secouriste. Cet air contient suffisamment d'oxygène pour rendre ces techniques efficaces.

AVEC QUOI ?

Sans matériel pour la méthode orale. Possibilité d'interposer un écran facial ou un masque de poche entre la bouche de la victime et celle du SP secouriste.

COMMENT ?

V.A par une méthode orale chez l'adulte et l'enfant : le bouche-à-bouche

- La victime est installée en position horizontale sur le dos ;
- Basculer la tête en arrière comme pour la technique de la libération des voies aériennes ;
- Pincer la partie souple du nez entre le pouce et l'index de la main placée sur le front ;
- Ouvrir la bouche de la victime en maintenant le menton vers le haut puis appliquer les lèvres autour de la bouche de la victime ;
- Souffler progressivement dans la bouche de la victime pendant 1 seconde jusqu'à obtenir un début de soulèvement de la poitrine ;
- Maintenir la tête de la victime en arrière et le menton vers le haut, se redresser légèrement, tout en regardant la poitrine de la victime s'affaisser : l'expiration de la victime



est passive ;

- Prendre une inspiration et renouveler la séquence ;
- Les 2 insufflations doivent être réalisées en cinq secondes maximum.

Si le ventre ou la poitrine ne se soulève pas lors des insufflations, assurez-vous que la tête de la victime est bien basculée en arrière, qu'il n'y a pas de fuite d'air lors des insufflations ou qu'il n'y a pas la présence d'un corps étranger dans la bouche. Dans ce cas, le retirer avec les doigts s'il est accessible.

V.A par une méthode orale chez le nourrisson ou le nouveau-né : le bouche-à-bouche et nez

Cette technique est sensiblement la même que pour l'adulte et l'enfant. Toutefois :

- Placer la tête du nourrisson ou du nouveau-né en position neutre ;
- Le SP secouriste englobe, avec sa bouche, à la fois la bouche et le nez de la victime ;
- Le volume des insufflations est **beaucoup** plus faible que chez l'adulte, juste pour voir la poitrine commencer à se soulever.



POINTS CLÉS

Pour réaliser une ventilation artificielle par une méthode orale :

- Les voies aériennes doivent être libres (basculer la tête en arrière et / ou élévation du menton chez l'adulte et tête en position neutre chez le nourrisson et le nouveau-né) ;
- Une étanchéité correcte doit être obtenue entre la bouche de la victime et celle du SP secouriste ;
- Chaque insufflation doit permettre d'obtenir un soulèvement de la poitrine ;
- L'insufflation doit durer 1 seconde ;
- Les 2 insufflations doivent être réalisées en 5 secondes maximum.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE VENTILATION ARTIFICIELLE MÉTHODE ORALE

Création le 20/04/16

Révision le

Version
1

SAP_FT
35

RISQUES

Il faut donc pratiquer la ventilation artificielle posément, régulièrement, en ménageant ses forces.

L'insufflation ne doit pas être trop brève ni trop brutale au risque d'ouvrir l'œsophage et d'insuffler de l'air dans l'estomac de la victime. Cette insufflation d'air dans l'estomac entraînerait un reflux du contenu gastrique dans le pharynx puis dans les poumons.

Si au cours de la ventilation artificielle une victime présente un vomissement, il faut immédiatement interrompre la ventilation, tourner la victime sur le côté, dégager aux doigts les débris alimentaires solides et volumineux, puis la remettre sur le dos avant de reprendre la ventilation artificielle.

ÉVALUATION

La ventilation artificielle est efficace lorsque le SP secouriste obtient un début de soulèvement de la poitrine de la victime à chaque insufflation.

QUAND ?

Le clampage du cordon ombilical doit être réalisé systématiquement après la 1^o min de vie faisant suite à la naissance.

La section du cordon ombilical sera réalisée si nécessité de réanimation chez le nouveau né (absence de respiration, absence de cris vigoureux, hypotonique (tout mou)) et / ou chez la mère.

POURQUOI ?

Le clampage du cordon ombilical facilite le déclenchement des mécanismes d'adaptation (circulation et respiration) à la vie-extra-utérine du nouveau-né.

La section du cordon facilite la prise en charge du nouveau-né et de sa mère :

- réanimation et prévention de l'hypothermie du nouveau né
- soins à la mère (hémorragie) et prévention de l'hypothermie.

AVEC QUOI ?

Le clampage et la section du cordon ombilical nécessite :

- Kit risque infectieux de base ;
- Compresses stériles ;
- Deux clamps de Barr ;
- Une paire de ciseau stérile ;
- Un rouleau de sparadrap.

COMMENT ?

Clampage du cordon ombilical (nouveau-né et la mère se portent bien) :

- S'équiper du kit risque infectieux de base (si ce n'est déjà fait) ;
- Poser le premier clamp à environ 10 à 15 cm (photo 1) de l'ombilic du nouveau-né puis le verrouiller (photo 3) ;
- Poser le nouveau-né sur le ventre de la maman peau à peau au chaud, tête sur le côté en attendant l'équipe médicale qui posera le second clamp et sectionnera le cordon ombilical.
- Pendant cette attente, l'équipe veillera à lutter contre l'hypothermie du nouveau né en le séchant et en lui posant un bonnet.



Photo1 : Pose du premier clamp de Barr

- Recouvrir la mère et le nourrisson avec la couverture.
- Faire une surveillance active.

Section du cordon ombilical (cas du nouveau-né ou de la mère qui doivent-être pris en charge en cas de détresse vitale) :

- Pincer le cordon pour le vider de son sang, en partant du premier clamp sur environ 3 à 5 cm. Cela évitera les projections de sang au moment de la section du cordon. (photo 2)
- Placer le second clamp sur le cordon toujours pincé et le verrouiller. (photo 3)
- Couper le cordon entre les clamps à l'aide du ciseau stérile. (photo 4)
- Protéger les extrémités du cordon coupé à l'aide de compresse stériles et de sparadrap.



Photo 2 : Pincement du cordon



Photo 3 : Pose du 2ème clamp de Barr



Photo 4 : Coupe du cordon

POINTS CLÉS

- Poser et verrouiller le premier clamp à environ 10 à 15 cm de l'ombilic du nouveau-né ;

Si section du cordon ombilical (détresse vitale du nouveau-né ou de la mère) :

- Poser et verrouiller un deuxième clamp ;
- Couper le cordon entre les deux clamps verrouillés puis protéger les extrémités.



Comité Pédagogique et
Technique SAP

FICHE TECHNIQUE SOIN AU CORDON OMBILICAL

Création le 21/01/19

Révision le

Version
2.0

SAP_FT
36

RISQUES

Tirer sur le cordon ombilical peut entraîner un risque hémorragique chez la mère et un arrachement à l'ombilic chez le nouveau-né.

Couper un cordon ombilical entre deux clamps mal verrouillés peut entraîner un saignement.

ÉVALUATION

Il ne doit pas y avoir de saignement après la section du cordon ombilical.