



SUPPORT DE FORMATION



Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence
Niveaux 1 et 2 - J1

FORMATION

Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

Niveaux 1 et 2 - J1

DURÉE

7 heures

MAINTIEN ET ACTUALISATION DES COMPÉTENCES

Tous les 4 ans

PROGRAMME

- 1 Introduction : le soignant face à l'urgence
- 2 La protection
- 3 L'alerte
- 4 L'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger
- 5 Les hémorragies
- 6 La victime inconsciente qui respire
- 6 La victime inconsciente qui ne respire pas

- 4 La prise en charge des urgences absolues

INTRODUCTION : LE SOIGNANT FACE À L'URGENCE

QU'EST-CE QUE L'URGENCE ?

Une **urgence** est une situation inattendue, brutale dans son apparition et sa gravité.



QU'EST-CE QUE L'URGENCE ?

Classiquement les urgences sont classées
en **deux groupes** :

Les **urgences absolues** (U.A. : risque de décès imminent avéré)
nécessitant une prise en charge immédiate

Les **urgences relatives ou potentielles** (U.R./U.P. : les soins peuvent
être différés, sans oublier qu'elles peuvent s'aggraver).

EXEMPLES DE SITUATIONS URGENTES

	UA	UP
Arrêt cardiaque	×	
Infarctus du myocarde		×
Hémorragie	×	
Œdème pulmonaire		×
Crise d'asthme		×
Obstruction totale (grave) des voies aériennes	×	
Malaise vagal		×
Accident vasculaire cérébral		×
Inconscient qui respire	×	
Crise d'épilepsie		×
Accouchement inopiné		×

LA PROTECTION



OBJECTIFS

Identifier un danger immédiat.

Mettre en place la protection adaptée.

LA PROTECTION C'EST QUOI ?

Supprimer ou baliser de façon permanente tout danger
environnant pour protéger :

Le sauveteur

La victime

Les autres

COMMENT FAIRE ?

Approcher prudemment de la zone.

Observer les dangers potentiels pour le sauveteur, la victime ou les autres.

Si cela est possible supprimer le danger (couper l'électricité, aérer si fuite de gaz, couper le contact d'un véhicule accidenté...).

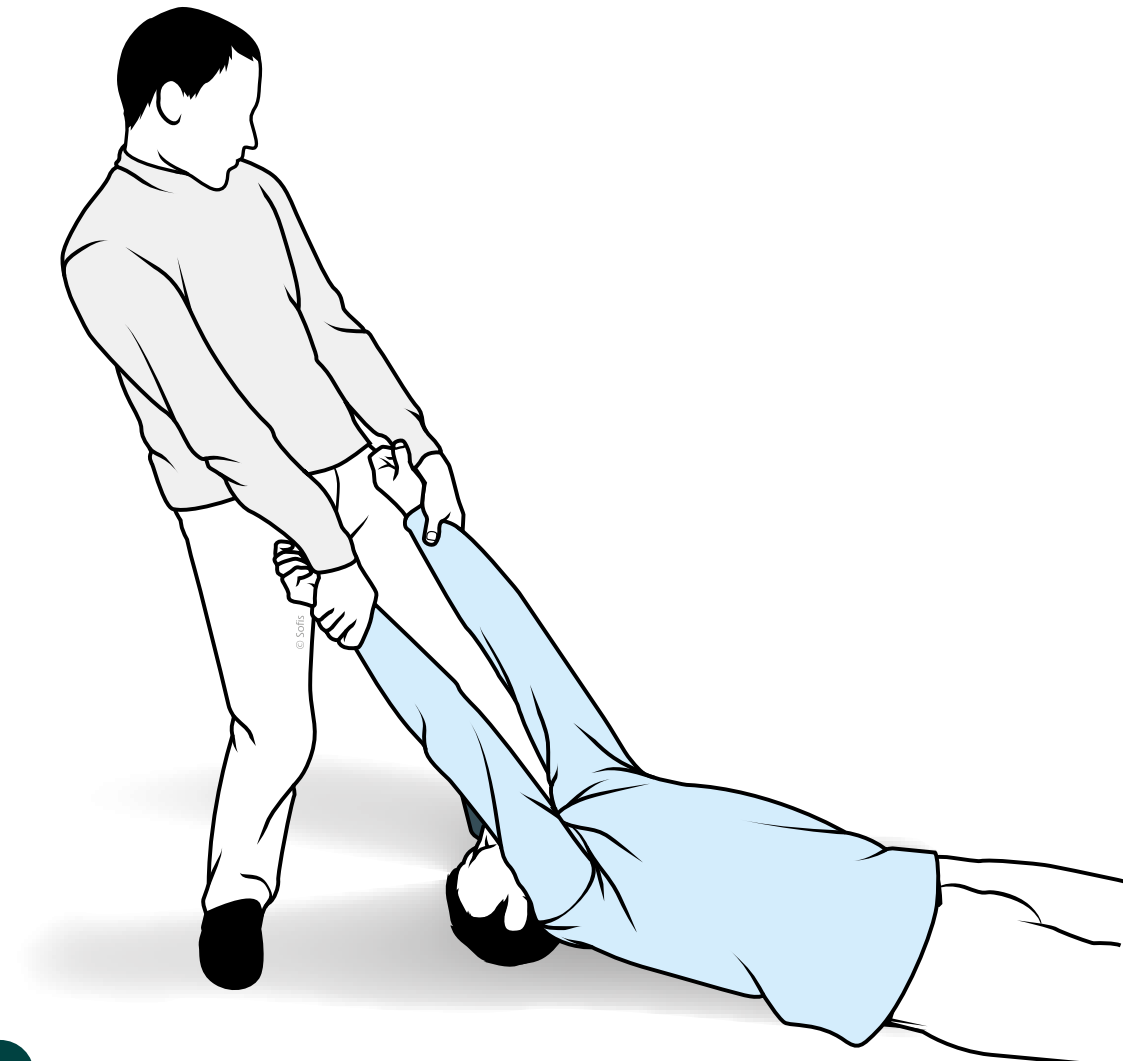
Baliser la zone pour en éviter toute intrusion.

IDENTIFICATION D'UN DANGER IMMÉDIAT

Mettre
en œuvre une
protection adaptée
(manœuvre
exceptionnelle)

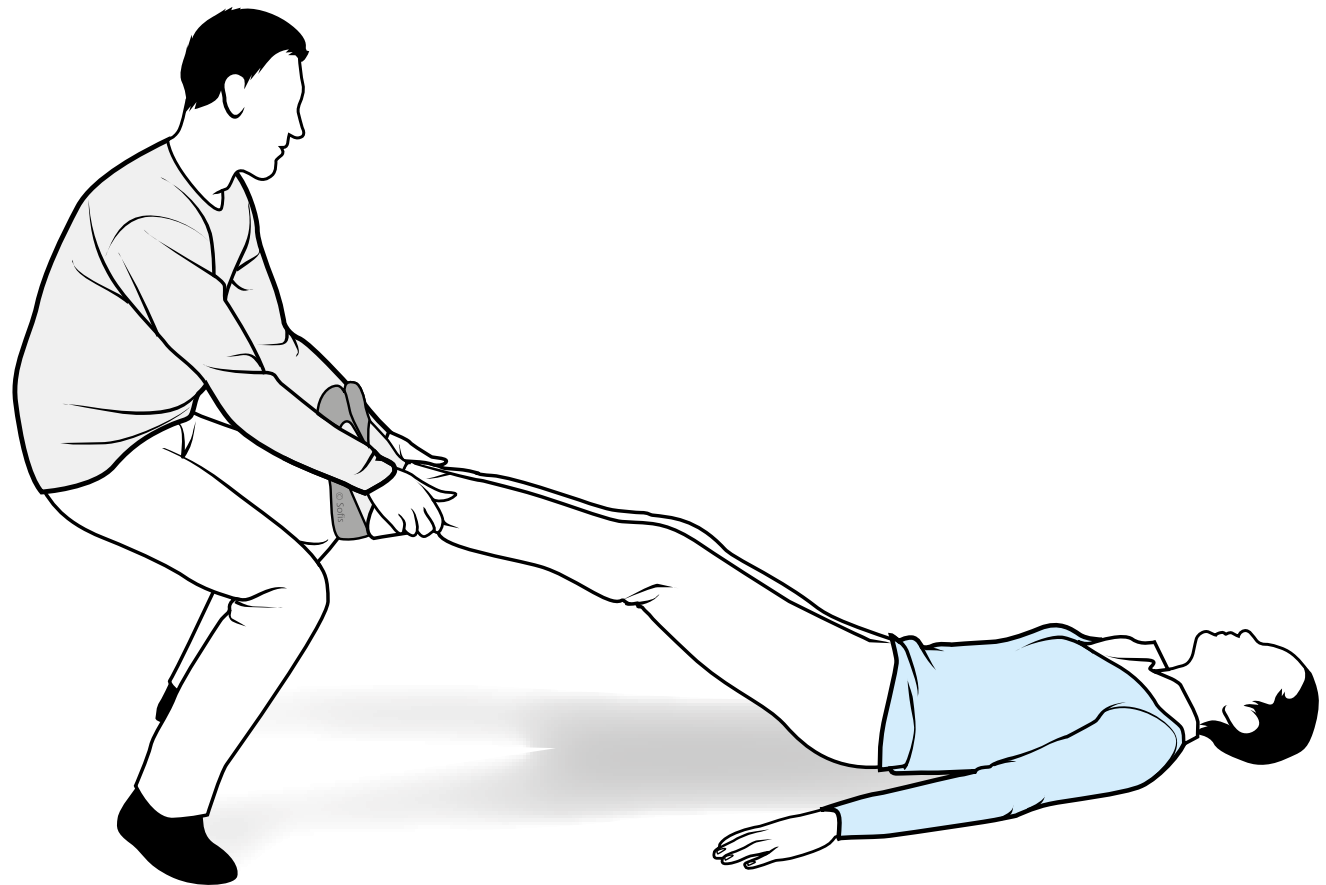
DÉGAGEMENT D'URGENCE

Traction
par les **poignets**



DÉGAGEMENT D'URGENCE

Traction
par les **chevilles**



RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

Avant l'arrivée
des forces de l'ordre,
ces **comportements**
peuvent vous
sauver.

RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

1/ S'ÉCHAPPER



RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

2/ SE CACHER

1- Enfermez-vous et barriquez-vous



2- Éteignez la lumière et coupez le son des appareils



3- Éloignez-vous des ouvertures, allongez-vous au sol



4- SINON, abritez-vous derrière un obstacle solide (mur, pilier...)



5- Dans tous les cas, coupez la sonnerie et le vibreur de votre téléphone



RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

3/ ALERTER ET OBÉIR AUX FORCES DE L'ORDRE



RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE



VIGILANCE

- Témoin d'une situation ou d'un **comportement suspect**, vous devez contacter les forces de l'ordre (17 ou 112)
 - Quand vous entrez dans un lieu, repérez les **sorties de secours**
- Ne diffusez aucune information sur l'intervention des forces de l'ordre
- Ne diffusez pas de rumeurs ou d'**informations non vérifiées** sur Internet et les réseaux sociaux
 - Sur les réseaux sociaux, **suivez les comptes @Place_Beauvau et @gouvernementfr**



Pour en savoir plus : www.encasdattaque.gouv.fr

POINTS CLÉS

Se protéger,
c'est protéger
les autres.

Protection
**adaptée et
permanente.**

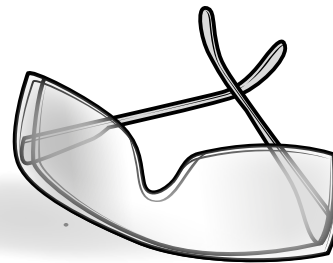
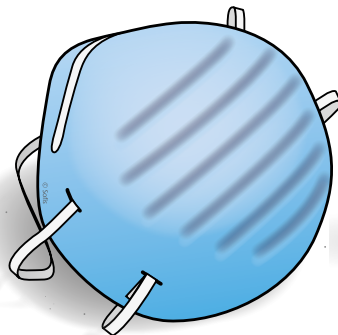
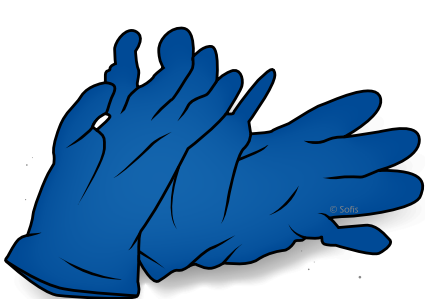
LES ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELS

Se protéger d'un
« **sur-accident** »

Triangle, gilet jaune...

Se protéger des **projections
de liquide biologique
contaminant**

Gants à usage unique,
masque, lunettes
anti-projection



L'ALERTE



OBJECTIFS

Alerter le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) ou le numéro interne de l'établissement dédié aux urgences vitales.

Connaître les autres numéros d'urgence.

Transmettre les informations nécessaires.

Appliquer les consignes données par l'interlocuteur.

L'ALERTE : À QUOI ÇA SERT ?

L'alerte est le
1^{er} maillon de la chaîne de secours.



SAVOIR ALERTER



15

17

18

112

114

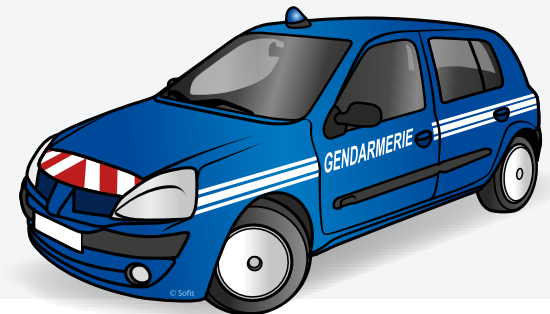
INTÉRÊT DU CENTRE 15

Organise les secours pré-hospitaliers

Interconnexion téléphonique **15/18**



En liaison radio avec le **17**



TERMINOLOGIE

SAMU

Service d'Aide Médicale Urgente

CRRA

Centre de Réception et de Régulation des Appels

SMUR

Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (appelé aussi EIR, Équipe d'Intervention Rapide, ou EMU, Équipe Médicale d'Urgence)

UMH

Unité Mobile Hospitalière

MISSIONS DU SAMU CENTRE 15

- ▶ Écoute médicale 24h/24
- ▶ Déterminer & déclencher la réponse la plus adaptée
- ▶ Organiser le transport et l'accueil du patient
- ▶ Participer à l'élaboration des plans de secours
- ▶ Assurer la couverture sanitaire d'événements exceptionnels
- ▶ Éducation sanitaire et prévention
- ▶ Enseignement au travers des CESU



COMMENT EST TRAITÉ UN APPEL ?

2 interlocuteurs **successifs**

ARM (Assistant de Régulation Médicale) **ou RMU** (Répondant Médical d'Urgence)

Médecin régulateur ou un médecin généraliste pour un conseil médical

RÔLES DE L'ARM

Identifier
l'appelant, l'adresse
exacte de l'intervention.

Faire un pré-tri en
s'enquérant de l'état
de conscience et la
qualité de la respiration
de la victime.

RÔLES DE L'ARM

En cas de reconnaissance d'un ACR, ils doivent encourager et expliquer aux témoins de débiter le plus rapidement possible les compressions thoraciques et les inciter à se procurer au plus vite un DEA sans jamais arrêter de masser la victime.

Transmettre l'appel au médecin régulateur.

Appliquer les décisions du régulateur.

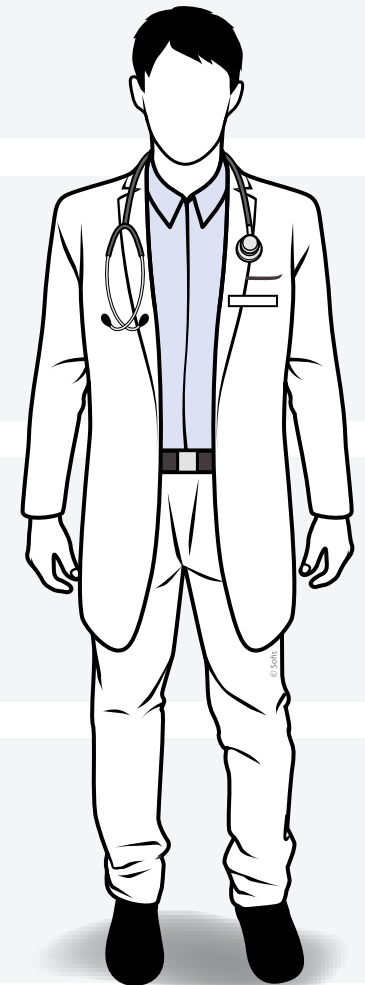
RÔLES DU MÉDECIN RÉGULATEUR

Analyser la demande, évaluer le degré de gravité.

Apporter la réponse la plus adaptée.

Suivre la mise en œuvre de la décision.

Préparer l'accueil hospitalier.



QUEL MESSAGE D'ALERTE ?

Se présenter et donner votre N° de téléphone.

Indiquer le motif d'appel.

Localisation la plus précise de l'évènement.

Nombre de victimes et leurs états.

1^{ères} mesures et gestes effectués.



QUEL MESSAGE D'ALERTE ?

Répondre aux questions et appliquer les consignes.

Raccrocher sur instruction de l'interlocuteur.

Si quelqu'un d'autre donne l'alerte : s'assurer avant qu'il possède toutes les informations et après vérifier l'exécution.

Tant que possible envoyer quelqu'un au devant des secours.

POINTS CLÉS

Rapide

Précise

**Diminue
le délai** de la
chaîne de
secours

LA PRISE EN CHARGE DES **URGENCES ABSOLUES**

L'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES PAR UN CORPS ÉTRANGER



OBJECTIFS

Identifier une obstruction aiguë des voies aériennes.

Réaliser les gestes de secours adaptés chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson.

Identifier si un avis médical est nécessaire.

QUE FERIEZ-VOUS ?



QU'EST-CE QU'UNE OBSTRUCTION AIGÛE DES VOIES AÉRIENNES PAR CORPS ÉTRANGER ?

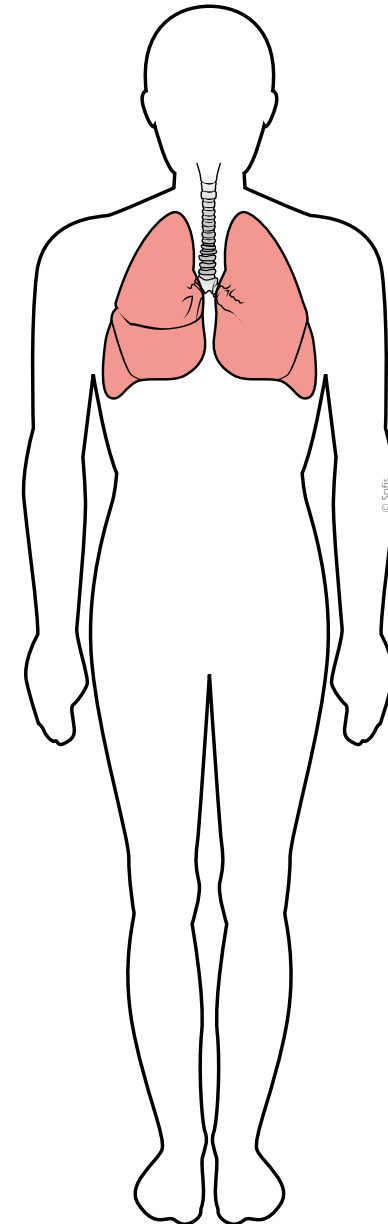
Gêne ou empêchement total et brutal des échanges d'air entre l'extérieur et les poumons.

Concerne principalement les âges extrêmes de la vie et personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Causée par un corps étranger ou de la nourriture.

2 situations à distinguer : les obstructions partielles et les obstructions totales.

L'intervention
d'un sauveteur
est alors essentielle.



RECONNAÎTRE LE TYPE D'OBSTRUCTION

POSER UNE QUESTION À LA VICTIME

Obstruction totale

- Pas d'air
- Pas de son
- Mains à la gorge
- Bouche ouverte
- Agitation
- Cyanose jusqu'à l'inconscience



Obstruction partielle

- Peut parler ou crier
- Tousse
- Respire, parfois bruyamment

QUELS SONT LES RISQUES ?

Si aucun geste n'est effectué, le **pronostic vital de la victime** peut rapidement être mis en jeu ou engendrer des complications graves.

Risque **d'arrêt cardio-respiratoire.**

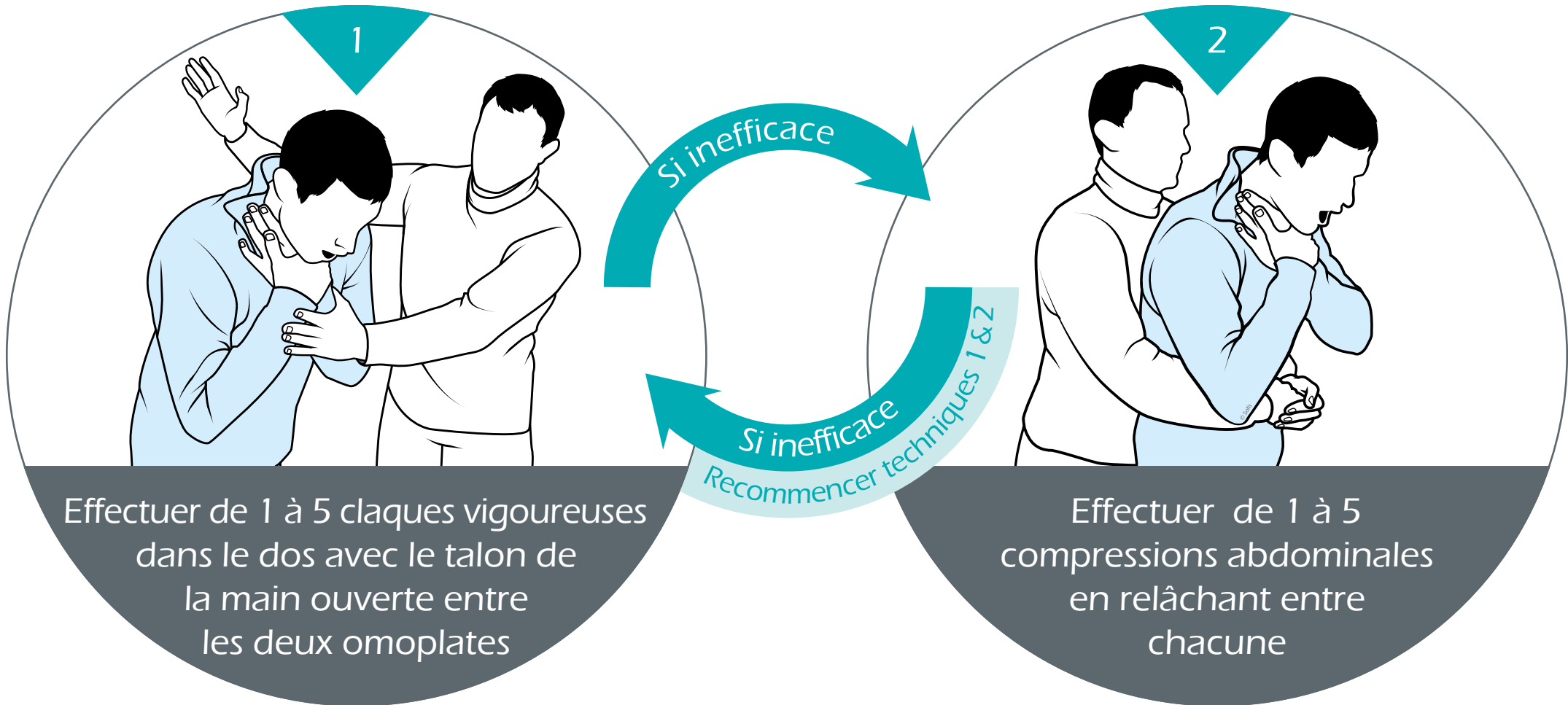
QUELS SONT LES RISQUES ?

Principe **d'action**

Désobstruer les voies aériennes si **obstruction totale**.

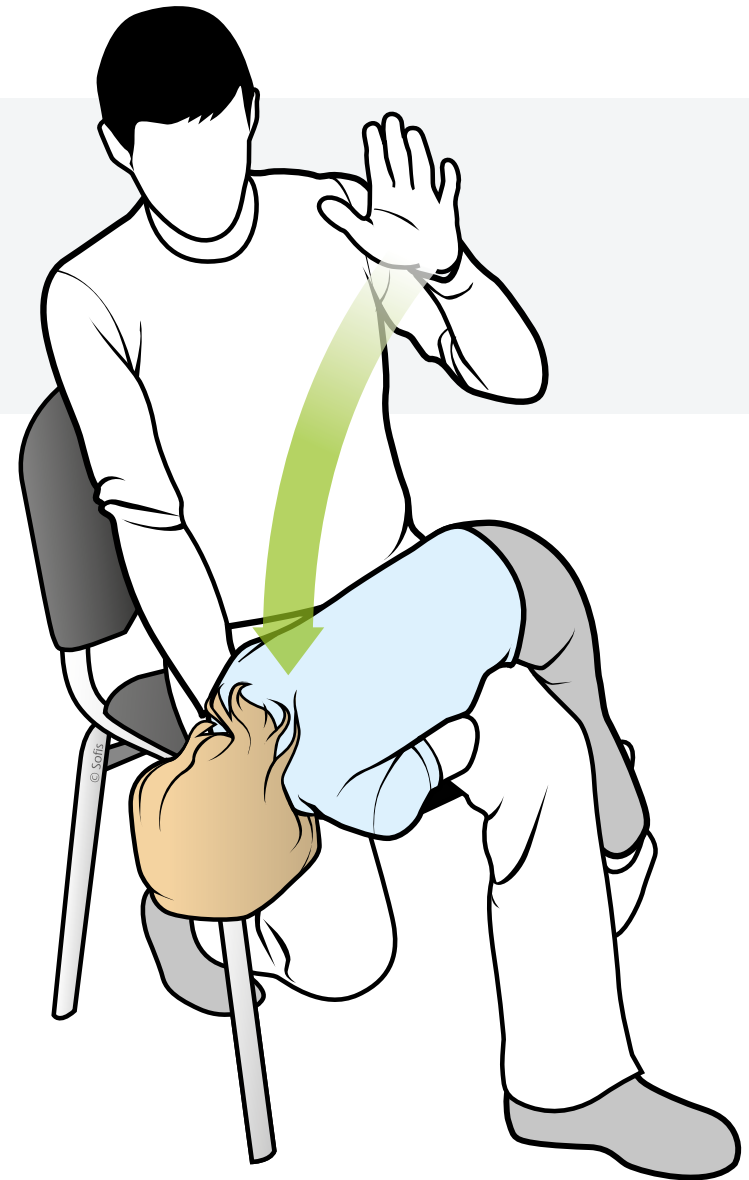
Éviter l'aggravation si **obstruction partielle**.

CONDUITE À TENIR FACE À UNE OBSTRUCTION TOTALE



L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR LA CUISSE DU SAUVETEUR

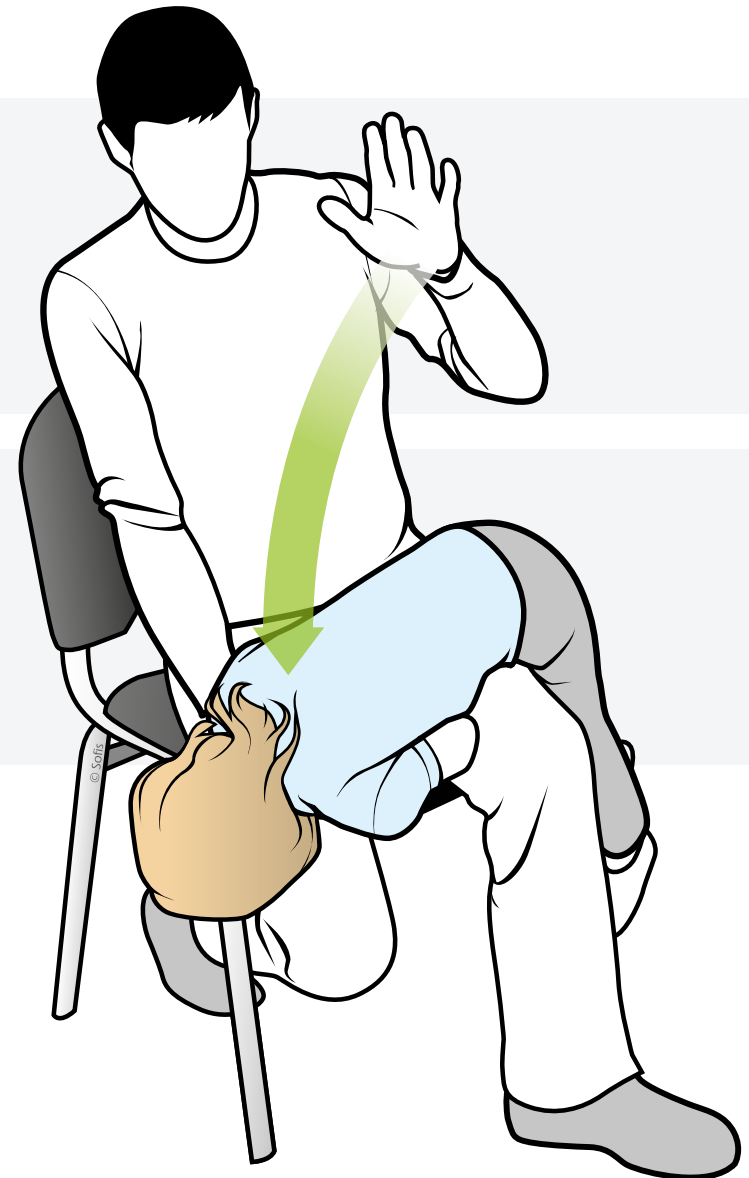
S'asseoir.



L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR LA CUISSE DU SAUVETEUR

S'asseoir.

Basculer la victime sur sa cuisse,
la face vers le bas.

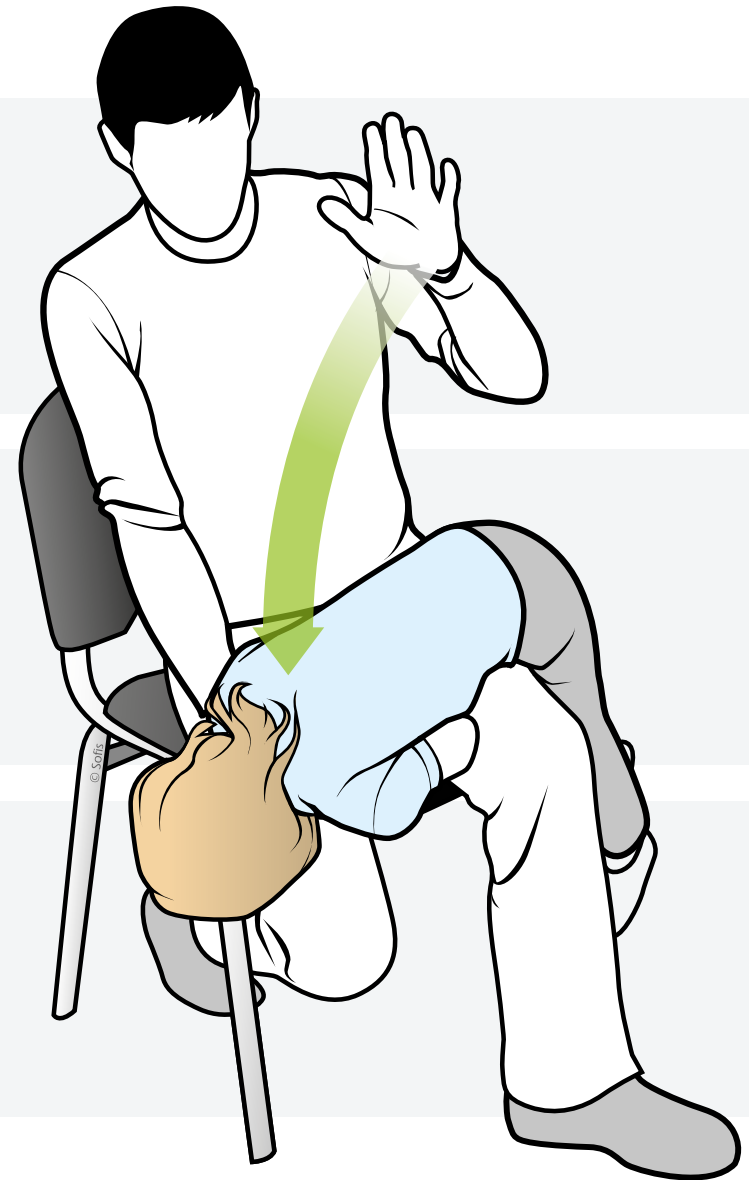


L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR LA CUISSE DU SAUVETEUR

S'asseoir.

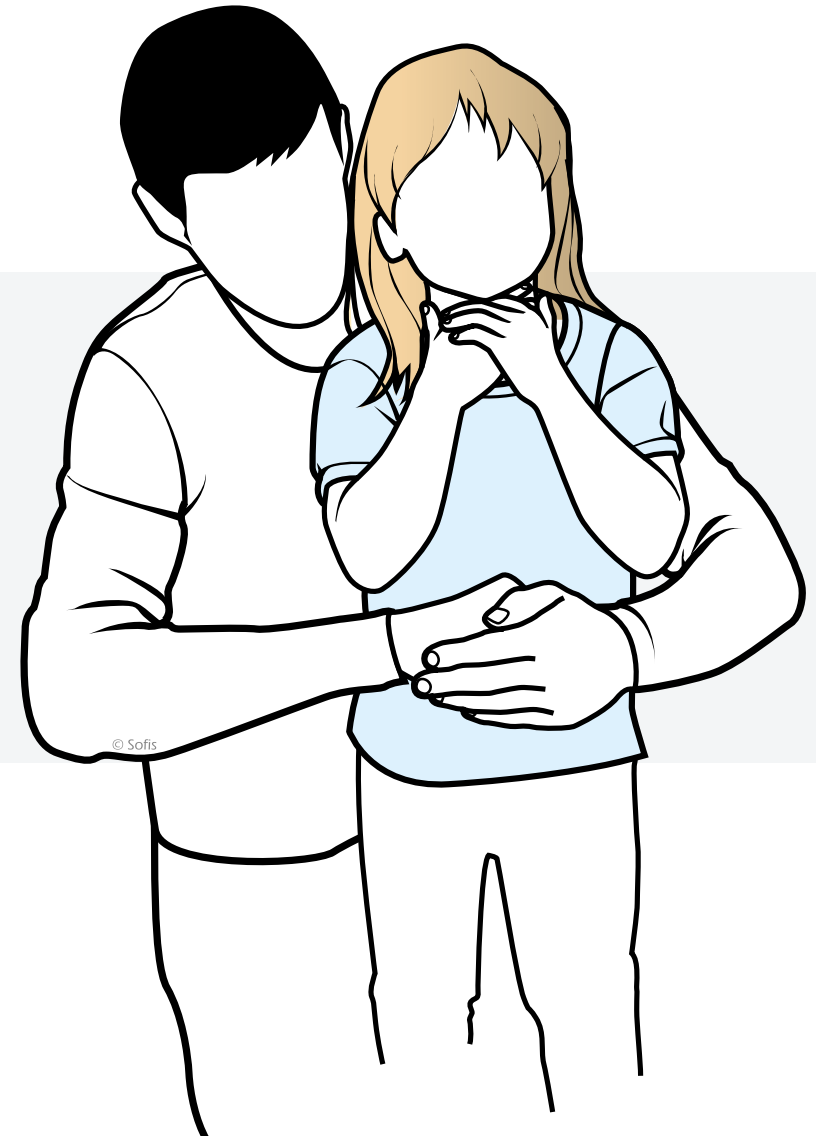
Basculer la victime sur sa cuisse,
la face vers le bas.

Donner de **1 à 5 claques vigoureuses**
dans le dos, entre les deux omoplates, avec
le talon de la main ouverte.



L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR LA CUISSE DU SAUVETEUR

En cas d'inefficacité des claques dans le dos, le sauveteur peut se mettre **à genou** derrière la victime pour effectuer les compressions abdominales afin d'être à sa hauteur.



CONDUITE À TENIR

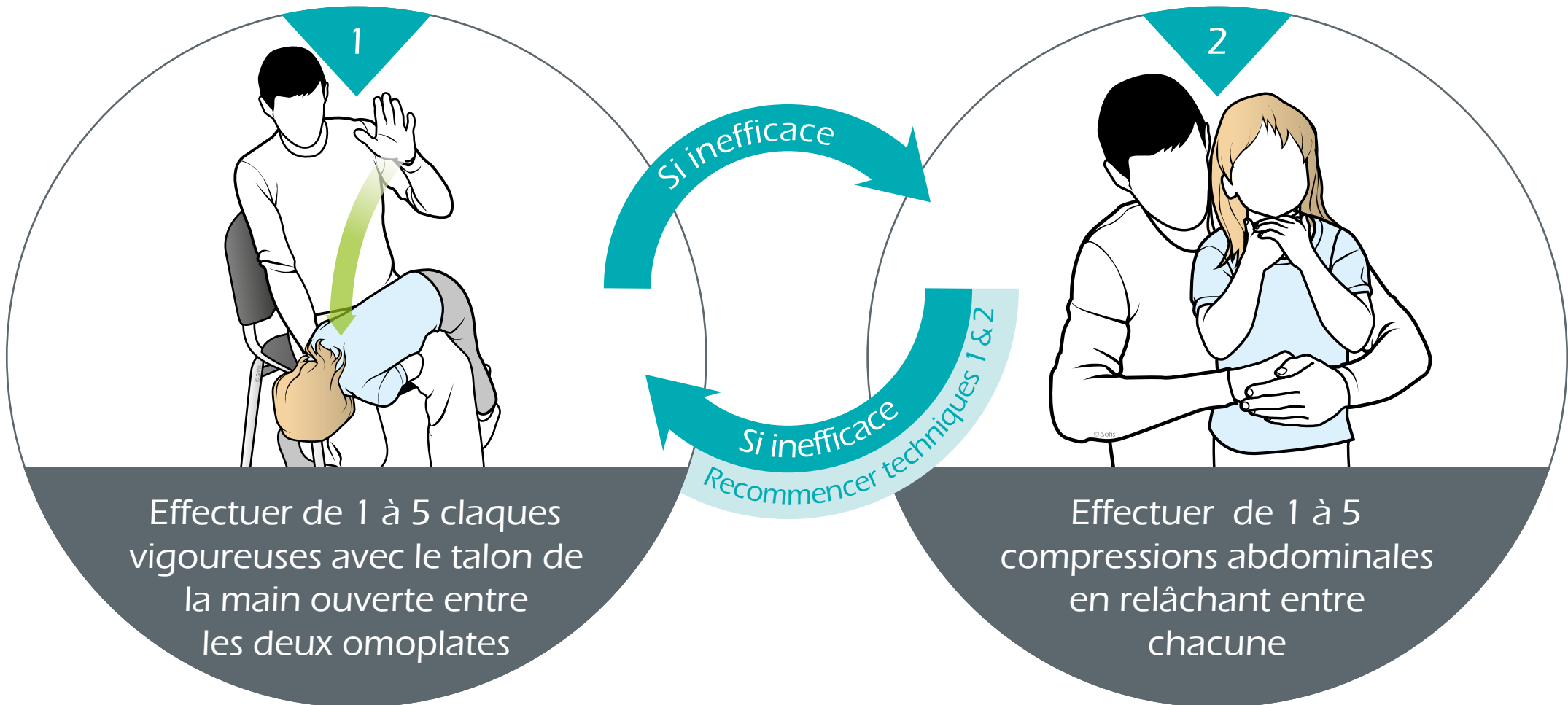


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

OBSTRUCTION DES V.A.S. - ADULTE & GRAND ENFANT

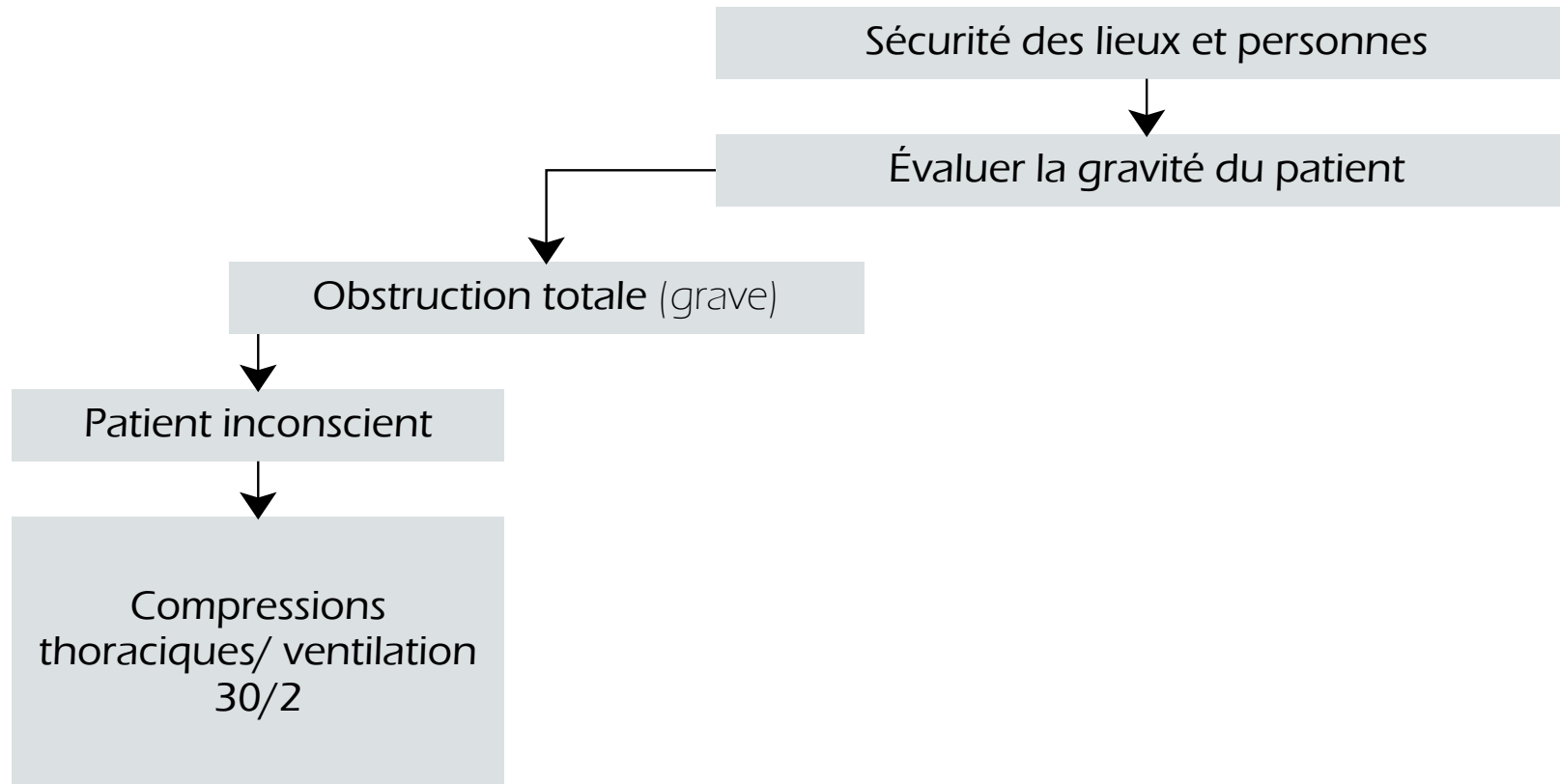


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

OBSTRUCTION DES V.A.S. - ADULTE & GRAND ENFANT

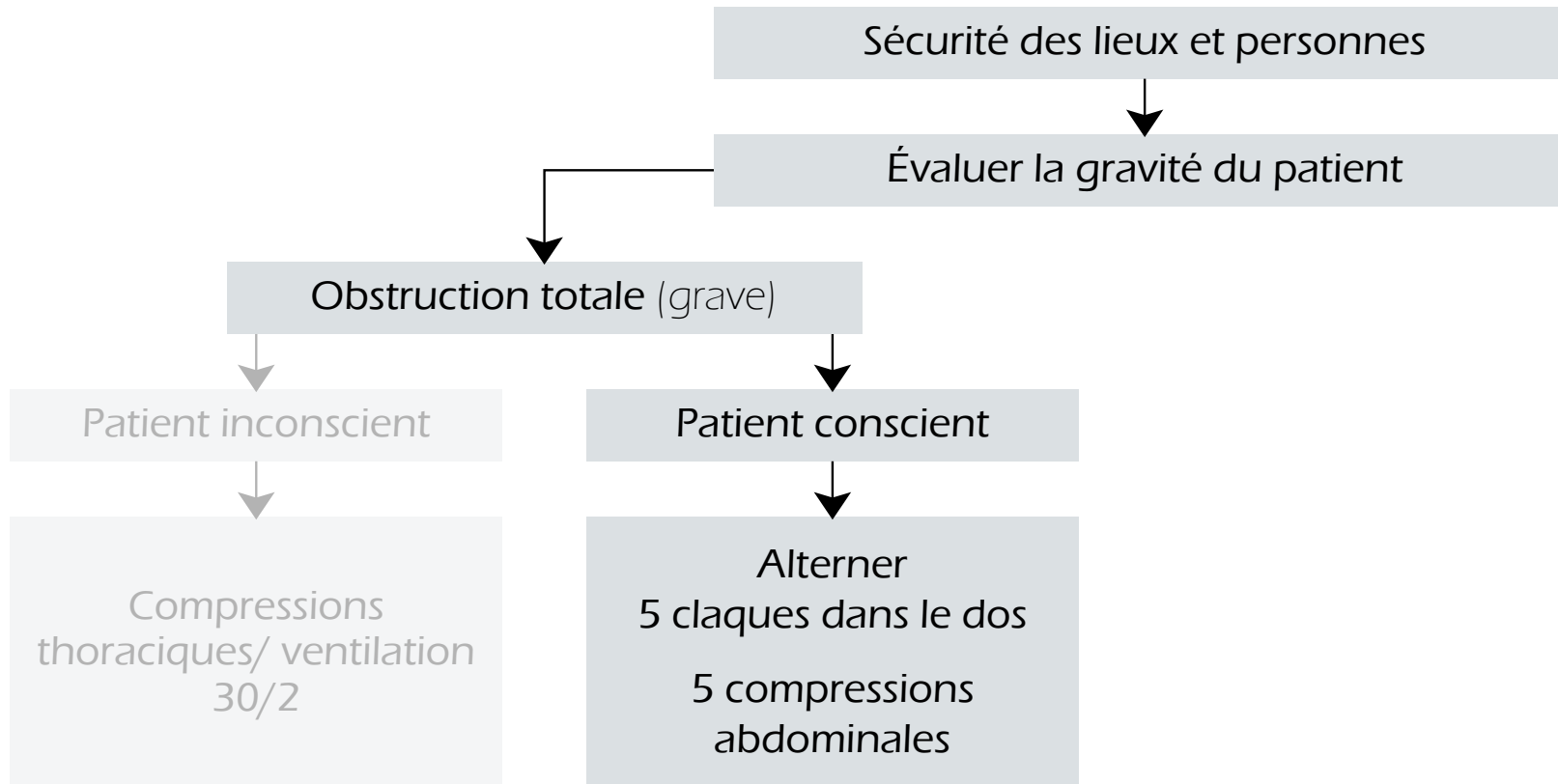
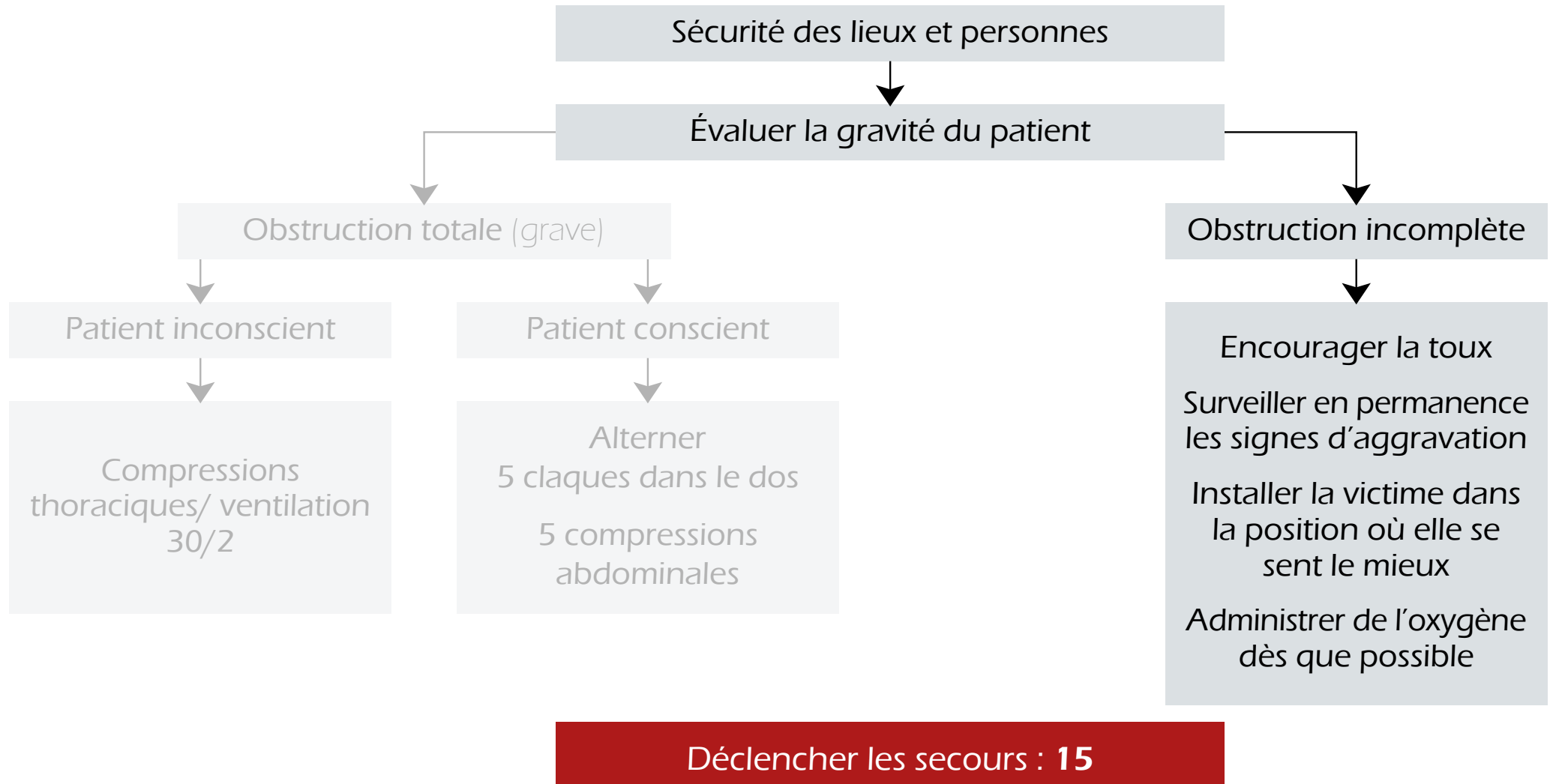


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

OBSTRUCTION DES V.A.S. - ADULTE & GRAND ENFANT



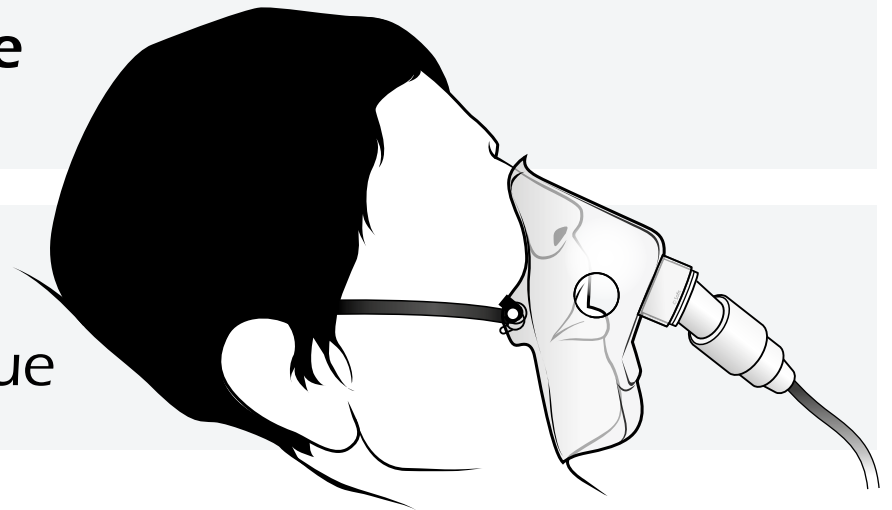
APRÈS EXPULSION DU CORPS ÉTRANGER

En attendant les secours,

Dans le cadre du milieu professionnel, avec l'aide de matériel :

Étayer le bilan en prenant les constantes :
FC, FR, TA, SaO2, niveau de conscience
(score de Glasgow)...

En fonction du degré de gravité :
proposer une oxygénothérapie au masque

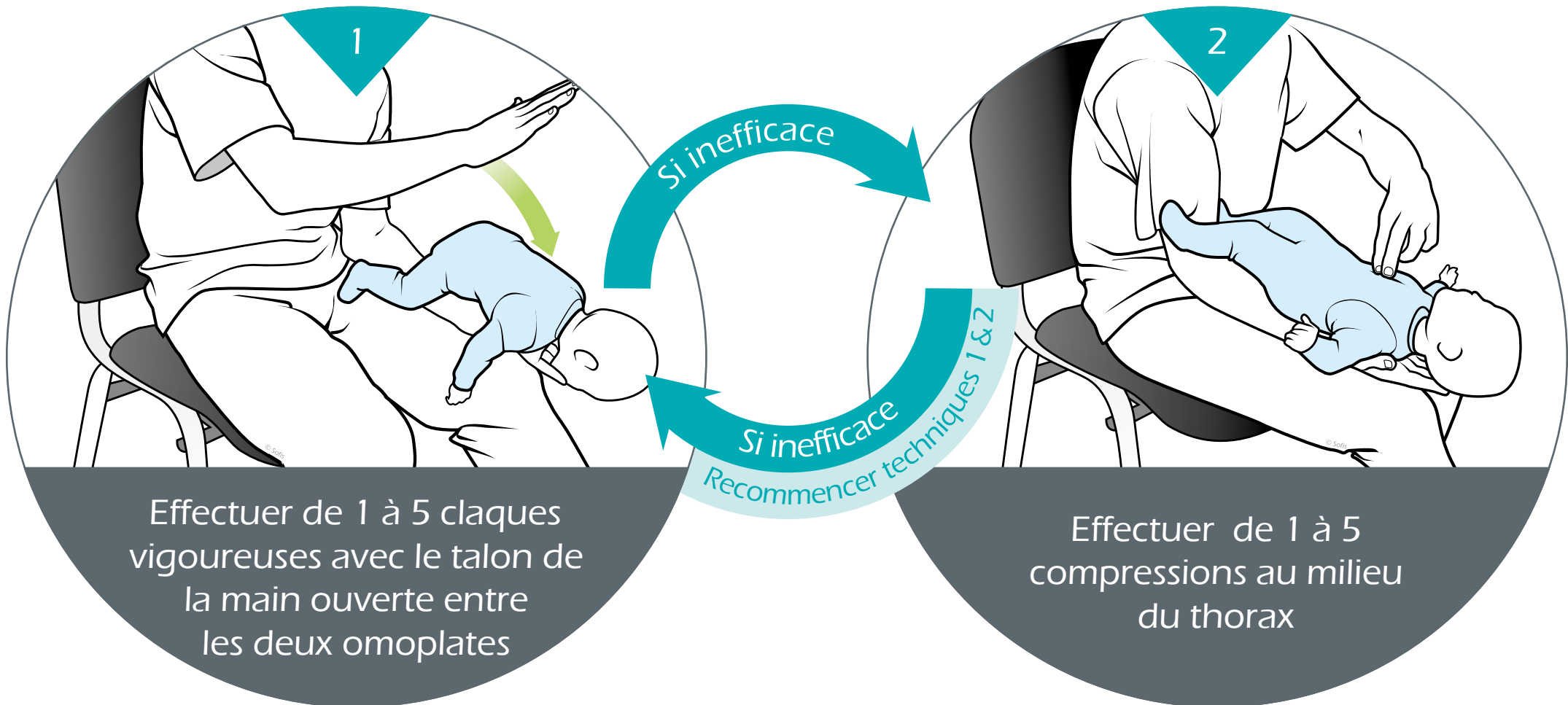


L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR L'AVANT-BRAS DU SAUVETEUR (NOURRISSON, PETIT ENFANT)

Retirer le corps
étranger de la bouche
**s'il est visible et
accessible.**

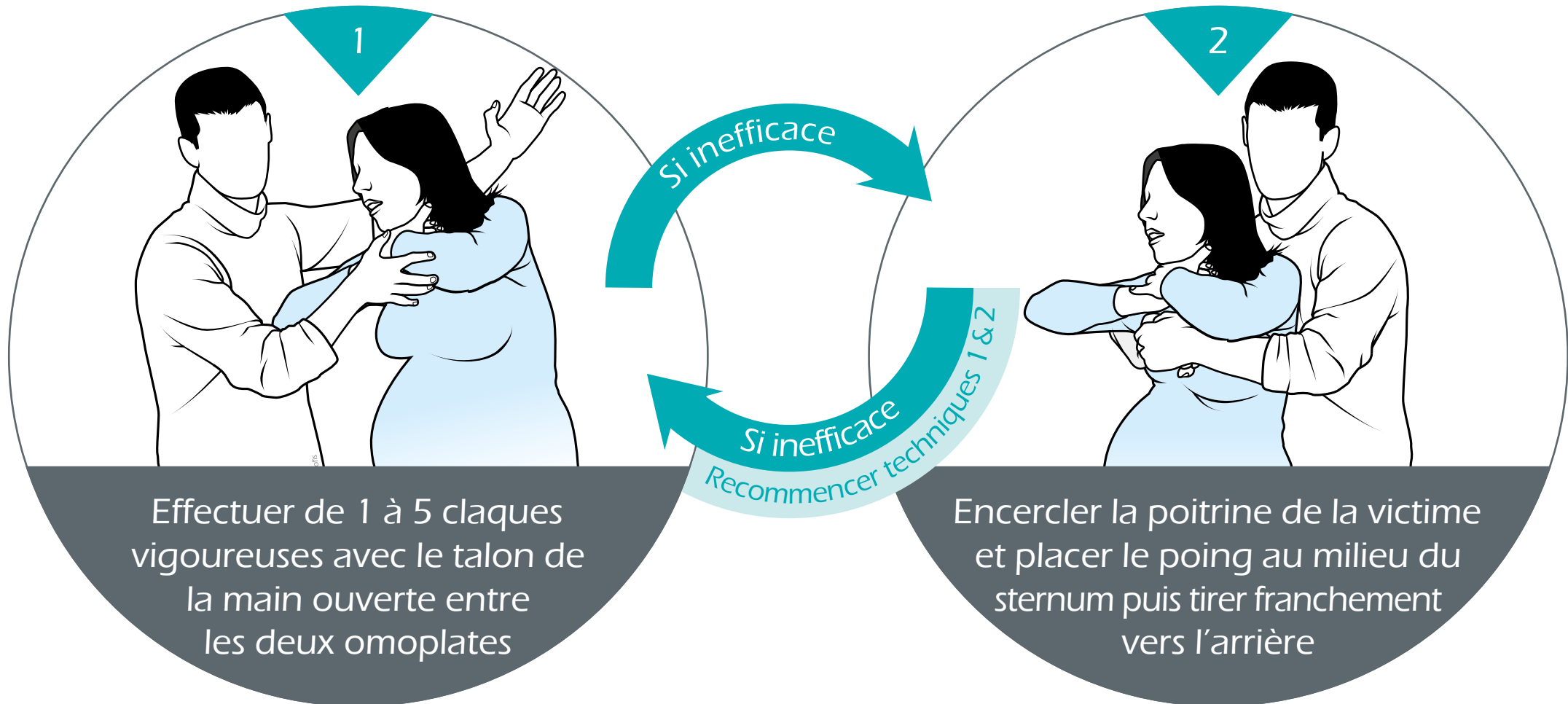
Bien maintenir
la tête du bébé.

L'OBSTRUCTION TOTALE CHEZ LA VICTIME QUI PEUT TENIR SUR L'AVANT-BRAS DU SAUVETEUR (NOURRISSON, PETIT ENFANT)



DEVANT UNE PERSONNE OBÈSE OU ENCEINTE

(derniers mois de grossesse), lorsque la technique de compression abdominale ne peut pas être réalisée, le sauveteur réalisera des compressions thoraciques.



Chez la victime
consciente, alitée et
difficilement mobilisable,
qui présente une obstruction
totale des voies aériennes,
le sauveteur réalise des
compressions thoraciques
comme pour le massage
cardiaque.



OBSTRUCTION PARTIELLE

Respecter la position du patient.

L'encourager à tousser.

Ne pas effectuer de geste de libération des VAS
(tape ou Heimlich).



SI LA VICTIME PERD CONNAISSANCE

Il sera alors nécessaire de procéder à une **réanimation cardio-pulmonaire**.

Lors de cette réanimation, il faut **vérifier** la présence du corps étranger dans la bouche (et si nécessaire le retirer) avant de procéder aux 2 insufflations.

Vérifier toutes les 30 compressions si le corps étranger est présent dans la bouche.



LES POINTS CLÉS

Identifier

si l'obstruction
est partielle ou
totale.

Adapter

ses gestes de
secours en fonction
de la situation.

Alerter et

demander un
avis médical.

LES HÉMORRAGIES



OBJECTIFS

Identifier une hémorragie.

Se protéger en respectant les règles d'hygiène et de protection face à un risque infectieux.

Arrêter une hémorragie en respectant la gradation des mesures.

QUE FERIEZ-VOUS ?



QU'EST-CE QU'UNE HÉMORRAGIE EXTERNE ?

Perte de sang abondant provenant d'une plaie (saignement pouvant être en jet ou en nappe).

Pas d'arrêt spontané.

Imbibe un mouchoir ou une compresse en quelques secondes.

Secondaire à un traumatisme, une plaie par objet tranchant, un projectile, ou arrachement de dispositif médical.

QUELS SONT LES RISQUES ?

Pour la
victime

Fonction circulatoire d'abord puis les autres fonctions vitales par retentissement

Pour le
sauveteur

Infection par maladies transmissibles en cas de plaies ou projection sur les muqueuses

PRINCIPE D'ACTION

**Arrêter le
saignement** en se
protégeant.

REPÉRER L'ORIGINE DU SAIGNEMENT

Le plus souvent, un saignement abondant est **facilement repérable**.

Cependant, dans certains cas, la position de la victime ou ses vêtements peuvent temporairement **cacher** le saignement.

Rechercher des signes de saignement abondant tout en respectant la position de la victime (en palpant le corps...).



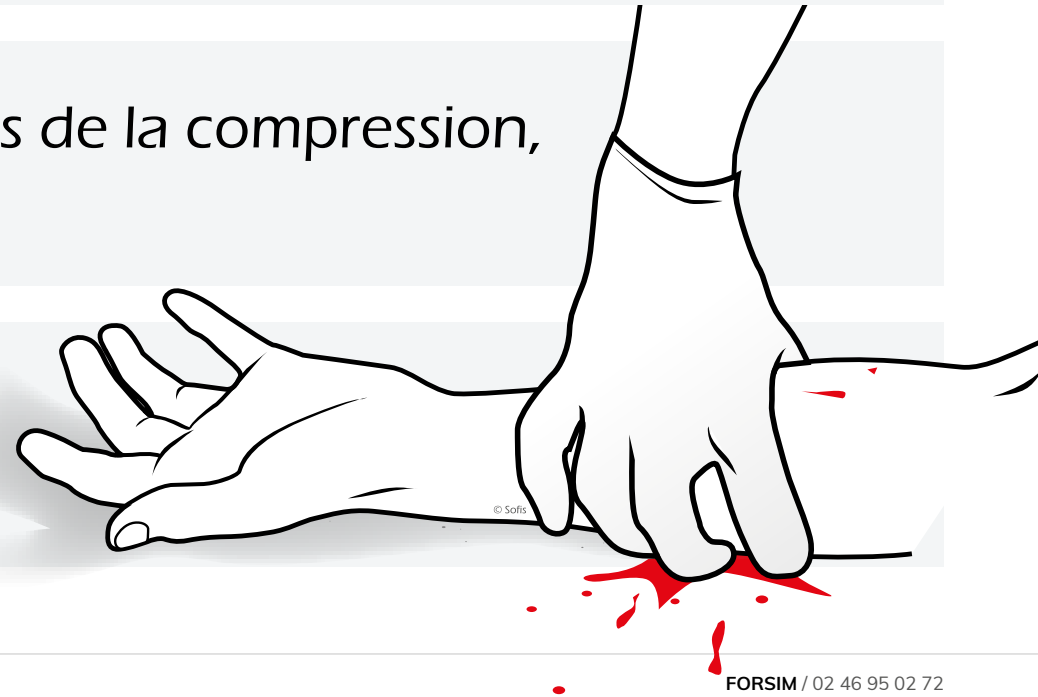
LA COMPRESSION MANUELLE

Faire comprimer ou comprimer.

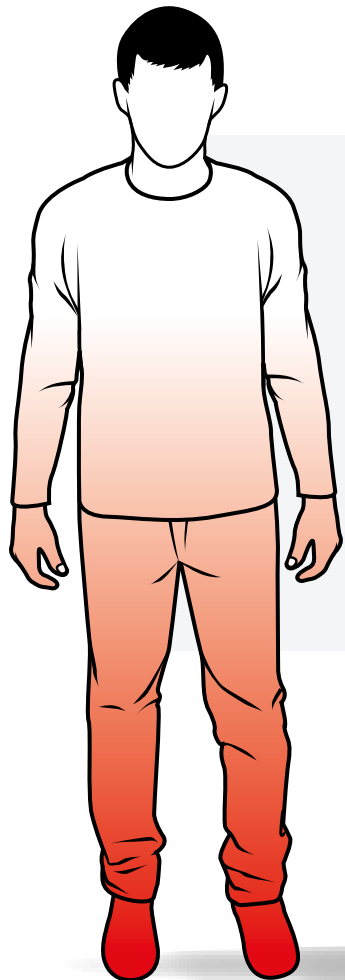
Se protéger du sang de la victime (gants non souillés, sac plastique...).

Intercaler si possible un **tissu propre** lors de la compression, en recouvrant complètement la plaie.

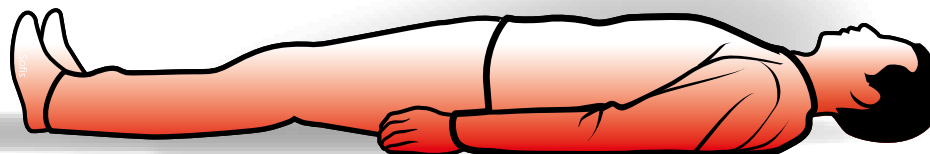
La compression doit être **maintenue** jusqu'à l'arrivée des secours.



ALLONGER LA VICTIME



Une fois la compression manuelle exercée et afin de garantir une circulation efficace du sang à travers le corps, il est important **d'allonger** la victime pour retarder ou empêcher l'apparition d'une détresse circulatoire.



ALERTER LE SAMU OU N° INTERNE DÉDIÉ AUX URGENCES VITALES

Par un témoin s'il est présent

Par le sauveteur si la victime comprime elle-même, ou en utilisant le haut-parleur du téléphone pour maintenir la compression manuelle.

Si ce n'est pas possible, mettre en place un **pansement compressif** pour passer l'appel.



PANSEMENT COMPRESSIF

1

Recouvrir la plaie avec un tissu propre (mouchoir, torchon, vêtement...).



2

L'envelopper avec un lien large ou une bande élastique suffisamment serré pour arrêter le saignement.



PANSEMENT COMPRESSIF

Le pansement
compressif ne
peut se réaliser
qu'aux membres
(bras, jambe).

Si la compression manuelle d'un saignement abondant d'un membre est **inefficace** (le saignement persiste malgré tout) **ou impossible** (nombreuses victimes, catastrophes, situations de violence collective ou de guerre, nombreuses lésions, plaie inaccessible, corps étranger).

Mettre en place un **garrot** 5 centimètres au-dessus de la plaie, jamais sur une articulation, pour arrêter le saignement.

LE GARROT IMPROVISÉ

Lien de toile, solide, non élastique, improvisé de 3 à 5cm de large et d'au moins 1,50 m de longueur :

Cravate

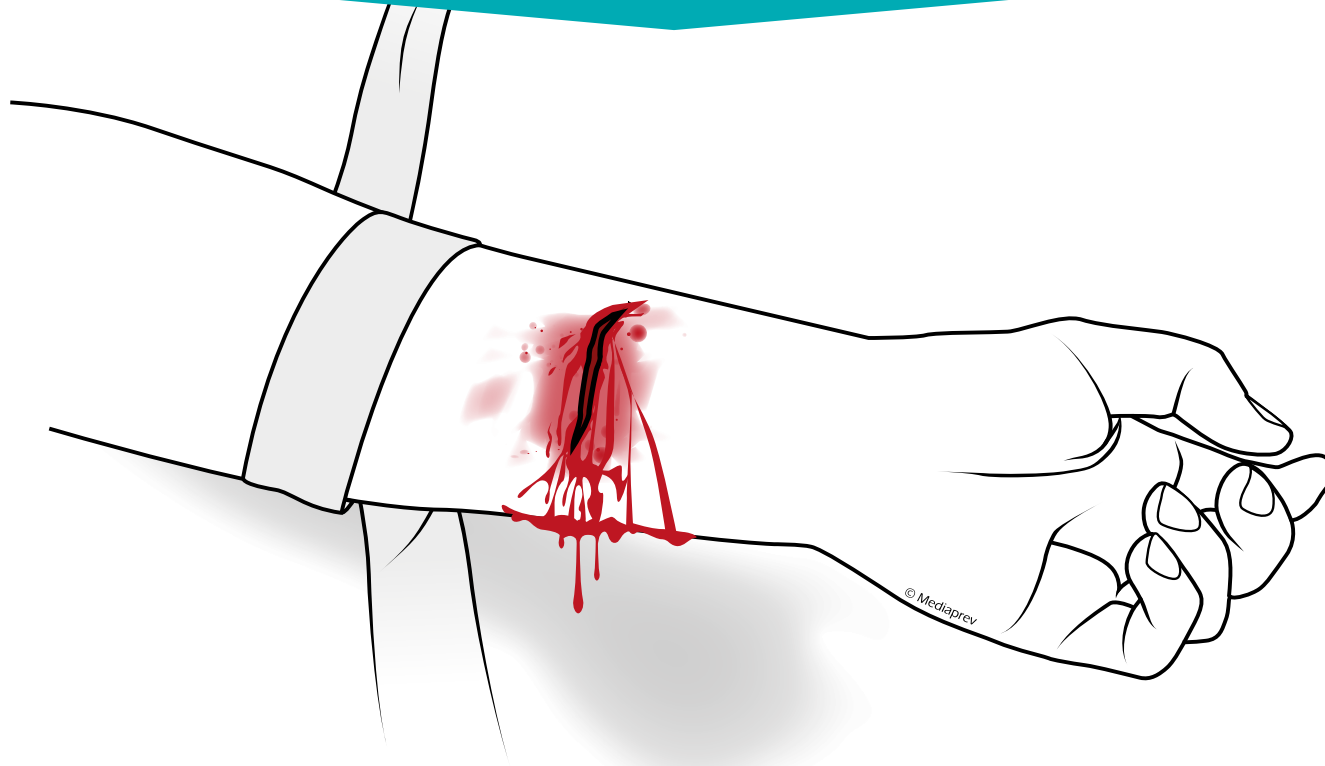
Écharpe

Foulard

Chemise

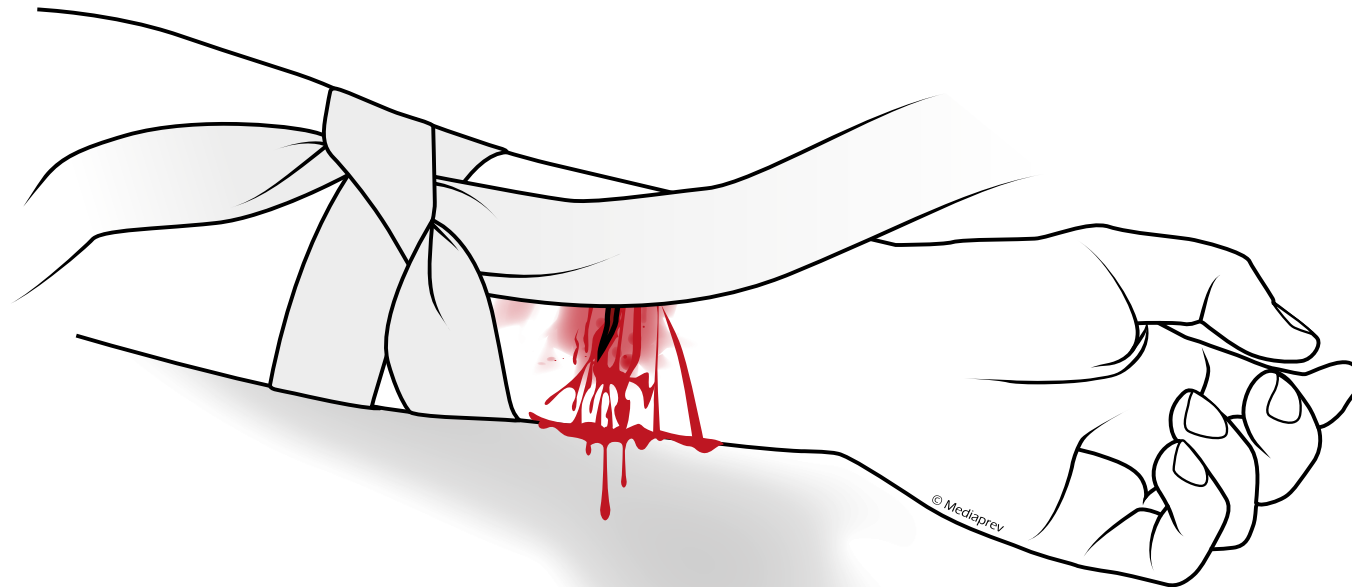
LE GARROT IMPROVISÉ

Faire **2 tours** autour du membre.



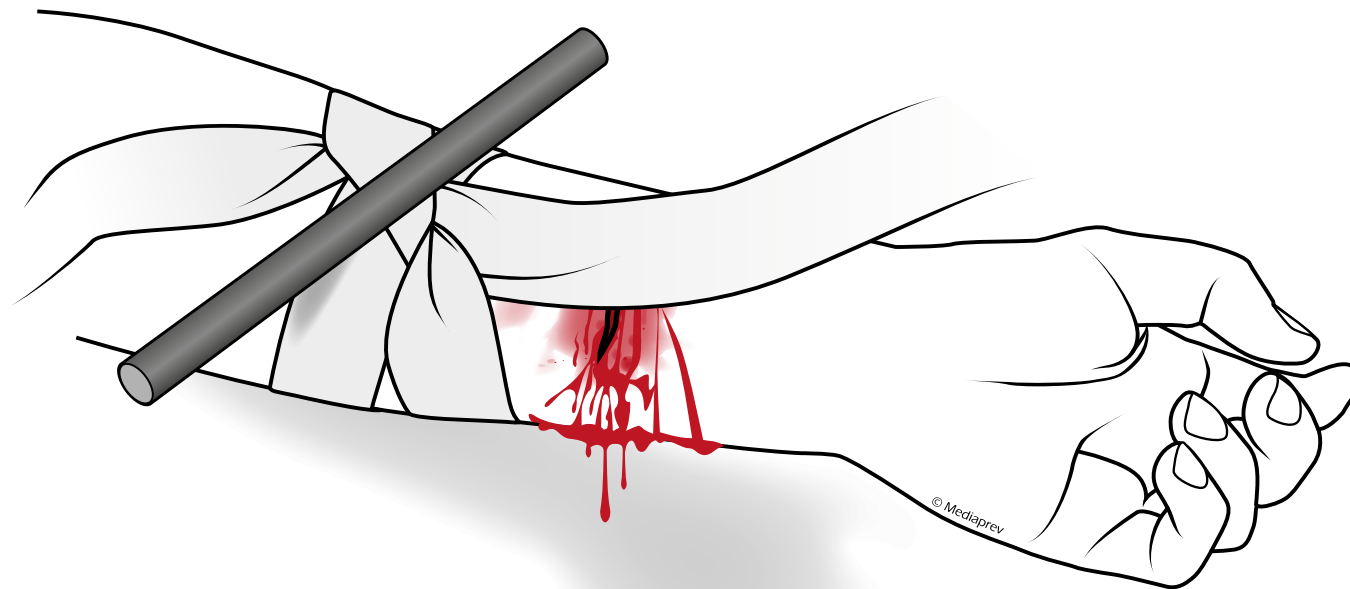
LE GARROT IMPROVISÉ

Faire un **nœud**.



LE GARROT IMPROVISÉ

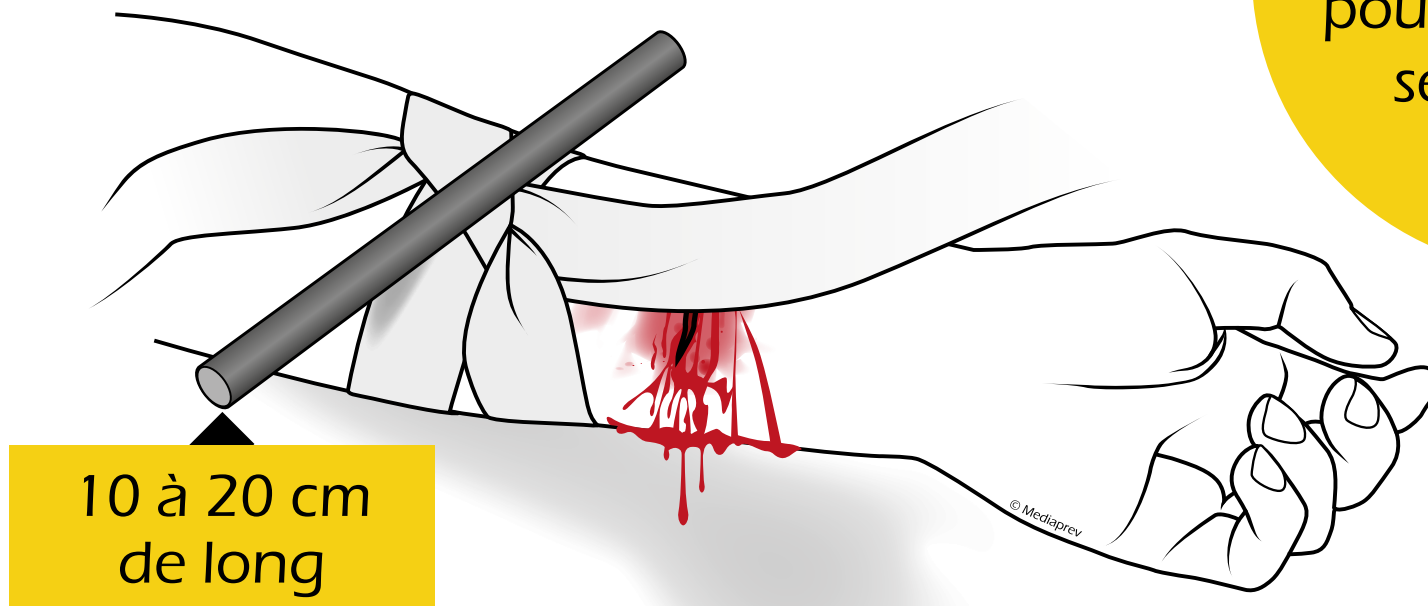
Placer une **barre** au-dessus du nœud pour permettre le serrage.



LE GARROT IMPROVISÉ

Placer une **barre** au-dessus du nœud pour permettre le serrage.

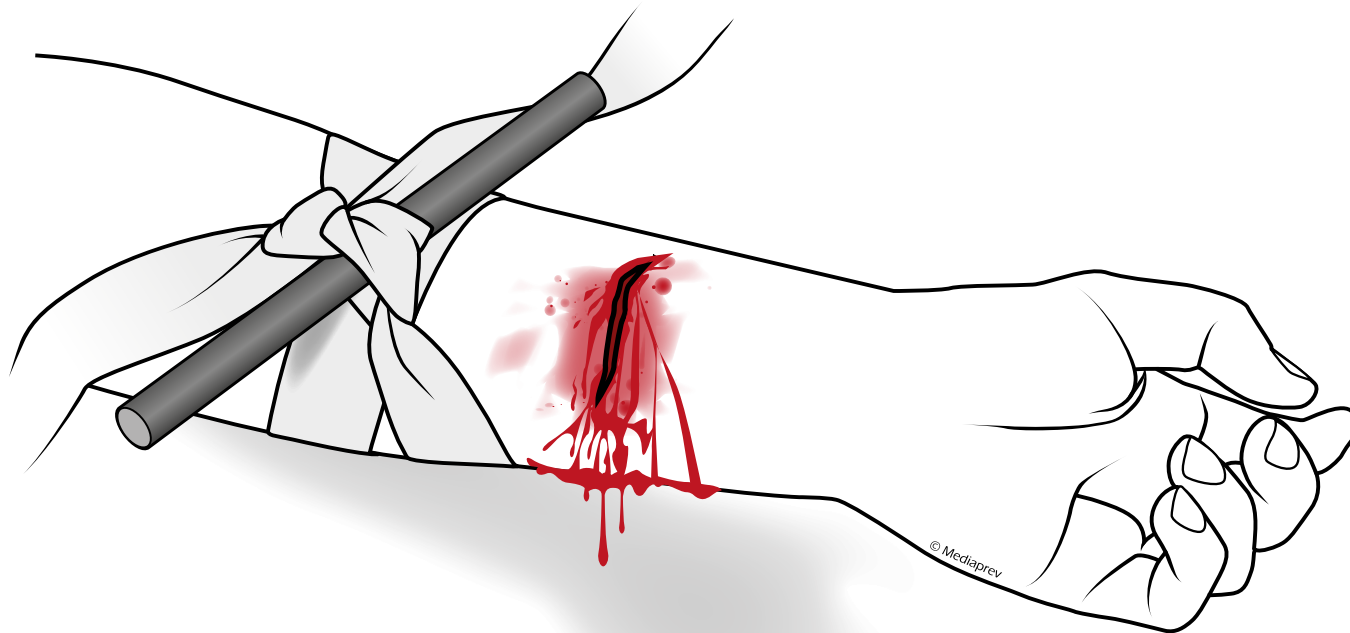
Barre en bois solide, PVC dur ou métal rigide pour permettre le serrage et le maintenir



10 à 20 cm
de long

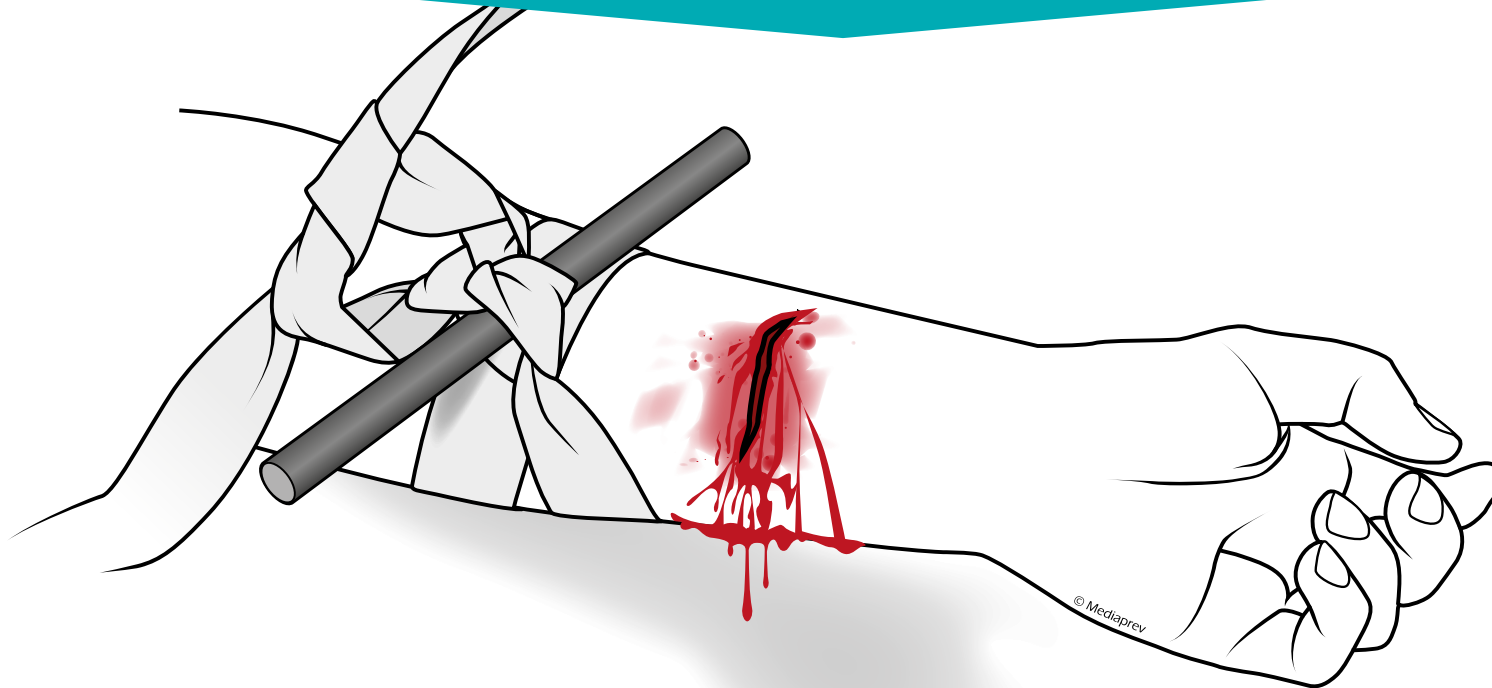
LE GARROT IMPROVISÉ

Faire **2 nœuds** au-dessus de la barre pour la maintenir.



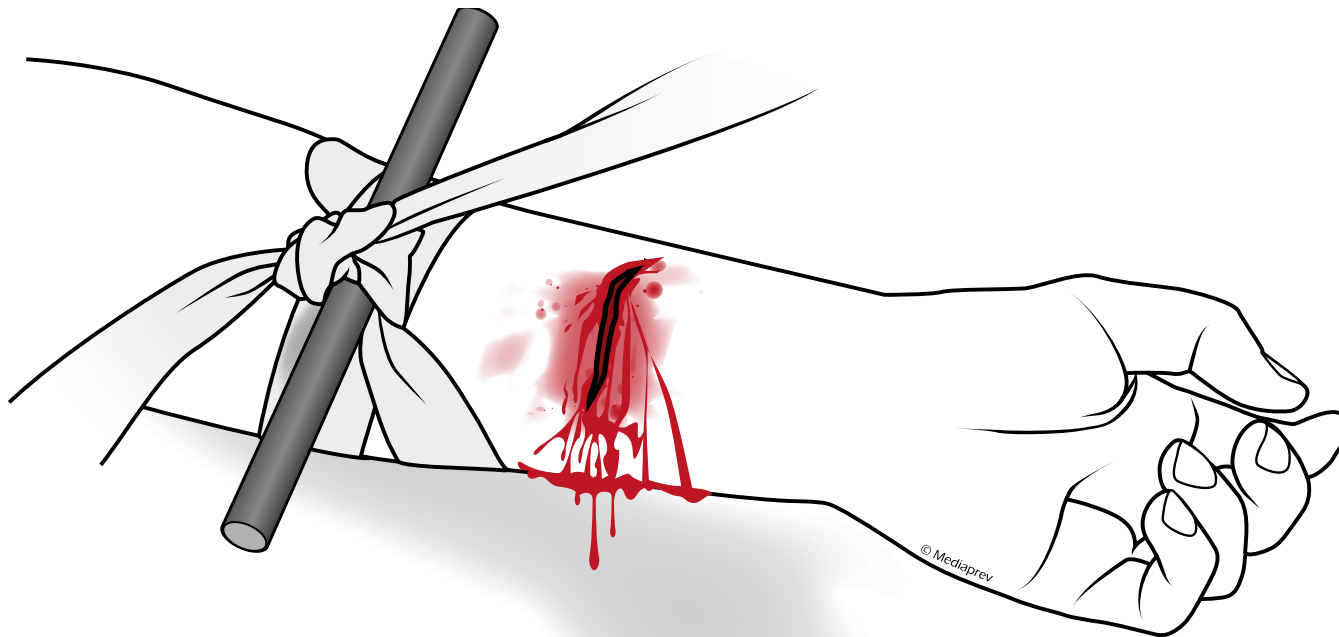
LE GARROT IMPROVISÉ

Faire **2 nœuds** au-dessus de la barre pour la maintenir.



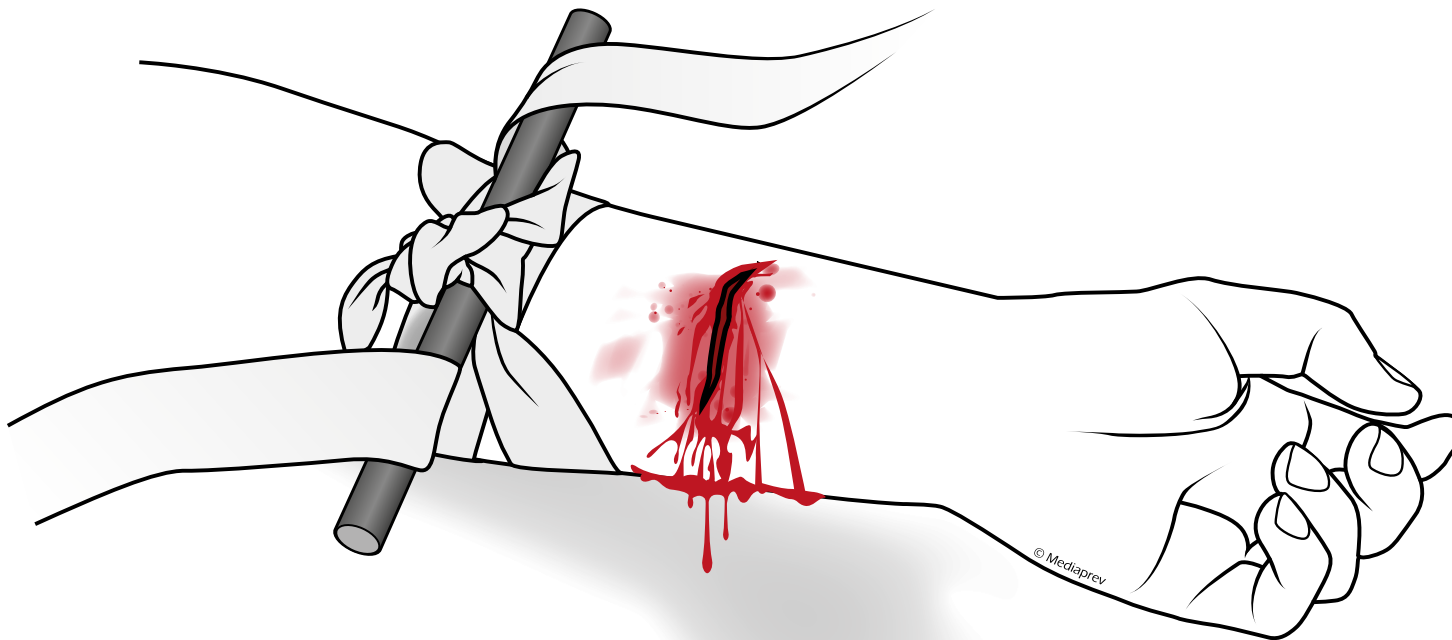
LE GARROT IMPROVISÉ

Tourner la barre de façon à serrer le garrot jusqu'à **l'arrêt du saignement** même si la douleur est intense.



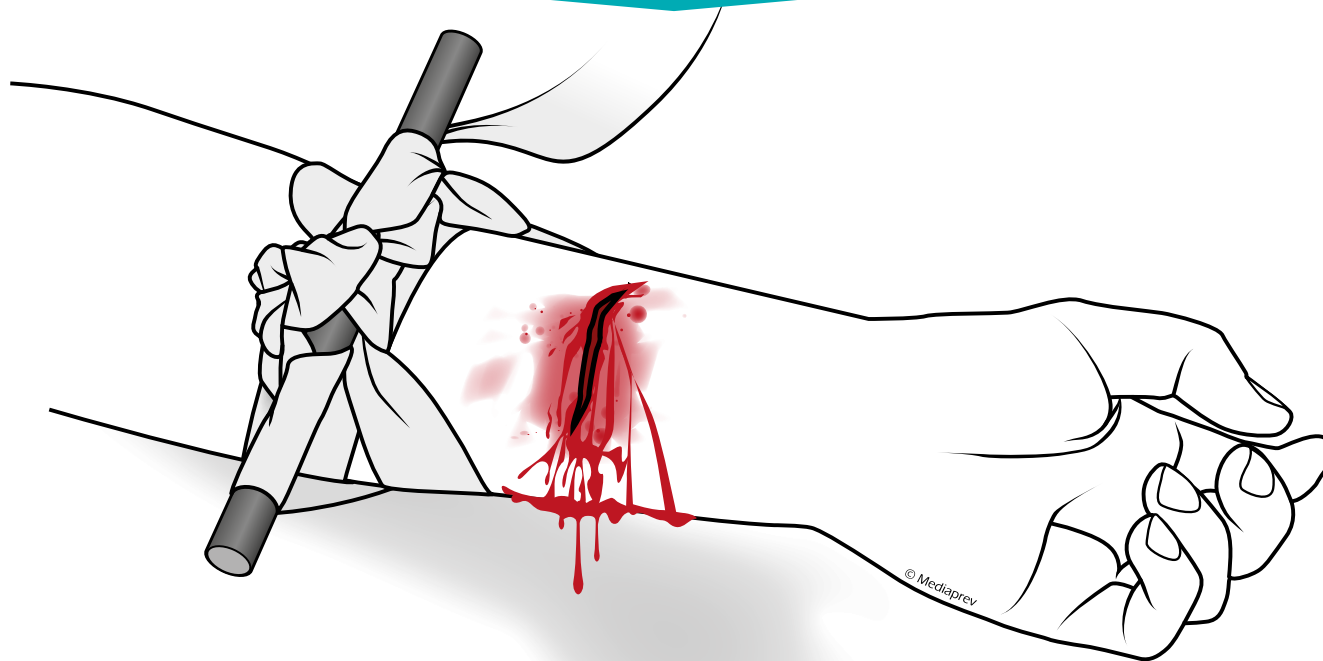
LE GARROT IMPROVISÉ

Maintenir le serrage avec un **second lien**.



LE GARROT IMPROVISÉ

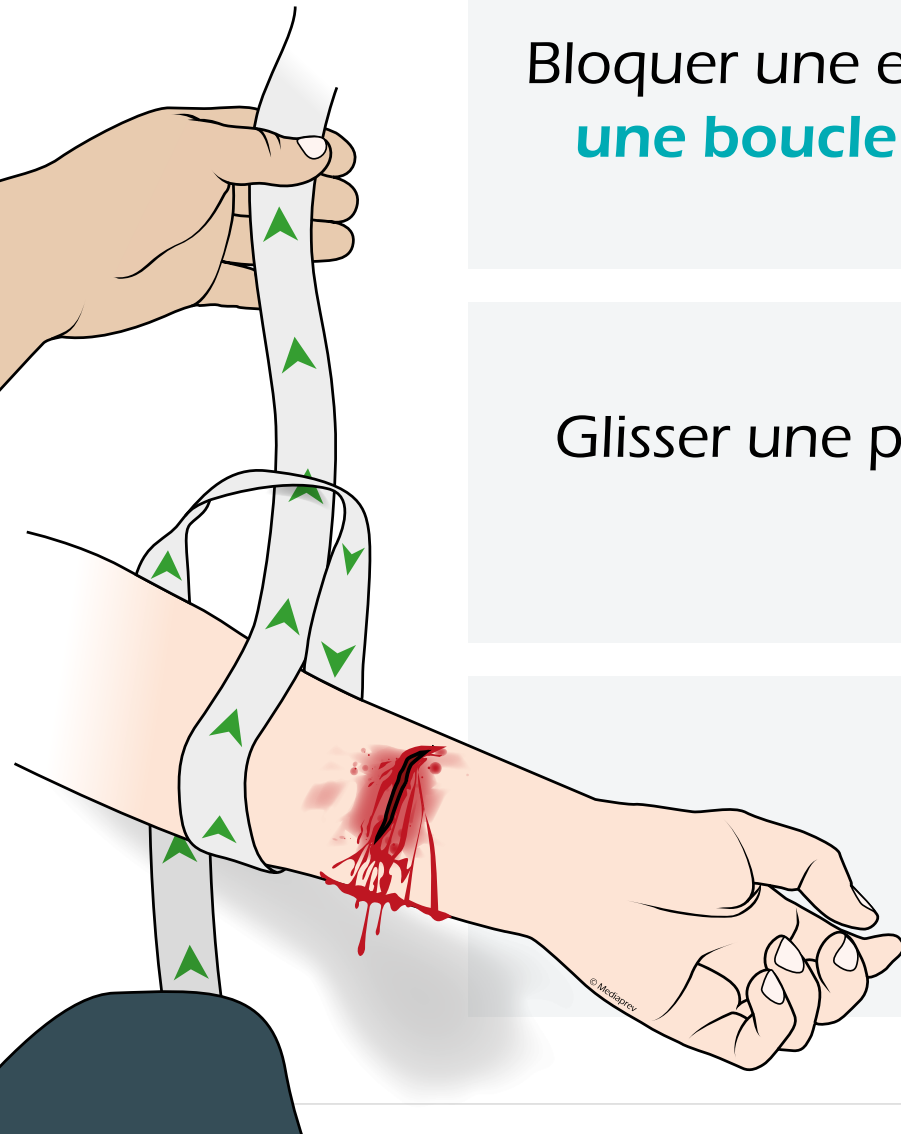
Le garrot doit toujours être **visible** et ne jamais être retiré.



EN L'ABSENCE DE BARRE

Faire le garrot
uniquement avec
le **lien large**.

EN L'ABSENCE DE BARRE



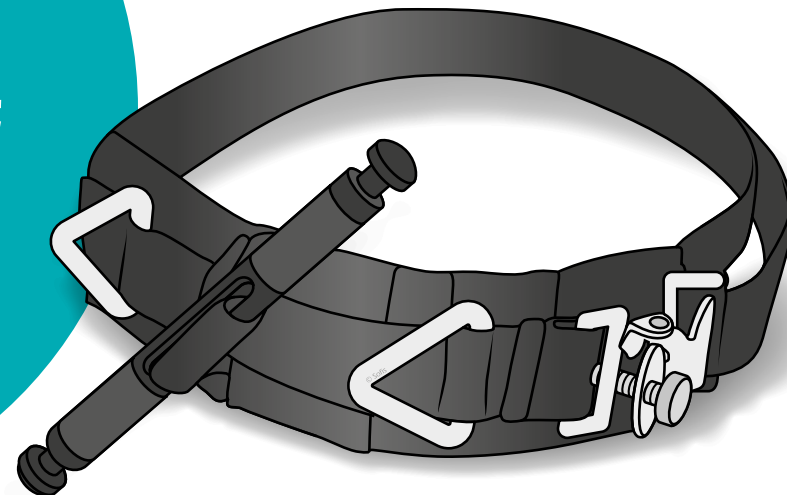
Bloquer une extrémité du lien avec votre genou et **réaliser une boucle** en glissant le lien au niveau de l'hémorragie.

Glisser une partie du lien dans la boucle afin que le garrot **entoure le membre.**

Serrer le nœud du garrot le plus fortement possible en tirant sur chaque extrémité du lien et réaliser un double nœud de maintien.

LE GARROT TOURNIQUET

Utiliser de
préférence un
garrot tourniquet
de fabrication
industrielle.



Le garrot
doit toujours être
visible et ne **jamais**
être retiré.

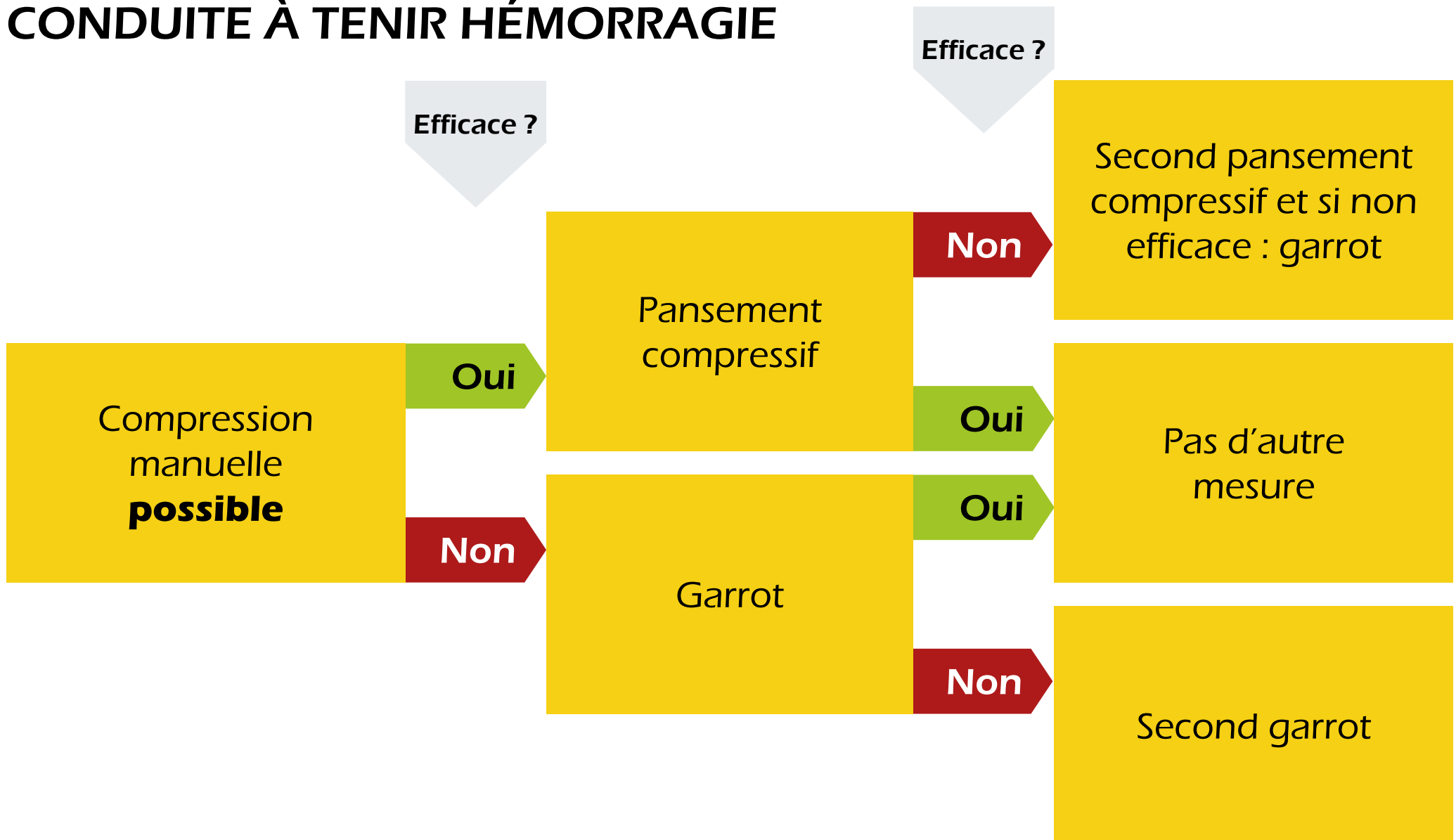
SURVEILLER L'ÉTAT DE LA VICTIME

Si elle répond, lui parler régulièrement et la **rassurer**.

Protéger la victime contre le froid et/ou les intempéries, la réchauffer.

En cas d'aggravation (sueurs abondantes, sensation de froid, pâleur intense, ou si la victime ne répond plus), **pratiquer les gestes qui s'imposent et rappeler les secours**.

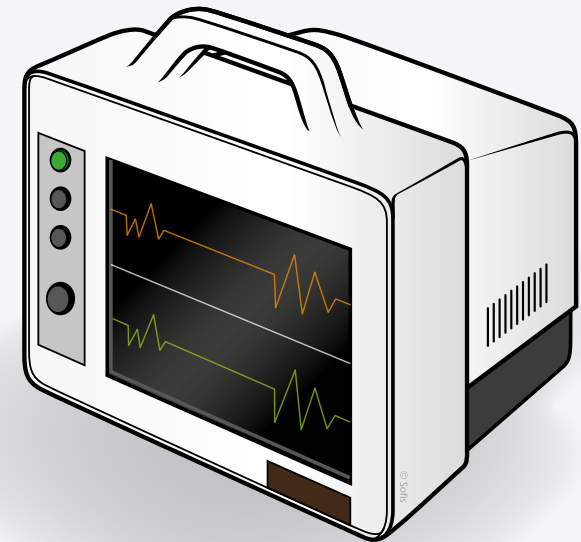
CONDUITE À TENIR HÉMORRAGIE



L'HÉMORRAGIE (CADRE PROFESSIONNEL)

Une fois l'hémorragie
contrôlée :

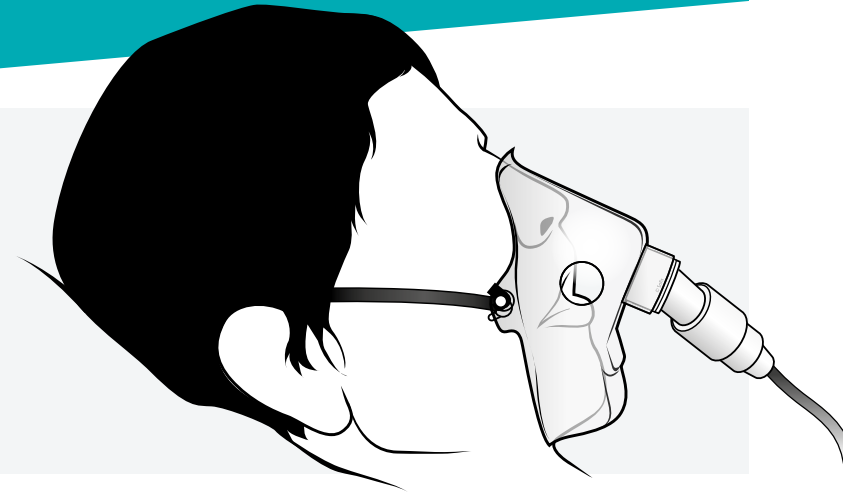
Étayer le bilan en prenant les constantes :
FC, FR, TA, SaO2, niveau de conscience
(score de Glasgow)...



L'HÉMORRAGIE (CADRE PROFESSIONNEL)

En fonction du degré de gravité,
par ordre de **priorité** :

Soutenir la perte des globules rouges par de
l'oxygène.



Mettre en place une voie veineuse périphérique, de bon calibre avec
un sérum salé isotonique, avec comme objectif une PAM à 60mmHg
(PAS à 80/90).

L'HÉMORRAGIE... ÉVALUER LE PATIENT

Évaluation de tension en fonction de la localisation du **pouls palpé**

Lorsque la TA (systolique ou maxima) **chute à 80 mmHg**, le pouls radial n'est plus perceptible.

Lorsque la TA systolique **chute à 60 mmHg**, le pouls fémoral n'est plus perçu.

Lorsque la TA systolique **chute à 40 mmHg**, le pouls carotidien n'est plus perçu.

HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

Saignement au niveau d'un **orifice naturel** souvent suite à une pathologie type rupture de varice œsophagienne.

HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

ÉPISTAXIS

Tête penchée vers l'avant (ne jamais allonger).

Faire moucher.

Comprimer les 2 narines pendant 10 minutes sans relâchement.



HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

ÉPISTAXIS

Avis médical si :



Pas d'arrêt du saignement ou reprise

Traumatisme associé

Prise de médicaments favorisant la fluidification du sang

HTA...

HÉMORRAGIES EXTÉRIORISÉES

HÉMATÉMÈSE / HÉMOPTYSIE

Allonger la victime dans la position où elle se sent le mieux si elle est consciente.

Installer la victime en position latérale de sécurité si elle est inconsciente.

Avis médical, surveillance.

Vérifier la quantité, l'aspect et la couleur du sang.

MESURES CONTRE LES RISQUES D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG.

Mesure **préventive**

Porter des gants (à défaut un sac plastique par exemple), des lunettes de protection et un masque en cas de risque de projection.

Utiliser des moyens spécifiques si disponible (Sac DASRI, Boîte OPCT...).

Ne pas porter ses mains à la bouche, au nez ou aux yeux.

Retirer les vêtements souillés dès que possible.

MESURES CONTRE LES RISQUES D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG.

Mesure **corrective**

Se laver les mains et toutes les zones souillées.

Se désinfecter (SHA, Dakin[®]...).

Suivre la procédure interne de l'établissement.



POINTS CLÉS

Action de secours **rapide** et **efficace**.

Arrêt du saignement abondant.

Protection du sauveteur par des règles d'hygiènes et de protection.

Lutter contre l'hypothermie.

LA VICTIME INCONSCIENTE QUI RESPIRE



OBJECTIFS

Identifier l'inconscience.

Assurer la liberté et la protection des voies aériennes d'une victime en ventilation spontanée.

Identifier la ventilation spontanée d'une victime.

Alerter.

CAS CLINIQUE

Vous retrouvez un homme étendu au sol dans la rue,
les yeux fermés.

Que faites-vous ?

Il ne réagit pas à vos stimuli : que faites-vous ?

Vous décidez de le mettre sur le côté : pourquoi et comment le faites-vous ?

QU'EST-CE QUE L'INCONSCIENCE ?

**Absence de
réaction** aux stimuli
verbaux ou physiques

Présence de
**ventilation
spontanée**

QU'EST-CE QUE L'INCONSCIENCE ?

L'inconscience peut être **d'origine** :

Médicale

Toxique

Traumatique

QUELS SONT LES RISQUES ?

Obstruction des voies aériennes par baisse du tonus musculaire de la langue

Inhalation des sécrétions gastriques et en cas de vomissements par abolition du réflexe de déglutition

Uniquement si la victime est à plat dos.

PRINCIPE D'ACTION

Libérer/protéger
les voies aériennes.

Favoriser
l'écoulement des
liquides vers l'extérieur.

QUE FAIRE ?

1

Rechercher la conscience de la victime (par des ordres simples) :

Réponse verbale : « Vous m'entendez ? Parlez-moi ? »

Réponse motrice : « Serrez moi les mains. »

Réponse oculaire : « Ouvrez les yeux. »

2

Évaluer sa respiration (LVA, évaluation sur 10 secondes, Observer les mouvements du thorax et de l'abdomen : j'écoute, je sens, je vois).

3

Installer la victime à plat dos seulement si on ne peut pas évaluer sa respiration et LVA (Libérer les voies aériennes : bascule prudente de la tête en arrière).

QUE FAIRE ?

4 Mettre la victime en Position Latérale de Sécurité (PLS).

5 Alerter.

6 Surveiller en continu et protéger des intempéries.

CAS PARTICULIERS

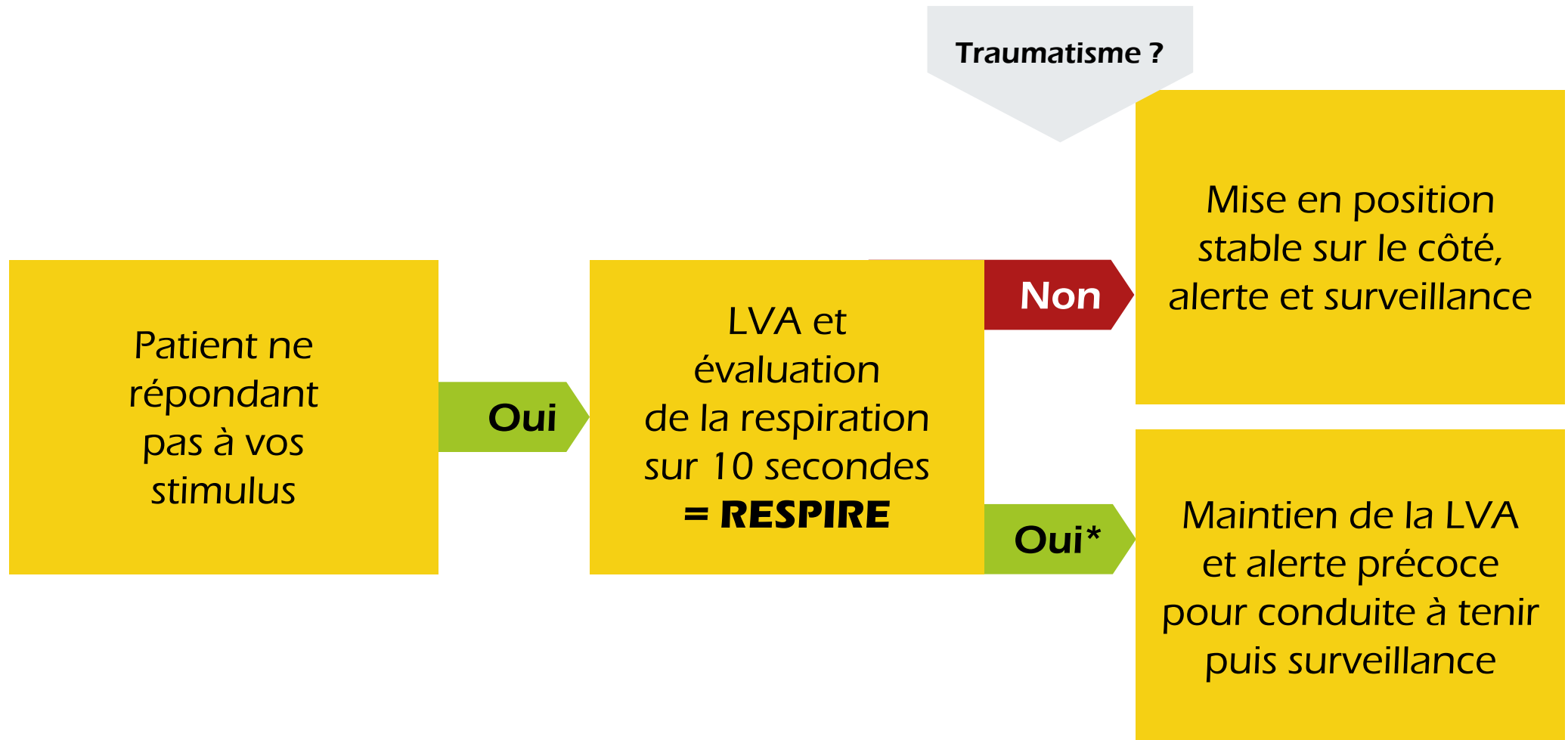
Traumatologie

Femme enceinte ou victime obèse

Nourrisson

Victime se présentant sur le ventre

CONDUITE À TENIR



* Ou forte suspicion

POINTS CLÉS

Limiter les mouvements de la colonne vertébrale, mais la libération des voies aériennes prime sur les éventuelles lésions traumatiques.

Si inconscient d'origine traumatique : appel précoce aux services de secours pour avis.

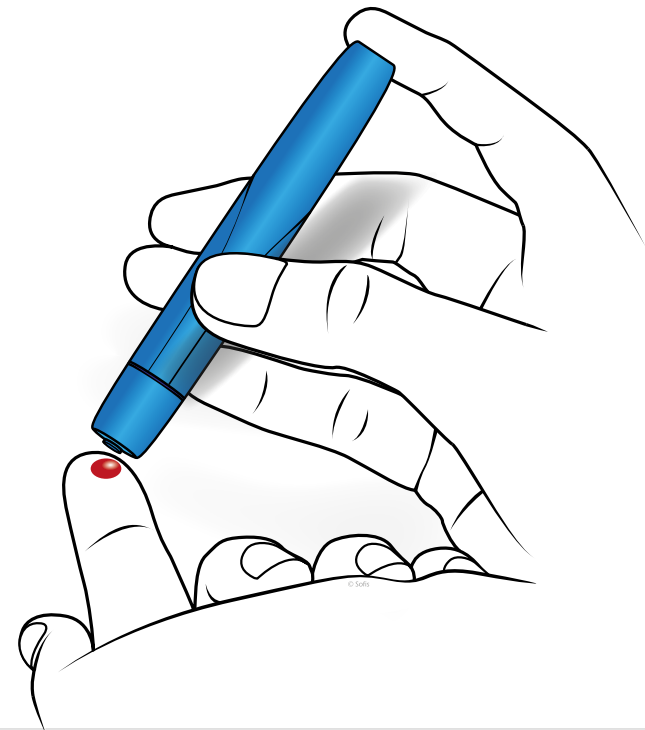
Mettre en position stable.

Surveiller la respiration en permanence.

BILAN PARA CLINIQUE

Prise des constantes : FC, FR, TA, SaO2

Glycémie capillaire



LA VICTIME INCONSCIENTE QUI NE RESPIRE PAS



OBJECTIFS

Identifier un arrêt cardiaque.

Alerter.

Réaliser ou faire réaliser une réanimation cardio pulmonaire avec le défibrillateur adapté pour l'adulte, l'enfant et le nourrisson.

CAS CLINIQUE

Vous retrouvez un homme dans la rue. Après vérification vous constatez que l'homme ne respire pas.

Que faites-vous ?

Vous décidez de débiter un massage cardiaque.

Comment procédez-vous ?

CAS CLINIQUE

Tout dépend...

MCE et
insufflations -
15/2

MCE et
insufflations -
30/2

MCE **seul**

QUELQUES CHIFFRES

Principale cause de l'arrêt cardiaque : **l'infarctus** (80%)

46 000 personnes victimes d'arrêt cardiaque en France chaque année

Âge moyen des arrêts cardiaques survenus en extrahospitalier : **68 ans**

63 % des victimes sont des **hommes**.

Taux de survie après 30 jours : **4,9 %** (augmente jusqu'à 10,4 % si massage cardiaque immédiat)

50 à 70 % de taux de survie avec défibrillation dans les 3 minutes
(source ERC 2015)

CHEZ L'ADULTE

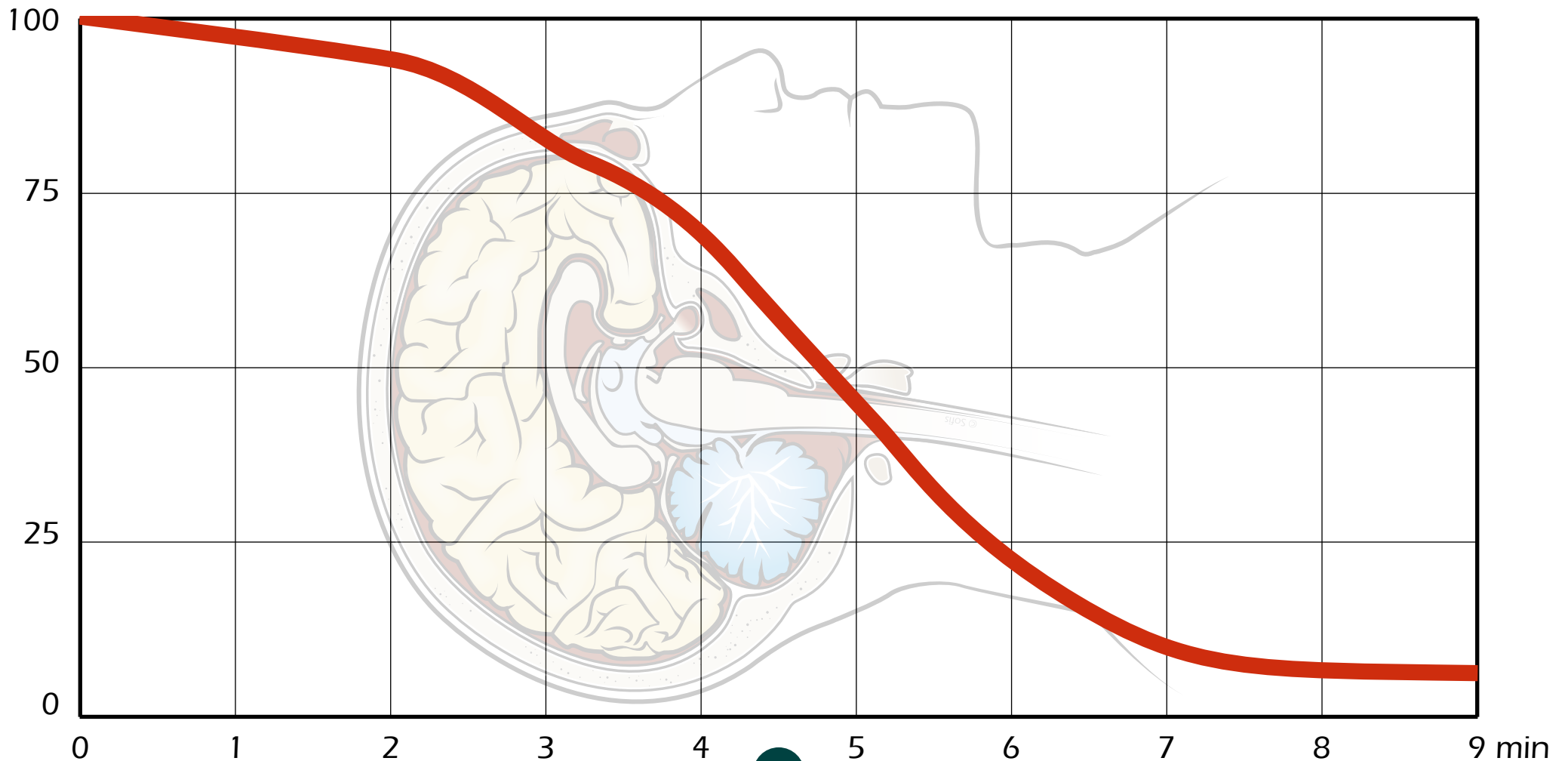
**Massage
+ défibrillation**

Dès que possible

ACR ET SURVIE

Chances de survie en l'absence de soin : chaque minute de « no flow », c'est 10 % de chance de survie en moins

% de survie



PRISE EN CHARGE DE L'ACR

Inconscience ?

Si oui, appeler à l'aide : « À l'aide, à l'aide ! »

Respiration ?

Message d'alerte (15 / 18)

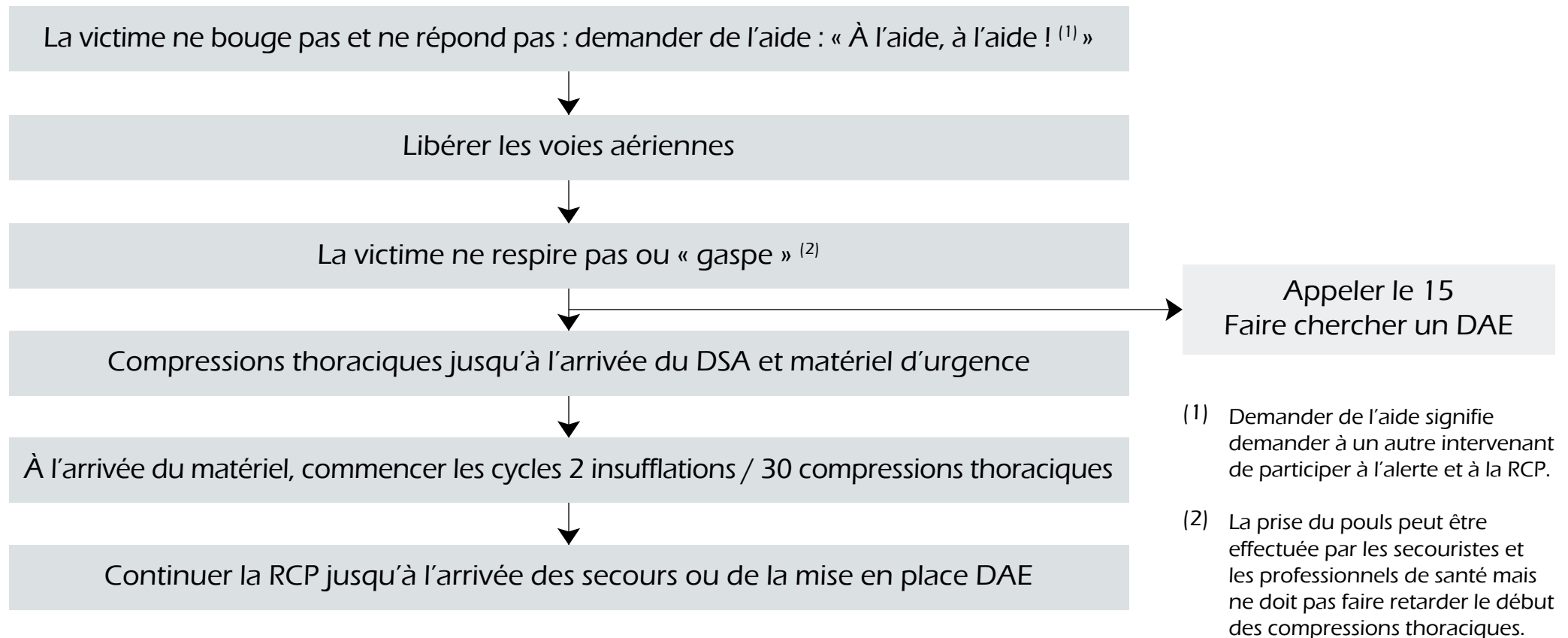
Débuter le plus précocement possible les compressions thoraciques

Faites chercher le DSA le plus proche, chariot ou sac d'urgence (BAVU)

PRISE EN CHARGE DE L'ACR

Figure 1 : Algorithme de la RCP de base

Cet algorithme est réalisable par tous les intervenants en attendant l'arrivée des secours dans le cadre de la chaîne de survie



À VOUS...



PRATIQUE DE LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE

Entraînement
MCE/ventilation
au BAVU

PRATIQUE DE LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE

COMPRESSIONS THORACIQUES

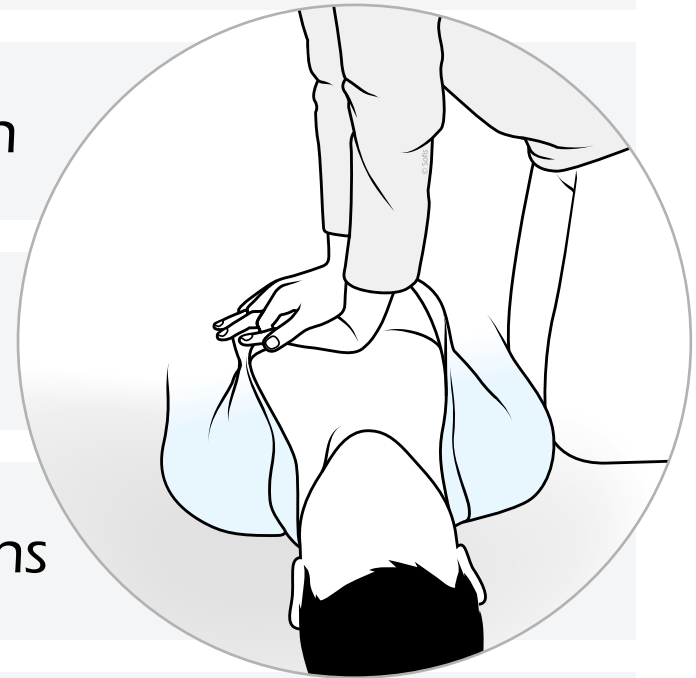
Fréquence : 100 à 120 compressions par minute

Temps de compression = temps de décompression

Profondeur des compressions du thorax : de 5 à 6 cm
(1/3 de son épaisseur en fonction de la morphologie)

Rythme : alterner 30 compressions pour 2 insufflations

Chaque interruption de massage ne doit pas dépasser 10 secondes



PRATIQUE DE LA RÉANIMATION CARDIO-PULMONAIRE

VENTILATION

BAVU adulte : à chaque insufflation: délivrer le volume nécessaire pour le soulèvement de la poitrine avec enrichisseur d'O₂

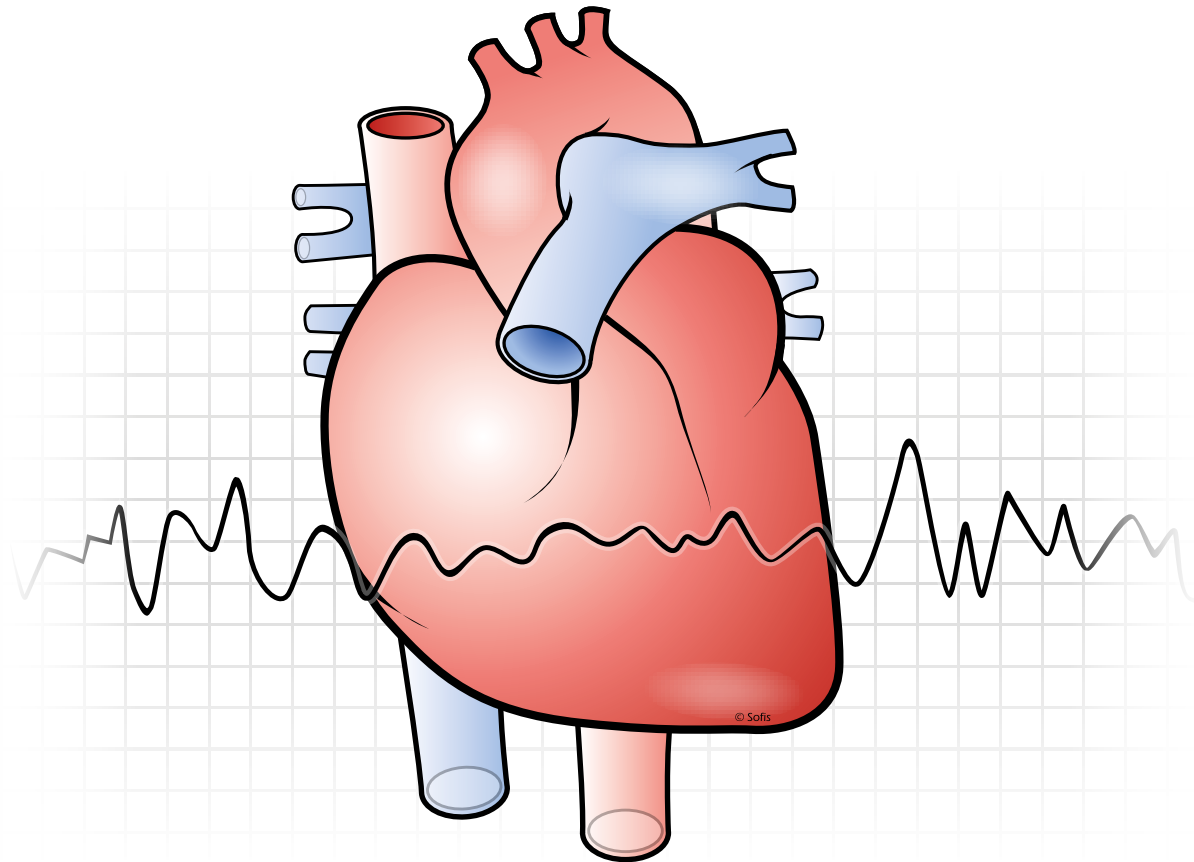
Débit d'O₂ : 15 l/min

Insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine se soulève.

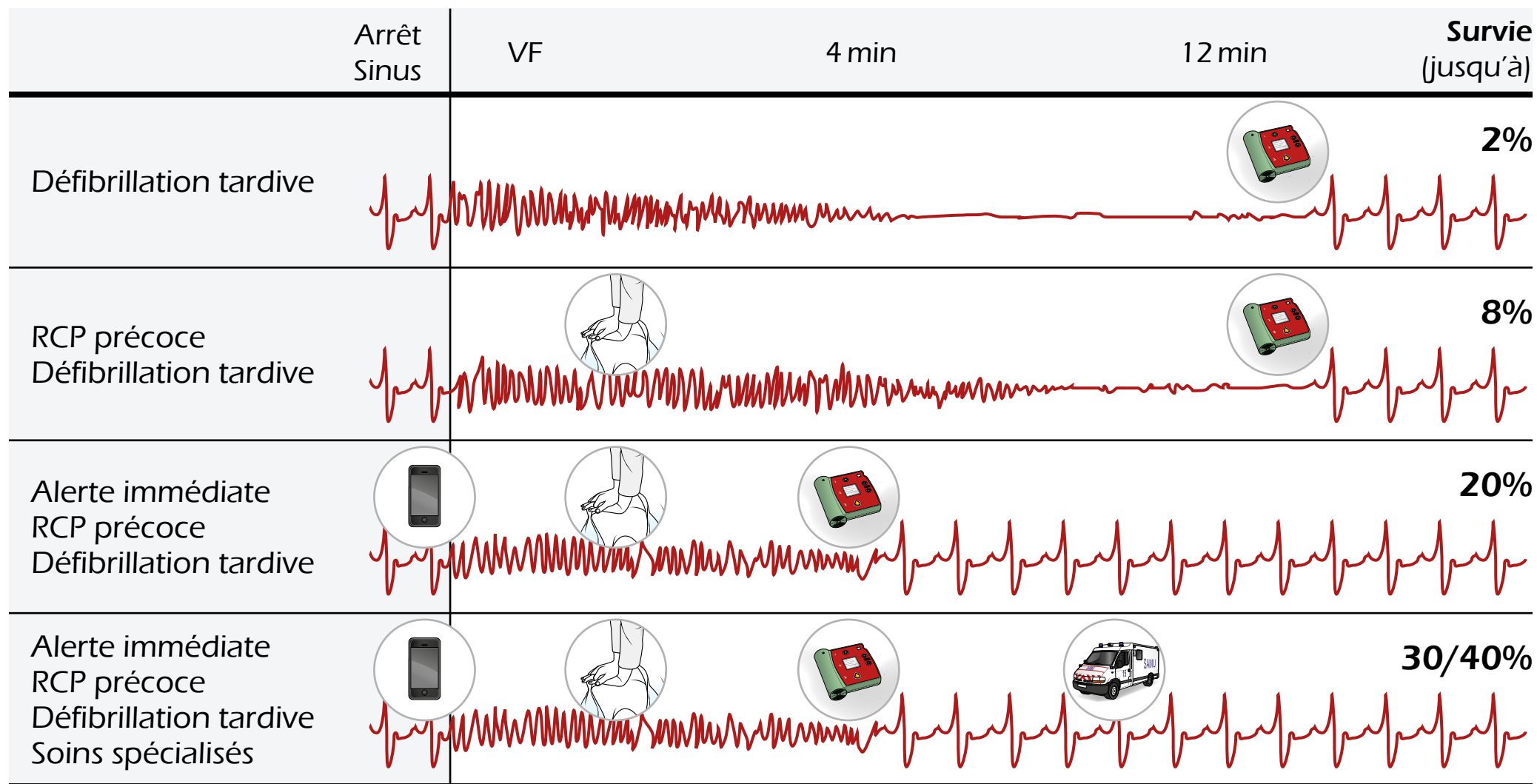
La durée des deux insufflations ne doit pas être supérieur à 5 secondes. Rythme : alterner 30 compressions pour 2 insufflations



RYTHME CARDIAQUE : CONDUCTION



LA SURVIE EN FONCTION DES SOINS



Alerte



RCP



Défibrillation

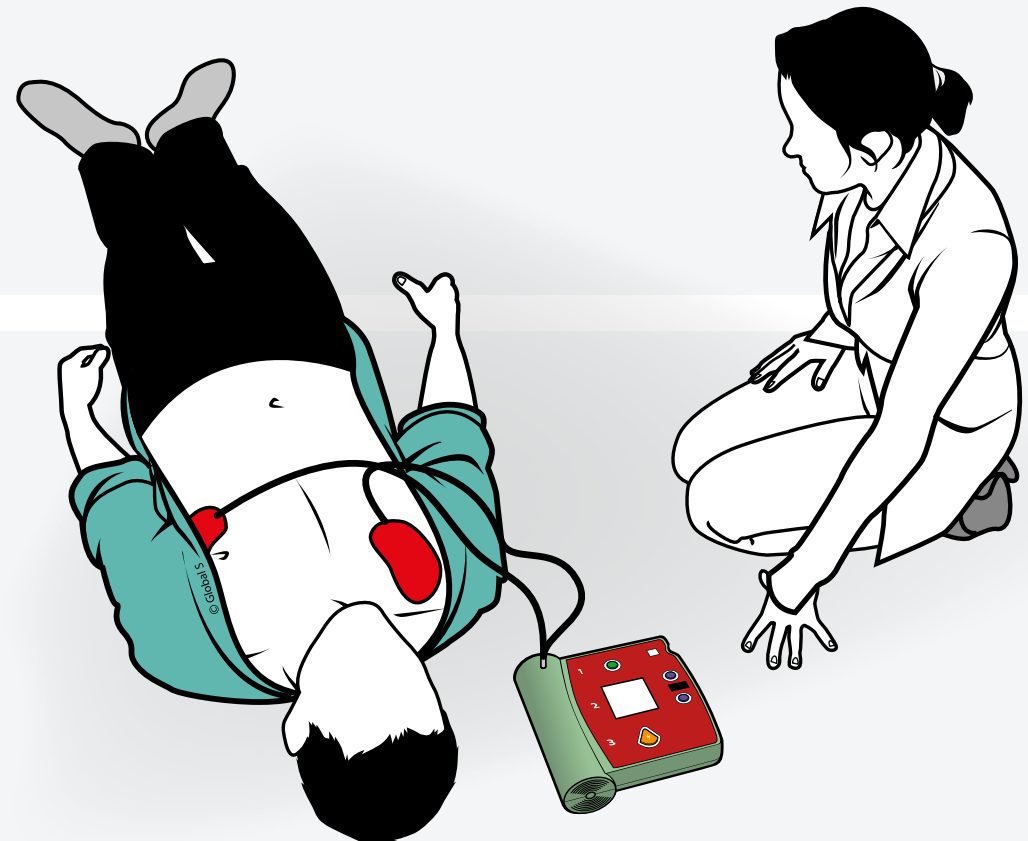


Soins spécialisés

PRÉSENTATION DU DSA

Utilisation du DSA

Démonstration



CAS CLINIQUES

À VOUS DE JOUER...

SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

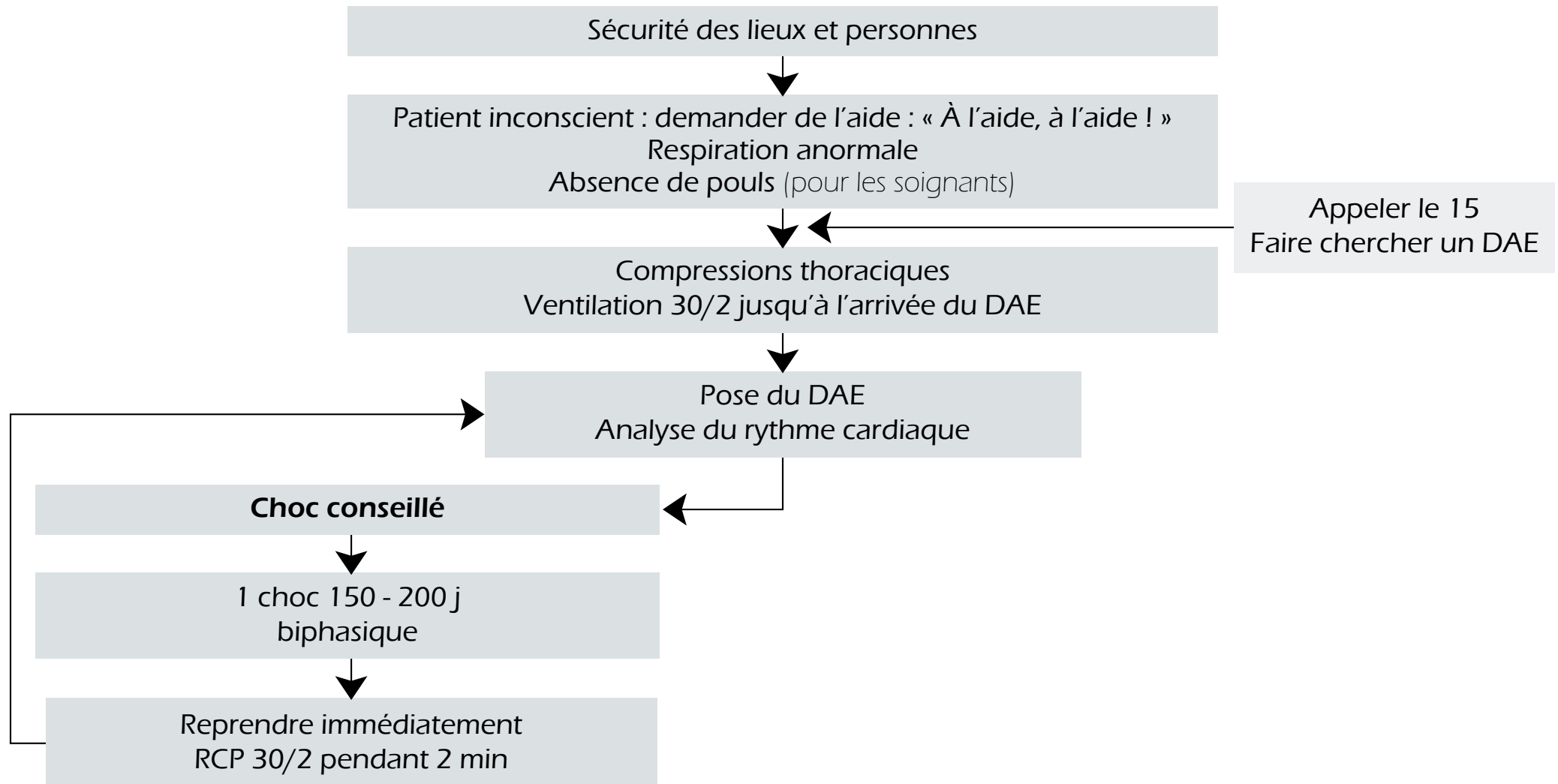


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE AVEC MATÉRIEL

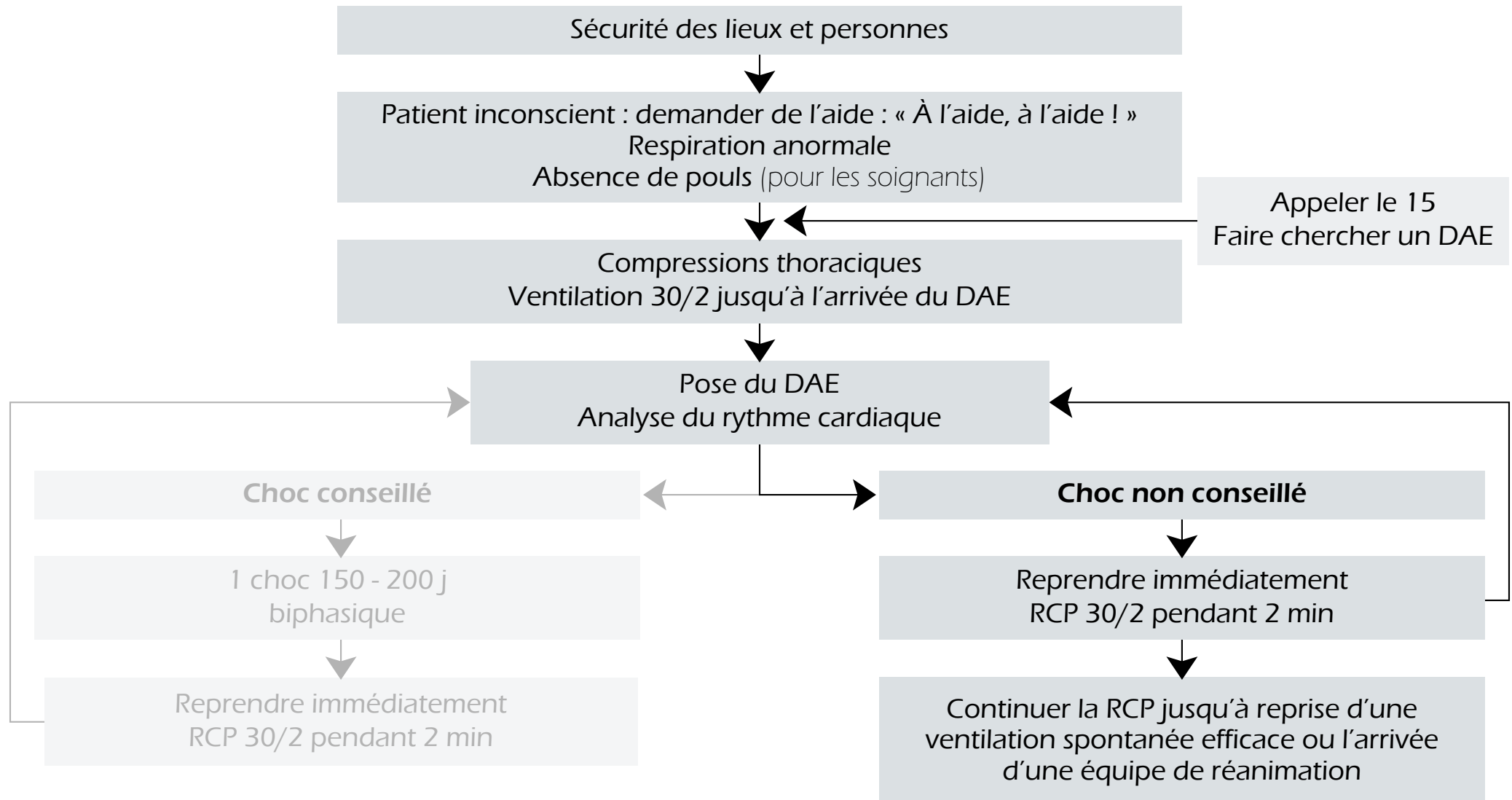


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE DANS STRUCTURE DE SOINS

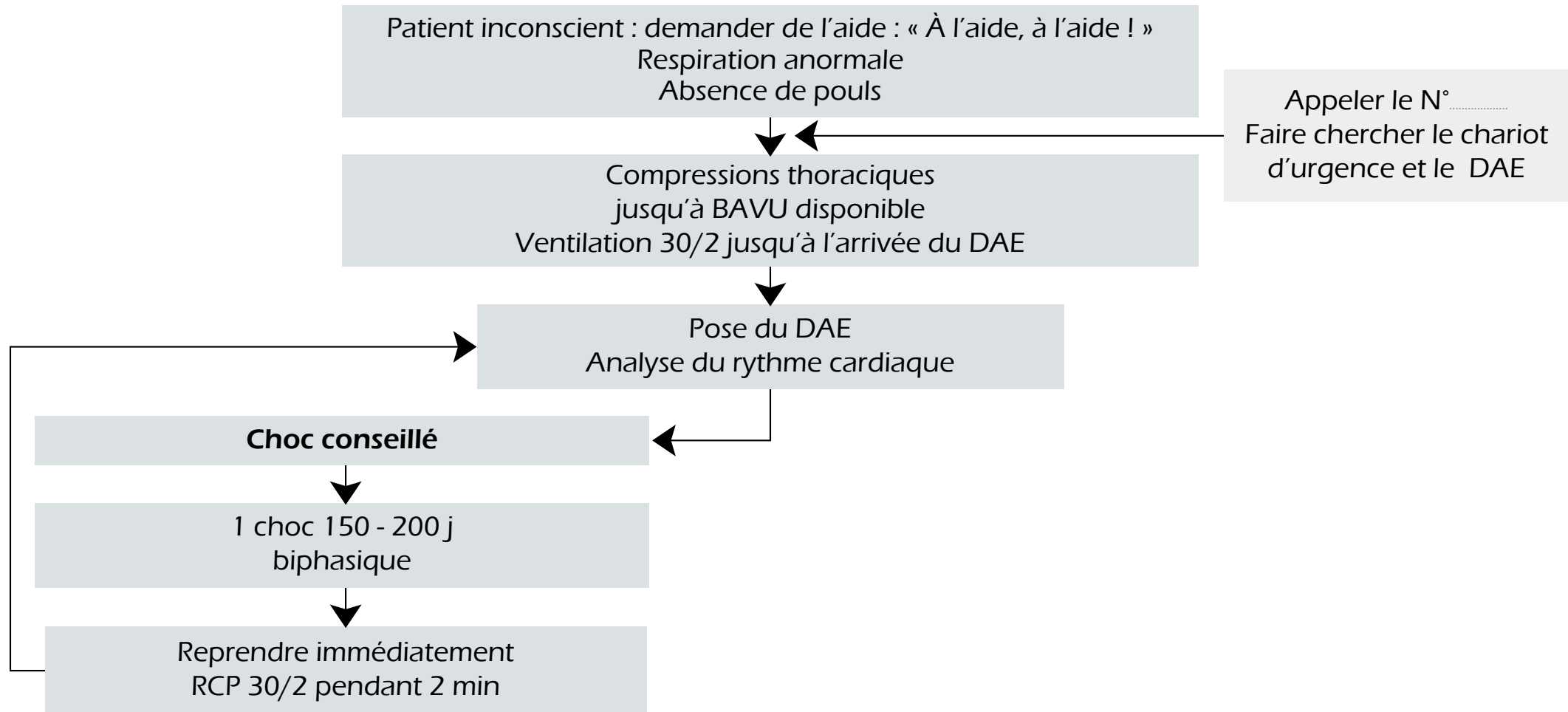
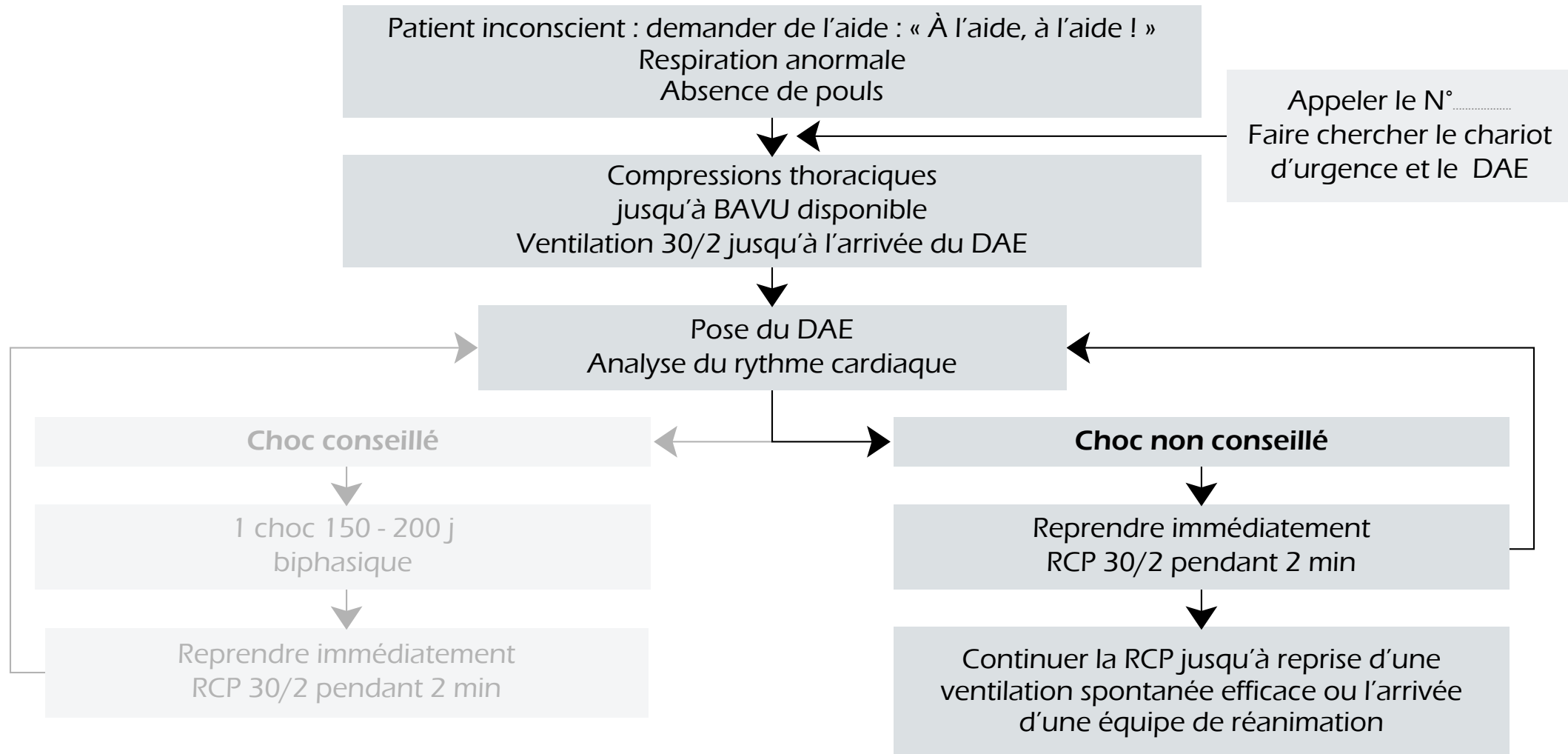


SCHÉMA D'AIDE À LA DÉCISION

L'ARRÊT CARDIAQUE EN ÉQUIPE DANS STRUCTURE DE SOINS



Ne jamais interrompre la RCP avant l'arrivée de l'équipe médicalisée.

LA CHAÎNE DE SURVIE



Reconnaissance
et activation
du système
d'intervention
d'urgence



Réanimation
Cardio
Respiratoire
immédiate de
haute qualité



Défibrillation
rapide



Services
médicaux
d'urgence
avancés et
de base



Soins avancés
d'urgence
et soins
post-arrêt

POUR ALLER PLUS LOIN

Anonymes

Prise en charge de l'arrêt cardiaque

Recommandations formalisées :

ERC Guidelines 2025 (European Resuscitation Council)

ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) 2025

POUR ALLER PLUS LOIN

Société française de cardiologie sur l'arrêt cardio circulatoire

<https://www.sfcardio.fr>

Prise en charge d'un AC intra-hospitalier, recommandations pour le personnel soignant

www.sfar.org

Prise en charge de l'arrêt cardiaque

www.sfmuc.org

POUR CONCLURE

L'urgence absolue oblige le(s) soignant(s) à réaliser le geste qui sauve avant ou en déclenchant les secours.

L'urgence absolue ne tolère pas un différé de prise en charge.

Mise en situation
pratique



Tél. 02 46 85 02 95

www.forsim.fr
contact@forsim.fr