



Ce livret reprend en tableau comparatif la version 2014 et 2018 des recommandations aux 1^{er} secours.

Les nouvelles fiches de procédures et de techniques ne sont pas dans ce document.

- 10 fiches classées 1.1.2 ayant eu des changements portant sur la tournure ou l'orthographe des phrases.
- 61 fiches classées 1.2.1 ayant eu des changements nécessitant une information des formateurs aux 1^{er} secours.
- 12 Fiches classées 2.1.1 ayant des changements nécessitant une formation pratique des formateurs aux 1^{er} secours.
- 14 nouvelles fiches 1.1.1 N nécessitant une information ou formation pratique des formateurs aux 1^{er} secours
- 106 fiches non modifiées

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 02 P 01 V 1.2.1	Protection individuelle de l'Intervenant	
	<p>EPI : un masque de poche pour permettre la réalisation d'une ventilation artificielle en cas d'absence de matériel adéquat.</p> <p>Protection contre les contaminations. « L'objectif des techniques de protection utilisables par les intervenants est d'interrompre le mécanisme de transmission et de diminuer le risque que le secouriste a d'entrer en contact avec les germes dangereux. »</p>	<p>Suppression de la notion de masque de poche pour la ventilation artificielle</p> <p>Protection contre les contaminations. « L'objectif des techniques de protection utilisables par les intervenants est d'interrompre la transmission d'un germe d'un individu à l'autre et de limiter le risque de transmission d'un germe dangereux aux secouristes.</p> <p>Protection contre les contaminations. Rajout de la notion de liquides biologiques (sang – urine- salive ...)</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 02 S 01 V 1.2.1	Sécurité sur intervention	
	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer une approche prudente de la zone d'accident. - Regarder autour de la victime, en restant à distance d'elle pour : Evaluer la présence de dangers qui pourrait menacer la victime comme les intervenants. Repérer les personnes qui pourraient être exposées aux dangers identifiés et le nombre de victime. 	<ul style="list-style-type: none"> - Effectuer une approche prudente de la zone d'accident afin d'évaluer les dangers potentiels pour les intervenants et les témoins. - Regarder autour de la victime, en restant à distance d'elle pour évaluer la présence de dangers persistants qui peuvent la menacer. <p>Rajouts des phrases suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place les moyens de protection collective en dotation - Toutes ces actions peuvent en fonction des moyens humains à disposition se faire simultanément.
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 02 P 05 V 1.2.1	Protection accident Electrique	
		<p>Rajout de la notion :</p> <p style="padding-left: 40px;">« en présence de câble électrique basse ou haute tension au sol, ne pas s'approcher et attendre l'intervention d'équipes spécialisées.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 02 P 04	Protection d'un accident de la route	
V 1.2.1		<p>Rajout de la notion :</p> <p>« Ne pas mettre de triangle de pré signalisation sur les voies rapides et autoroute »</p> <p>« Si le véhicule possédé une clé ou carte de démarrage à distance, éloigner la carte à plus de 5 mètres du véhicule »</p>
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 02 P 03	Protection contre l'Incendie	
V 1.2.1	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évacuer toutes les personnes exposées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évacuer toutes les personnes pouvant être exposées directement au feu ou aux fumées.... <p>Rajout de la notion :</p> <p>« Demander aux personnes qui ne sont pas exposées directement au feu ou aux fumées de se confiner dans une pièce et de se manifester aux fenêtres pour être prises en compte par les secours. »</p> <p>En présence d'une victime dans un local enfumé et non ventilé. Faire un dégagement d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si visible depuis l'entrée du local - Si le sauveteur juge que ses capacités sont suffisantes pour réaliser le sauvetage et la configuration des lieux lui est favorable <p>En présence d'une victime dont les vêtements sont en feu. « En milieu professionnel, éteindre les flammes avec un extincteur approprié (couleur verte)</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 A 01 V 2.1.1	Arrêt Cardiaque	
	<p>Signes de l'arrêt cardiaque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Victime qui ne bouge pas - Perte de connaissance - Absence de respiration ou respiration anormale (gasp) <p>Si recherche du pouls ne doit pas retarder les gestes de 1^{er} secours.</p> <p>Recherche du pouls :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carotidien chez l'adulte et l'enfant - Fémoral chez l'enfant ou le nourrisson - Huméral chez le nourrisson 	<p>Signes de l'arrêt cardiaque :</p> <p>Cette identification doit pouvoir être réalisée par le preneur d'appel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elle ne répond pas quand on l'appelle ou la simule (perte de connaissance) - Elle ne respire plus ou a une respiration anormale (gasp) <p>Si recherche du pouls, elle ne doit <u>pas excéder 10 secondes</u> et ne doit pas retarder des gestes de 1^{er} secours.</p> <p>Recherche du pouls :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carotidien chez l'adulte et l'enfant - Fémoral chez l'enfant ou le nourrisson <p>Principe de l'action de secours. Rajout « en cas d'absence ou de doute sur la présence du pouls chez une victime qui a perdu connaissance, même avec des mouvements respiratoires, il faut débiter ou poursuivre une RCP. En effet la réalisation d'une RCP précoce par des témoins peut permettre une reprise de mouvements ventilatoires grâce au massage cardiaque sans reprise de circulation. »</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser <u>ou guider</u> une RCP précoce

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 04 A 01 V 2.1.1	Arrêt Cardiaque chez l'adulte	
	<p>« Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance du choc électrique par le DAE, lorsque le DAE le demande et si la victime est toujours en arrêt cardiaque. »</p> <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les manœuvres de réanimation - Adopter la conduite à tenir adaptée à une victime présentant une perte de connaissance. 	<p>Rajout :</p> <p>« L'interruption des compressions thoraciques doit être limitée à son minimum au moment des insufflations. »</p> <p>« Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance ou non du choc électrique sans attendre les instructions vocales du DAE. »</p> <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les compressions thoraciques et la ventilation - Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation <u>tout en gardant la victime sur le dos.</u> - Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 04 A 02	Arrêt Cardiaque chez l'adulte en sauveteur isolé	
V 2.1.1	<p>En l'absence d'un tiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerter les secours - Si un DAE est à proximité, le mettre en œuvre..... .. <p>Un tiers est présent.</p> <p>Avec et sans tiers. Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les manœuvres de réanimation. - Adopter la conduite à tenir adaptée à une victime présentant une perte de connaissance. 	<p>En l'absence d'un tiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerte les secours de préférence avec son téléphone portable. Le mettre sur le mode mains libres et débiter immédiatement la RCP en attendant que les services de secours répondent. - Si un DAE est à proximité immédiate (dans le champ visuel le mettre le plus tôt possible et suivre ses indications vocales en interrompant le massage cardiaque le moins possible. <p>Un tiers est présent.</p> <p>Suppression de « en présence d'un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le retirer au préalable ».</p> <p>Rajout du chapitre « En présence de plusieurs sauveteurs, relayer le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 minutes en interrompant le moins possible les compressions thoraciques. En cas d'utilisation d'un DAE, le relais sera réalisé pendant l'analyse. »</p> <p>Avec et sans tiers. Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les compressions thoraciques et la ventilation. - Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation <u>tout en gardant la victime sur le dos.</u> <p>Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 04 A 03 V 1.2.1	Arrêt Cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson	
	<p>A 2 secouristes, si l'un est occupé à demander les moyens de renfort, l'autre met immédiatement en œuvre le DAE, si l'appareil est disponible.</p> <p>« Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance du choc électrique par le DAE, lorsque le DAE le demande et si la victime est toujours en arrêt cardiaque. »</p> <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les manœuvres de réanimation. - Adopter la conduite à tenir adaptée à une victime présentant une perte de connaissance. 	<p>Suppression de « en présence d'un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le retirer au préalable ».</p> <p>A 2 secouristes ou plus avec DAE, un ou deux secouristes poursuivent le massage cardiaque et la ventilation, l'autre et en œuvre le DAE.</p> <p>« Reprendre la RCP immédiatement après la délivrance ou non du choc électrique sans attendre les instructions vocales du DAE. »</p> <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les compressions thoraciques et la ventilation. - Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation <u>tout en gardant la victime sur le dos.</u> - <p>Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 04 A 04	Arrêt Cardiaque chez l'enfant ou le nourrisson en sauveteur isolé	
V 1.2.1	<p>En l'absence d'un tiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerter les secours - Si un DAE est à proximité, le mettre en œuvre..... .. - Poursuivre la RCP entreprise jusqu'à un relais par les secours ou la reprise d'une respiration normale. <p>Un tiers est présent.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la RCP entreprise jusqu'à un relais par les secours ou la reprise d'une respiration normale. <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les manœuvres de réanimation. - Adopter la conduite à tenir adaptée à une victime présentant une perte de connaissance. 	<p>Suppression de « en présence d'un corps étranger pénétrant dans le thorax et empêchant la RCP, le retirer au préalable ».</p> <p>En l'absence d'un tiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerte les secours de préférence avec son téléphone portable. Le mettre sur le mode mains libres et débiter immédiatement la RCP en attendant que les services de secours répondent. - Si un DAE est à proximité immédiate (dans le champ visuel) le mettre le plus tôt possible et suivre ses indications vocales en interrompant le massage cardiaque le moins possible. - Poursuivre la RCP entreprise jusqu'à un relais par les secours. <p>Un tiers est présent.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la RCP entreprise jusqu'à un relais par les secours. <p>Si la victime commence à se réveiller (bouge, ouvre les yeux et respire normalement) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser les compressions thoraciques et la ventilation. - Réaliser un bilan d'urgence vitale et assurer une surveillance constante de la conscience et de la ventilation <u>tout en gardant la victime sur le dos.</u> <p>Se tenir prêt à reprendre les manœuvres de RCP en raison du risque majeur de récurrence de l'arrêt cardiaque.</p> <p>Rajout du chapitre</p> <p>« En présence de plusieurs sauveteurs, relayer le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 minutes en interrompant le moins possible les compressions thoraciques. En cas d'utilisation d'un DAE, le relais sera réalisé pendant l'analyse. »</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 D 04 V 1.2.1	Détresse Circulatoire	
	<p>Risques et conséquences.</p> <p>L'atteinte de la fonction circulatoire retentit rapidement sur les deux autres et menace, immédiatement ou à très court terme, la vie de la victime car ses organes vitaux (cerveau – cœur) peuvent, très vite, être privés d'oxygène.</p> <p>Signes.</p>	<p>Risques et conséquences.</p> <p>L'atteinte de la fonction circulatoire risque d'empêcher la délivrance d'oxygène aux organes et de retentir rapidement sur les deux autres fonctions vitales.</p> <p>Signes Rajout :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La baisse de la pression artérielle systolique (< à 90 mm de Hg ou diminution de la PA habituelle de la victime hypertendu > à 30 %. - Un temps de recoloration cutanée (TRC) supérieur à 3 secondes. - L'impossibilité de rester assis ou debout qui se manifeste par l'apparition de vertiges, puis d'une somnolence avant la survenue d'une perte de connaissance.
PR 04 D 01 V 1.2.1	<p>La victime est consciente</p> <p>Couvrir la victime pour limiter son refroidissement.</p>	<p>La victime est consciente</p> <p>Couvrir la victime et éviter de la laisser directement au sol pour limiter son refroidissement.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 D 02 V 1.1.2	Détresse Neurologique	
	Signes.	Signes Rajout : - Convulsions - Une asymétrie du visage
PR 04 D 02 V 1.1.2	La victime est consciente - Allonger la victime.	La victime est consciente - Allonger la victime tut en assurant une protection thermique et en l'isolant rapidement du sol.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 D 03 V 1.1.2	Détresse Respiratoire	
	Signes.	Signes. Rajout : « Une hypoxie et objectivée par une baisse de la saturation pulsée en O2 (saturomètre) < 94 % ou < 89 % chez l'insuffisant respiratoire chronique.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 H 02 V 1.2.1	Hémorragie externe	
	Principe de l'action de secours.	Principe de l'action de secours. L'action de secours doit permettre : rajout de : « De rechercher une détresse circulatoire ».
PR 04 H 05 V 2.1.1	<p>Réaliser une compression manuelle quelle que soit la localisation de la plaie.</p> <p>Compléter par un pansement compressif supplémentaire, si le saignement persiste.</p> <p>Protéger la victime contre le froid ou les intempéries.</p>	<p>Réaliser une compression manuelle <u>en l'absence de corps étranger</u> quelle que soit la localisation de la plaie.</p> <p>Suppression du 2^{ème} pansement compressif sur le 1^{er}. Si le pansement compressif est inefficace, reprendre la compression directe et utiliser : Soit un garrot si le saignement siège au niveau des membres supérieur ou inférieur. Cette zone est appelée « zone garrotable ».</p> <p>Soit par un pansement imbibé d'une substance hémostatique, maintenu par un pansement compressif, lorsque le saignement siège à la jonction des membres et du tronc (pli de l'aîne – creux axillaire), au niveau des fesses, du tronc, du cou ou de la tête. Ce qui correspond à la zone dite « non garrotable ».</p> <p>Protéger la victime contre le froid ou les intempéries et l'isoler du sol car l'hypothermie aggrave l'état de la victime.</p>
AC 04 H 01 V 1.1.2	Hémorragie extériorisée	
	Risques et conséquences.	Risques et conséquences. Rajout : « Malheureusement certaines hémorragies extériorisées ne peuvent pas être arrêtés par des gestes de secours habituels. »

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 04 H 01 V 1.2.1	Hémorragie extériorisée par la bouche	
	<p>Allonger la victime en position horizontale sur le côté ou l'installer en position demi-assise si elle ne supporte pas d'être allongée.</p> <p>Conserver les vomissements ou les crachats dans un récipient pour les montrer au médecin.</p>	<p>Allonger la victime en position horizontale sur le côté ou l'installer en position demi-assise si elle ne supporte pas d'être allongée <u>ou présente des signes de détresse respiratoire.</u></p> <p>Suppression de cette phrase.</p>
PR 04 H 03 V 1.2.1	Hémorragie extériorisée par le nez.	
	<p>Consécutif à une chute.</p> <p>Examiner la victime et réaliser les gestes de 1^{er} secours. Transmettre le bilan pour obtenir un avis médical. Surveiller la victime.</p>	<p>Consécutif à une chute.</p> <p>Appliquer la conduite à tenir devant un traumatisme de la face.</p>
PR 04 S 1 V 1.2.1	Section de membre.	
	<p>Réaliser un pansement compressif sur le moignon en l'absence de saignement.</p>	<p>Réaliser un pansement compressif en s'aidant d'un pansement imbibé d'une substance hémostatique si besoin même en l'absence de saignement.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 04 O 1 V 1.1.2	Obstruction <u>AIGUE</u> des voies aériennes par un corps étranger.	
	Causes. L'OVA survient le plus souvent, alors que la victime est en train de manger ou, s'il s'agit d'un enfant, en train de jouer avec un petit objet.	Causes. Les corps étrangers qui sont le plus souvent à l'origine d'une obstruction des voies aériennes sont les aliments (noix-cacahuète-carottes...) ou des objets (aimants de magnets – jouets...). L'obstruction particulièrement fréquente chez l'enfant, se produit le plus souvent lorsque la personne est en train de manger, de boire ou de porter un objet à la bouche.
PR 04 O 01 V 1.1.2	Obstruction partielle des voies aériennes	
	Si l'obstruction devient totale ou en cas d'arrêt de la respiration, appliquer la procédure adaptée.	Si l'obstruction devient totale ou en cas d'arrêt de la respiration, appliquer la conduite à tenir devant une obstruction grave.
PR 04 O 02 V 1.2.1	Obstruction <u>GRAVE</u> des voies aériennes	
	La victime est consciente. Réaliser des compressions thoraciques - Au niveau thoracique 'il s'agit d'un nourrisson, d'un adulte obèse ou d'une femme enceinte dans les derniers mois de grossesse. Transmettre le bilan pour avis médical.	La victime est consciente. Réaliser des compressions thoraciques - Au niveau thoracique 'il s'agit d'un adulte obèse ou d'une femme enceinte dans les derniers mois de grossesse <u>lorsqu'il est impossible d'encercler l'abdomen.</u> Transmettre le bilan pour avis médical car . Même si la désobstruction est efficace, de petits corps peuvent passer dans les voies aériennes et dans les poumons et provoquer des complications secondaires. . Les manœuvres de compressions thoraciques ou abdominales, même réalisées correctement peuvent provoquer des lésions internes.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 05 0 1 V 1.2.1	Crise convulsive généralisée.	
	<p>Définition. La crise convulsive généralisée est une perturbation de l'activité électrique d'une partie du cerveau qui se traduit extérieurement par une perte de connaissance accompagnée de mouvements incontrôlés de tout le corps (convulsions généralisées).</p> <p>Causes. Les enfants plus particulièrement les nourrissons peuvent présenter des convulsions lors de fortes fièvres.</p> <p>Signes.</p> <p>Dans certains cas, elle peut enchaîner plusieurs crises convulsives avec ou sans reprise de conscience entre la crise. C'est l'état de mal épileptique.</p>	<p>Définition. La crise convulsive généralisée est une perturbation de l'activité électrique cérébrale qui se traduit extérieurement par une perte de connaissance et/ou un regard fixe accompagnée de mouvements musculaires incontrôlés de tout le corps (convulsions généralisées). Ces manifestations sont appelées des convulsions.</p> <p>Causes. Les enfants plus particulièrement les nourrissons peuvent présenter des convulsions provoquées par une variation soudaine de la température (fièvre).</p> <p>Signes. Rajout « La crise convulsive peut être précédée de signes annonciateurs. La victime peut éprouver une sensation u une impression inhabituelle (telle qu'une hallucination visuelle ou olfactive).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Révulsion des globes oculaires - Respiration irrégulière ou absente - Hypersalivation - Contracture des muscles de la mâchoire <p>Regard fixe lors de la reprise progressive de conscience.</p> <p>Dans certains cas, elle peut enchaîner plusieurs crises convulsives avec ou sans reprise de conscience entre la crise. C'est l'état de <u>mal convulsif qui nécessite une prise en charge médicale urgente.</u></p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 05 C 1 V 1.2.1	Crise convulsive généralisée.	
	<p>Chez l'adulte ou l'enfant. Au décours de la crise.</p> <p>Pendant la crise.</p> <p>Transmettre sans délai un bilan si</p>	<p>Chez l'adulte ou l'enfant. Suppression de ce paragraphe.</p> <p>Pendant la crise : rajout : « Ne rien placer entre les dents de la victime ou dans sa bouche. Elle n'avaler pas sa langue. »</p> <p>Suppression de ce paragraphe. Rajout : A la fin des convulsions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que les VA sont libres et vérifier sa respiration. - Débuter la RCP si elle ne respire pas. - Installer la victime en PLS si elle respire. - Lorsque la victime redevient consciente, la garder au calme et la rassurer. - <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre le bilan, rechercher d'éventuels signes de traumatismes et noter l'heure de survenue de la durée de la crise. - Réaliser une mesure de la glycémie capillaire après la phase convulsive. - Transmettre un bilan et appliquer les consignes. - Surveiller la victime jusqu'à ce qu'elle retrouve un état normal de conscience.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 05 C 2 V 1.2.1	Crise d'asthme.	
	<p>Définition. La crise d'asthme est provoquée par un rétrécissement brutal du calibre des bronchioles (petites bronches) qui rend la respiration difficile.</p> <p>Causes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une allergie. - Une infection. - Certains médicaments. - Une fumée ou un gaz irritant. - L'effort. - Une forte émotion. <p>Risques et conséquences. La crise d'asthme rend la respiration difficile et peut entraîner une détresse respiratoire.</p> <p>Principe de l'action de secours.</p>	<p>Définition. La crise d'asthme est une détresse respiratoire provoquée par une inflammation et une contraction de fibres musculaires lisse des bronchioles (petites bronches) qui entraîne un rétrécissement brutal de leur calibre.</p> <p>Causes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contact avec un allergène (poils d'animaux, pollens...). - Une infection respiratoire. - Certains médicaments comme l'aspirine. - La fumée, la pollution ou un gaz irritant. - L'effort. - Une forte émotion, l'anxiété ou l'angoisse. - Les variations climatiques. <p>Rajout paragraphe : « Les personnes qui souffrent d'asthme peuvent diminuer la survenue de crises en contrôlant leur environnement et en limitant le risque d'exposition aux facteurs déclenchant la crise d'asthme. »</p> <p>Risques et conséquences. La crise d'asthme rend la respiration difficile et peut entraîner une détresse respiratoire. Quand la crise survient, a victime peut utiliser des médicaments. Les médicaments de l'asthme relaxent les fibres musculaires lisses des bronchioles et permettent à l'air de circuler jusqu'aux alvéoles. Ceci rend la respiration de la victime plus facile.</p> <p>Principe de l'action de secours. Rajout : « aider la victime à prendre son traitement. »</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 05 C 2 V 1.2.1	Crise d'asthme.	
	<p>La victime est consciente.</p> <p>Installer la victime dans la position où elle se sent le mieux pur respirer, il s'agit souvent de la position assise ou demi assise.</p> <p>Surveiller la victime</p> <p>La victime a perdu connaissance.</p> <p>Appliquer la conduite à tenir devant une victime en arrêt cardiaque, si la victime ne respire pas ou plus ou si elle présente une respiration anormale (gasp).</p> <p>Appliquer la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance, si elle respire, même difficilement.</p>	<p>La victime est consciente.</p> <p><u>Mettre la victime au repos</u> et l'installer la victime dans la position où elle se sent le mieux pur respirer, il s'agit souvent de la position assise ou demi assise.</p> <p>Surveiller la victime, <u>particulièrement sa respiration.</u></p> <p>La victime a perdu connaissance.</p> <p>Appliquer la conduite à tenir devant un arrêt cardiaque si la victime perd connaissance et ne respire plus.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 05 M 01 V 2.1.1	Malaise <u>HYPOGLYCEMIQUE</u> chez le diabétique	
	<p>Causes.</p> <p>Risques et conséquences. Lorsque le taux de sucre diminue, le fonctionnement du cerveau est rapidement altéré et une détresse neurologique s'installe pouvant aller jusqu'à une perte de connaissance.</p> <p>Signes.</p>	<p>Causes : Rajout : « NB : d'autres malaises d'origine et causes différentes peuvent se rencontrer chez une personne atteinte de diabète. De même, un malaise lié à une hypoglycémie peut se rencontrer chez des personnes qui ne sont pas diabétiques (malaise à l'effort – à jeun).</p> <p>Risques et conséquences. Lorsque le taux de sucre diminue, le fonctionnement du cerveau et de tout l'organisme est rapidement altéré. L'hypoglycémie peut déclencher des complications soudaines et potentiellement mortelles comme de convulsions ou une perte de connaissance (détresse neurologique). Il n'en est pas de même pour l'hyperglycémie qui évolue en règle générale progressivement, sans signes visibles sur période de plusieurs heures ou plusieurs jours et qui fait rarement l'objet d'un recours à des services de secours d'urgence.</p> <p>Signes : rajout : « Dans certains cas la victime présente des signes qui peuvent faire évoquer un accident vasculaire cérébral ».</p> <p>Mesure de la glycémie capillaire. Lors de l'interrogatoire de la victime ou de son entourage, il est possible d'apprendre que celle-ci est diabétique. Dans ce cas devant un malaise chez un diabétique, un test de dépistage d'une hypoglycémie peut être réalisé en utilisant un appareil de mesure de la glycémie capillaire, le glucomètre. On utilisera de préférence l'appareil de mesure de la victime, sinon l'équipe de secours utiliser le sien si elle en est dotée.</p>

		<p>Le résultat instantané de cette mesure permet à l'équipe de transmettre cette information au médecin régulateur pour l'aider dans l'évaluation de la situation et des suites à donner.</p> <p>Lors du transfert de la valeur de la mesure, il est essentiel d'indiquer l'unité de mesure de la glycémie utilisée par l'appareil : millimole par litres (mmol/l) milligramme par décilitre (mg/dl) ou gramme par litre (g/l). En fonction de l'unité, le chiffre est totalement différent</p> <p>On considère qu'une victime est en hypoglycémie si la valeur mesurée de la glycémie est < 3,3 mmol/l (ou <60 mg/dl ou <0,6g/l).</p>
PR 05 M 01 V 2.1.1	Malaise <u>HYPOGLYCEMIQUE</u> chez le diabétique	
	<p>La victime a perdu connaissance. Appliquer la conduite à tenir adaptée.</p> <p>La victime est consciente.</p> <p>Aider la victime à prendre une boisson sucrée ou du sucre en morceau (20gr), si l'origine du malaise est inconnue.</p>	<p>La victime a perdu connaissance. Appliquer la conduite à tenir adaptée et réaliser en priorité les gestes d'urgence qui s'imposent. Réaliser une mesure de la glycémie capillaire lors du bilan complémentaire si la victime respire.</p> <p>La victime est consciente. Réaliser une mesure de la glycémie capillaire si le matériel nécessaire est disponible. Aider la victime à prendre du sucre si la mesure de la glycémie est < 3,3 mmol/l ou 60 mg/dl ou 0,6 gr/l ou l'origine du malaise est inconnue et que la victime est réveillée, réactive et capable d'avaler :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Donner de préférence du sucre en morceau ou en poudre (4 morceaux ou cuillère à café de sucre) sinon une boisson sucrée comme du jus d'orange ou du miel. . Pour les enfants 2 à 3 morceaux ou cuillères de sucre sont la dose recommandée. Les bonbons contenant du fructose sont eux aussi efficaces. <p>Rajout paragraphe : « Il faut compter 10 à 15 minutes entre l'ingestion du sucre, une élévation de la glycémie et une amélioration des signes. Si aucune amélioration ne survient au bout de 15 mn suite à une ingestion de sucre, une seconde dose de sucre peut être prise. »</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 05 R 01 V 1.2.1	Réaction allergique <u>GRAVE</u> : ANAPHYLAXIE	
	<p>Définition. L'allergie est une réaction de l'organisme à une substance étrangère qu'il touche, inhale, avale ou qui lui est administré (pollen, aliment, produit chimique, médicaments, venins).</p> <p>Risques et conséquences ; Les réactions allergiques peuvent entraîner des manifestations mineures ou graves dont certaines peuvent évoluer rapidement vers l'arrêt cardiaque.</p> <p>Signes.</p> <p>Ce chapitre a été complètement reformulé.</p>	<p>Définition. L'allergie est une réaction de l'organisme à une substance étrangère ou allergène que l'individu touche, inhale, avale ou qui lui est administré.</p> <p>Si les réactions allergiques sont relativement courantes et bénignes, elles peuvent dans certains cas donner une réaction généralisée sévère qui met en jeu le pronostic vital. Il s'agit d'une réaction allergique grave appelée « réaction anaphylactique » ou « anaphylaxie ».</p> <p>Risques et conséquences ; La réaction anaphylactique se caractérise par l'apparition brutale d'une atteinte des voies aériennes supérieures ou inférieures, ou d'une atteinte cardiovasculaire qui peut évoluer très rapidement vers un arrêt cardiaque et le décès de la victime.</p> <p>Signes. Elle survient après un délai de quelques minutes à quelques heures suivantes l'exposition à un allergène qui est le facteur déclenchant. La réaction anaphylactique se caractérise par la présence de signes inquiétants constatés lors du bilan d'urgence vitale. Il s'agit d'une détresse respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par atteinte des voies aériennes inférieures, avec un souffle court et un sifflement à l'expiration. - Par obstruction des voies aériennes supérieures secondaires par un gonflement des muqueuses de la bouche et de la gorge (œdème de Quincke). Ce gonflement existe aussi au niveau de la peau, du visage, des lèvres, de la langue et est à l'origine d'une modification de la voix de la victime qui devient rauque.

	<p>Principe de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De réaliser les gestes de 1^{er} secours qui s'imposent; - D'aider la victime à s'administrer un médicament si nécessaire ; - De demander un avis médical dans tous les cas 	<p>Dans d'autres cas, la réaction allergique grave prend la forme d'une détresse circulatoire avec une accélération de la fréquence cardiaque, un pouls radial difficile à percevoir et une chute de la pression artérielle.</p> <p>En l'absence d'une prise en charge rapide, la victime peut perdre connaissance et présenter un arrêt cardiaque.</p> <p>En règle générale, ces signes de détresse sont associés à des signes que le secouriste identifie plus particulièrement au cours du bilan complémentaire.</p> <p>Il peut s'agir d'une atteinte cutanéomuqueuse avec l'apparition de plaques rouges sur la peau avec démangeaisons (urticaire qui peut devenir généralisée).</p> <p>Des troubles digestifs peuvent être aussi présents avec une douleur abdominale, des diarrhées et des vomissements.</p> <p>Il est essentiel pour le secouriste de reconnaître ces signes et de savoir les rechercher. Ces manifestations peuvent être isolées, associées ou annoncer une aggravation.</p> <p>Principe de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - De reconnaître les signes de la réaction allergique grave ; - De soustraire la victime au facteur déclenchant ; - D'administrer, à la demande de la victime ou du médecin régulateur, un médicament si nécessaire ; - De réaliser les gestes de secours qui s'imposent ;
--	---	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 05 R 01 V 1.2.1	Réaction allergique <u>GRAVE</u>	
	Procédure complétement reformulé	<p>Soustraire la victime à la cause.</p> <p>Eliminer tout contact de la victime avec l'allergène si possible et si l'allergène est connu ; par exemple, supprimer le contact avec du latex si la victime est allergique au latex.</p> <p>Lutter contre la détresse vitale.</p> <p>Si la victime ne respire pas ou plus ou si elle présente une respiration anormale (gasps), appliquer la conduite à tenir devant une victime en arrêt cardiaque.</p> <p>Si la victime est consciente et présente une détresse respiratoire (souffle court, sifflements à l'expiration, œdèmes des voies respiratoires), appliquer la conduite à tenir devant une détresse respiratoire (position assise ou demi-assise, oxygène si nécessaire) ;</p> <p>Si la victime est consciente et présente une détresse circulatoire (chute de la tension artérielle, pouls rapide et difficile à percevoir), appliquer la conduite à tenir devant une détresse circulatoire (position strictement horizontale, oxygène si nécessaire).</p> <p>Si la victime possède un traitement pour lutter contre les réactions allergiques graves (auto injecteur d'adrénaline – AIA) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administré à la demande du patient ou du médecin régulateur le traitement qui lui a été prescrit ; - Demander un avis médical immédiatement et appliquer les consignes - Surveiller la victime.

		<p>En l'absence d'amélioration ou en cas de récurrence dans les 10 à 15 minutes qui suivent la première injection, une deuxième injection à l'aide de l'auto injecteur peut être réalisée. Si possible, demander un nouvel avis au médecin régulateur.</p> <p>La victime ne présente pas de détresse vitale (réaction allergique simple).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir devant une victime présentant un malaise ou une aggravation de maladie ; - Demander un avis médical et respecter les consignes. <p>Le médecin régulateur peut, même en l'absence de détresse vitale, demander qu'une auto-injection d'adrénaline soit réalisée.</p>
--	--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 05 M 2 V 1.2.1	Malaise et aggravation de maladie	
	Causes.	Causes : rajouts : « il ne faut pas confondre un malaise ou une aggravation d'une maladie avec la survenue de signes ou de manifestations qui sont secondaires à : »

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 A 01 V 1.2.1	Accident électrique.	
	<p>Définition. Un accident électrique est la conséquence du passage du courant dans l'organisme ou d'un dégagement anormal de chaleur ou de lumière lors d'un phénomène électrique.</p>	<p>Définition. L'accident électrique regroupe toutes les lésions de l'organisme, temporaires ou définitives, provoquées par le courant électrique et qui sont dues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À un effet direct du courant électrique lorsqu'il traverse les tissus (cerveau, Coeur, nerfs, vaisseaux...) ; - Au traumatisme contondant provoqué par une contraction musculaire violente ou par la chute de la victime (éjection) ; - Au dégagement anormal de chaleur ou de lumière dégagé par le courant électrique. <p>Rajout d'un chapitre sur le mécanisme de l'accident électrique</p> <p>D'une manière générale, le courant suit le chemin offrant le moins de résistance entre le point d'entrée et le point de sortie du corps.</p> <p>La recherche de ces points d'entrée et de sortie est systématique afin de guider l'évaluation des organes traversés.</p> <p>A l'inverse des nerfs et des vaisseaux sanguins, la peau constitue la barrière la plus résistante, sa qualité dépend de son état (intègre, sèche, humide, mouillée...). Le liquide amniotique étant un excellent conducteur électrique, la grossesse devra être systématiquement recherchée pour évaluer toute atteinte du fœtus.</p>

	<p>Risques et conséquences. Le passage du courant peut entraîner :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des traumatismes divers, en particulier de la colonne vertébrale, notamment cervicale, si la victime est projetée. <p>Les courants à haute tension (> 1000 v) provoquent des brûlures profondes.</p> <p>Les courants de basse tension (< 1000 v) provoquent surtout des fonctionnements anarchiques du cœur (fibrillation ventriculaire).</p>	<p>Le courant électrique peut endommager tous les organes qui se trouvent sur son chemin par 3 mécanismes différents, en fonction de son intensité (en milliampères - mA) et de son voltage (en volts - V) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par un effet de stimulation / inhibition nerveuse et musculaire : sensation de picotements à 1mA, tétanisation des muscles respiratoires à 30mA jusqu'à la fibrillation ventriculaire à 80mA ; - Par brûlures électriques : destruction de la peau et des tissus en profondeur jusqu'à la carbonisation ; - Par destruction irréversible de la membrane cellulaire. <p>Il est classique de dire que les hauts voltages ($\geq 1\ 000V$) « brûlent » et les faibles voltages (< 1 000V) « tuent ».</p> <p>Il est important de ne pas oublier les circonstances de l'accident électrique et de rechercher les éventuelles complications traumatiques d'une chute ou d'une projection de la victime.</p> <p>Risques et conséquences. Le passage du courant peut entraîner :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des traumatismes divers, en particulier de la colonne vertébrale, notamment cervicale, si la victime a été projetée <u>à cause d'une violente contraction musculaire.</u> <p>Les courants à haute tension (> 1000 v) plus particulièrement continue provoquent des brûlures profondes et des traumatismes.</p> <p>Les courants de basse tension (< 1000 v) le plus souvent alternatif provoquent surtout des fonctionnements anarchiques du cœur (fibrillation ventriculaire).</p>
--	--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 A 01 V 1.2.1	Accident électrique.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Compléter le bilan. 	<p>Rajout des éléments suivants :</p> <p>« On peut s’approcher et manipuler des victimes frappées par la foudre ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enlever les vêtements en combustion et les chaussures pour prévenir d’autres lésions thermiques. - Si la victime présente une détresse vitale, appliquer la conduite à tenir adapté à son état. - Compléter le bilan et rechercher des lésions provoquées par une contracture musculaire ou si la victime a été projetée au moment de l’électrocution. - Réaliser les gestes et soins complémentaires.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 A 02 V 1.2.1	Accident de plongée.	
	<p>Causes.</p> <p>Les accidents de surpression (ou accidents biomécaniques).</p> <p>Ce sont des accidents provoqués par une variation brutale des volumes de gaz de l'organisme au cours de la remontée, parfois lors de la descente d'une plongée.</p> <p>Ils surviennent à toutes les profondeurs.</p> <p>Ils atteignent les cavités gazeuses de l'organisme c'est-à-dire les poumons et le tube digestif (à la remontée), les oreilles et les sinus (à la descente), ainsi que les dents (caries).</p> <p>La surpression pulmonaire est l'accident le plus grave car elle peut entraîner la mort du plongeur.</p> <p>Elle est la conséquence d'un blocage de l'expiration ou d'une expiration insuffisante.</p> <p>Pendant une remontée trop rapide, l'air dilate les alvéoles pulmonaires et comme il ne peut s'échapper, il les distend puis les déchire.</p> <p>La surpression est favorisée par une réaction de panique ou des Problèmes de matériel.</p>	<p>Causes.</p> <p>Les accidents barotraumatiques (ou de surpression ou accidents biomécaniques).</p> <p>Ce sont des accidents provoqués par une variation des volumes de gaz dans les cavités naturelles (sinus, poumon, intestin) ou pathologiques (caries, Emphysème) de l'organisme et les cavités artificielles (masque de plongée). Ces cavités se compriment au cours de la descente et se distendent lors de la remontée.</p> <p>Ils surviennent à toutes les profondeurs.</p> <p>A la descente, la principale atteinte est celle de l'oreille moyenne. Les gaz se rétractent et mettent en pression le tympan entraînant douleur, otite, voire déchirure si le plongeur ne rééquilibre pas la pression par des manœuvres d'équilibrations. Par le même mécanisme, peut aussi survenir le placage de masque, compensé en soufflant de l'air par le nez dans le masque.</p> <p>Lors de la remontée, la surpression pulmonaire est l'accident le plus grave qui peut entraîner la mort du plongeur. Elle est la conséquence d'un blocage de l'expiration ou d'une expiration insuffisante.</p> <p>Pendant une remontée sans expirer suffisamment, l'air comprimé inspiré au fond se dilate dans les alvéoles pulmonaires et comme il ne peut s'échapper, il les distend puis les déchire entraînant œdème aigu du poumon, emphysème, pneumothorax ou embolies gazeuses.</p>

<p>Les accidents de décompression (ou accidents biophysiques).</p> <p>Lors d'une plongée, les gaz inspirés (principalement l'azote) se dissolvent dans le sang et les tissus, d'autant plus que la durée de la plongée est longue et profonde. Lors de la remontée, les tissus libèrent l'azote dissous sous forme de microbulles qui s'éliminent par les poumons.</p> <p>Lorsque la remontée est trop rapide, il se forme des bulles qui se bloquent dans les capillaires des tissus, en particulier sous la peau, dans les articulations, la moelle épinière, le cerveau. On appelle cela un accident de désaturation ou décompressions.</p> <p>Cet accident peut survenir lors d'un voyage en avion trop proche de la dernière plongée.</p> <p>Risques et conséquences.</p> <p>Les accidents de surpression</p> <p>Les accidents de décompression</p>	<p>Les accidents de désaturation (ou de décompression ou accidents biophysiques).</p> <p>Lors d'une plongée <u>en scaphandre autonome</u>, les gaz inspirés (principalement l'azote) se dissolvent dans le sang et les tissus, d'autant plus que la durée de la plongée est longue et profonde. <u>L'azote est stocké dans les tissus alors que l'oxygène est utilisé par les cellules</u>. Normalement, lors de la remontée, les tissus libèrent l'azote dissous sous forme de microbulles qui s'éliminent par les poumons.</p> <p>Il arrive qu'il se forme des bulles qui se bloquent dans les capillaires des tissus, en particulier sous la peau, dans les articulations, la moelle épinière, le cerveau <u>ou dans la circulation pulmonaire</u>.</p> <p>Rajout de : Cet accident peut survenir lors de remontées rapides ou en présence de facteurs favorisants (surpoids, fatigue, stress, déshydratation) ou lors d'un voyage en avion trop proche de la dernière plongée. Dans 1/3 des cas, il n'est pas retrouvé de raisons.</p> <p>Rajout d'un paragraphe : Autres accidents « D'autres accidents peuvent survenir à l'occasion d'une plongée telle que des pathologies cardiaques sur terrain prédisposé, des traumatismes, des hypothermies, des envenimations, des réactions toxiques ou allergiques... compliqués par l'hostilité du milieu. »</p> <p>Risques et conséquences.</p> <p>Les accidents barotraumatiques.....</p> <p>Les accidents de désaturation.....</p>
--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 A 02 V 1.2.1	Accidents liés à la plongée.	
	<p>Si la victime présente une détresse vitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir devant une victime en arrêt cardiaque, si la victime ne respire pas ou plus ou sil elle présente une respiration anormale (gasp). - Appliquer la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance même si elle respire difficilement. - Appliquer la conduite à tenir adaptée si elle présente une détresse neurologique, respiratoire ou circulatoire. <p>En l'absence de détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installer la victime en position adaptée ou demi-assise si elle préfère. - Administrer de l'oxygène en inhalation à l'aide d'un masque à haute concentration à un débit de 15 l.min-1, quelle que soit la saturation en oxygène. - Faire boire de l'eau plate (0,5 à 1 l en une heure), sauf si la victime présente un trouble de la conscience, des vomissements ou refuse de boire. - Déshabiller et sécher la victime - Envelopper la victime dans une couverture 	<p>Si la victime présente une détresse vitale, appliquer sans tarder la conduite adaptée à la détresse vitale de la victime.</p> <p>En l'absence de détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>mettre la victime au repos</u> et l'installer en position adaptée ou demi-assise si elle préfère. - administrer de l'oxygène en inhalation à l'aide d'un masque à haute concentration à un débit de 15 l.min-1, quelle que soit la saturation en oxygène, <u>jusqu'à la prise en charge médicale</u>. - faire boire de l'eau plate (0,5 à 1 l <u>en fractionnant les prises sur une heure</u>), sauf si la victime présente <u>un trouble de la conscience</u>, des vomissements ou refuse de boire. - Déshabiller et sécher la victime, <u>la protéger du froid</u>. <p>« Il est courant, dans les premières trente minutes, que le médecin demande que soit administré à la victime de l'aspirine par voie orale en l'absence d'allergie ou de saignement et si ce médicament est disponible. »</p> <p>Rajout du paragraphe « NB : ces renseignements sont à reporter sur la fiche d'évacuation du plongeur accidenté telle que prévue à l'article A322-78 du code du sport.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 A 01 V 1.2.1	Accouchement inopiné.	
	<p>L'accouchement n'a pas encore eu lieu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel nécessaire à l'accouchement. <p>L'accouchement est déjà réalisé.</p> <p>En l'absence d'équipe médicale surveiller la mère et l'assister pendant la délivrance, pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laisser sortir le placenta sans tirer dessus et sur le cordon ombilical. - Recueillir le placenta, dans une cuvette ou un sac en plastique, une fois expulsé. L'acheminer avec la mère à l'hôpital pour vérifier son intégrité. - S'assurer de l'absence d'hémorragie extériorisée : Une hémorragie secondaire gravissime peut survenir après la délivrance. En présence de celle-ci, appliquer la conduite à tenir adaptée. - Placer un pansement absorbant. - Surveiller la mère - Assurer la prise en charge du nouveau-né. 	<p>L'accouchement n'a pas encore eu lieu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Préparer le matériel nécessaire à l'accouchement <u>et à l'accueil du bébé.</u> <p>Rajout de la phrase : « Avoir à porter de main le matériel nécessaire à une éventuelle réanimation du nouveau-né : »</p> <p>L'accouchement est déjà réalisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser simultanément un bilan complet de la mère et du nouveau-né ; - Demander un avis médical en transmettant les deux bilans et appliquer les consignes reçues ; - Prendre en charge le nouveau-né. <p>En l'absence d'équipe médicale surveiller la mère et l'assister pendant la délivrance.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 P 03 V 2.1.1	Prise en charge du nouveau-né à la naissance.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée ; - Mettre une paire de gants à usage unique propre ; - Examiner le nouveau-né en appréciant : <ul style="list-style-type: none"> Son cri ou sa respiration ; Son tonus (mouvements spontanés des membres) ; Sa douleur <p>Le nouveau-né est en bonne santé. Le nouveau-né en bonne santé présente une respiration et un cri vigoureux ; un tonus vif et une coloration rapidement rosée. Mesurer si possible :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La saturation en oxygène - La fréquence cardiaque au niveau du pouls huméral - Protéger le nouveau-né contre le froid, pour cela : <p>Sécher par tamponnement la peau du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède ou le glisser immédiatement dans un sac en polyéthylène sans séchage préalable.</p> <p>Couvrir sa tête à l'aide de bonnet en jersey. Envelopper le nouveau-né dans une couverture isotherme en attendant une prise en charge spécialisé. Couvrir la mère. Surveiller le nouveau-né.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poser le nouveau-né sur le ventre de sa mère et sur le côté, peau contre peau, la tête bien dégagée ; - Mettre une paire de gants à usage unique propre ; - Examiner le nouveau-né en appréciant : <ul style="list-style-type: none"> Son cri ou sa respiration ; Son tonus (mouvements spontanés des membres) ; <p>NB : l'existence d'une pâleur doit alerter les secouristes et être indiquée lors de la transmission du bilan.</p> <p>Le nouveau-né est en bonne santé. Le nouveau-né en bonne santé présente une respiration et un cri vigoureux ; un tonus vif.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clamper le cordon au minimum après 1 minute de vie ; <p>Une fois clampé, il est possible ensuite de couper le cordon.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger le nouveau-né contre le froid. Pour cela : <ul style="list-style-type: none"> . Sécher par tamponnement la peau et la tête du bébé, à l'aide d'une serviette propre sèche et tiède . Protéger le nouveau-né des courants d'air et du froid en l'enveloppant <p>Envelopper la tête et le corps du nouveau-né, à l'exception de la face, dans des serviettes ou des vêtements secs et chauds ou le glisser dans un sac en polyéthylène ; Si possible, couvrir sa tête à l'aide d'un bonnet ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Couvrir la mère ; - Surveiller le nouveau-né.

	<p>Lors de son transport, le nouveau-né doit être placé dans un système fermé et fixé (incubateur, lit-auto). Il ne doit pas être transporté sur le ventre de sa mère.</p> <p>Le nouveau-né n'est pas en bonne santé.</p> <p>Le nouveau-né n'est pas en bonne santé lorsqu'il ne respire pas ou présente une respiration anormale, ne crie pas, est hypotonique et pâle.</p> <p>Dans ce cas demander en urgence un avis médical et appliquer les consignes reçues.</p>	<p>Lors de son transport, le nouveau-né doit être placé dans un système fermé et fixé (incubateur, lit-auto).</p> <p>Le nouveau-né n'est pas en bonne santé.</p> <p>Le nouveau-né n'est pas en bonne santé lorsqu'il :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne respire pas ; - Ou ne présente pas de cri ; - Ou ne présente pas une respiration normale ; - Ou est hypotonique. <p>Dans ce cas il convient de demander en urgence un avis médical tout en débutant les manœuvres de réanimation pour permettre au nouveau-né de respirer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clamper le cordon au minimum après 1 minute de vie ; <p>Une fois clampé, il est possible ensuite de couper le cordon.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placer le nouveau-né sur une surface plane recouverte d'un linge propre (pour l'isoler du froid), après avoir clampé le cordon ombilical ; - Libérer ses voies aériennes en plaçant sa tête en position neutre et si nécessaire en aspirant prudemment sa bouche puis ses narines ; - Si son état est inchangé, réaliser 40 insufflations à l'air en 1 minute ; <p>Si le thorax ne se soulève pas après les 5 premières insufflations, vérifier la liberté des voies aériennes et l'étanchéité du masque.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si vous êtes doté d'un appareil de mesure de la fréquence cardiaque pour le nouveau-né, le mettre en fonction (SpO², monitoring). <p>Rajout d'un chapitre : L'Etat du nouveau-né reste inchangé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser une réanimation cardio-pulmonaire avec apport complémentaire d'oxygène et sans pose de défibrillateur ; - Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minute pour 1 insufflation. - Réévaluer l'état du nouveau-né toutes les minutes et adapter la conduite à tenir.
--	--	---

		<p>Rajout d'un chapitre : L'Etat du nouveau-né s'améliore.</p> <p>Si l'état du nouveau-né s'améliore (l'enfant crie, respire et s'agite), assurer une surveillance étroite de sa respiration. En cas de doute, reprendre la réanimation cardiopulmonaire</p> <p>Rajout d'un chapitre : Conduite à tenir en fonction de la fréquence cardiaque.</p> <p>Si vous pouvez mesurer sa fréquence cardiaque, suivre la procédure suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">- La FC est inférieure à 60 battements par minute : réaliser une RCP avec un apport complémentaire d'oxygène et sans pose du DAE. <p>Le rythme de la RCP est de 3 compressions à une fréquence instantanée de 120 par minutes pour 1 insufflation.</p> <ul style="list-style-type: none">- La FC est entre 60 et 100 battements par minute : réaliser des insufflations à l'air, sans compressions thoraciques. <p>Réévaluer la fréquence cardiaque toutes les minutes pour adapter la conduite à tenir.</p> <ul style="list-style-type: none">- La FC est supérieure à 100 battements par minute : surveiller étroitement le nouveau-né.
--	--	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 A 04 V 1.2.1	Affections liées à la chaleur.	
	<p>Définition.</p> <p>Les affections liées à la chaleur sont des élévations anormales, au-dessus de 38 °C, de la température corporelle, il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hyperthermie maligne d'effort, couramment appelée « coup de chaleur ». - L'épuisement lié à la chaleur qui est consécutif à une exposition prolongée à la chaleur. - De l'insolation qui est consécutive à une exposition prolongée au soleil. <p>Les personnes âgées et les nourrissons sont particulièrement sensibles.</p> <p>Causes.</p> <p>Les affections liées à la chaleur sont dues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A une exposition prolongée à des températures élevées (canicule, enfant dans une voiture...) - Soit à un effort important. <p>Plus la température ambiante est élevée, plus l'organisme a du mal à perdre de la chaleur, surtout si le milieu est chaud et humide, et qu'un effort est produit.</p> <p>La température centrale de l'organisme s'élève et est associée à une perte d'eau et de sels minéraux.</p>	<p>Définition.</p> <p>Les affections liées à la chaleur sont des élévations anormales, au-dessus de 37,5°C, de la température corporelle, plus ou moins accompagnées de différents symptômes non spécifiques.</p> <p>La forme d'évolution la plus grave, qui engage le pronostic vital, est le coup de chaleur (ou hyperthermie maligne d'effort), qui associe une température corporelle supérieure à 40°C et des troubles neurologiques et qui évolue vers une détresse vitale avec notamment des troubles circulatoires.</p> <p>Causes.</p> <p>Les affections liées à la chaleur sont dues :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit à une exposition prolongée à des températures élevées (canicule, enfant dans une voiture...) : <ul style="list-style-type: none"> . Epuisement lié à la chaleur consécutive à une exposition prolongée à la chaleur ; . Insolation consécutive à une exposition prolongée au soleil ; . Coup de chaleur. - Soit à un effort important : <ul style="list-style-type: none"> . Hyperthermie maligne d'effort couramment appelée « coup de chaleur d'exercice » . Soit à l'association des deux. <p>Plus la température ambiante est élevée, plus l'organisme a du mal à perdre de la chaleur, surtout si le milieu est chaud et humide, et qu'un effort est produit.</p>

	<p>Signes.</p>	<p>La température centrale de l'organisme s'élève et est associée à une perte d'eau et de sels minéraux.</p> <p>Les personnes âgées et les nourrissons y sont particulièrement sensibles. La prise de certains traitements ou toxiques (drogues) peuvent les favoriser.</p> <p>Signes.</p> <p>Lors du bilan d'urgence vitale, la victime peut présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des signes de détresse neurologique : <ul style="list-style-type: none"> . Agitation, confusion, délire ; . Prostration ou trouble du comportement (agressivité, agitation) ; . Perte de connaissance ou convulsions. - Des signes de détresse circulatoire avec accélération de la fréquence respiratoire, oppression thoracique, sensation d'étouffement ; - Des signes cutanéomuqueux avec : <ul style="list-style-type: none"> . Une peau chaude, rouge, couverte ou non de sueurs ; . Hémorragie sous-cutanée puis extériorisée ; . Une température anormalement élevée (supérieure à 37,5°C). <p>Si la victime est consciente et sans atteinte neurologique, elle se plaint souvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une sensation de faiblesse musculaire et de fatigue générale ; - De céphalées, de bourdonnements d'oreilles ou de vertiges ; - De nausées ; - De crampes musculaires ou d'hypertonie musculaire (muscle tendu, dur). <p>Suivant les circonstances et l'importance des manifestations on parle de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crampes liées à la chaleur si la victime présente seulement des crampes ; - D'insolation si les signes surviennent après une irradiation solaire sur la tête et la nuque ; <p>La victime a une impression de chaleur sur le visage puis des céphalées avec fatigue intense, oppression thoracique, tachycardie, nausées, somnolence, bourdonnements d'oreille.</p>
--	----------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> - De coup de chaleur si la victime présente une détresse vitale avec une température supérieure à 40°C ou d'hyperthermie maligne d'effort si ce coup de chaleur survient à la suite d'un effort prolongé à une température élevée (humidité et absence de vent) ; - Pour toutes les situations intermédiaires, si les manifestations présentées par la victime ne s'accompagnent pas de signes de détresse vitale on parle d'épuisement lié à la chaleur.
--	--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 05 I 01 V 1.2.1	Insolation.	
	<p>Soustraire la victime à la cause et l'installer dans un endroit frais, climatisé si possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance, si elle respire mais ne parle pas. - Appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse neurologique. - L'allonger tête sur élevée si elle est consciente. <p>Dans tous les cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recouvrir la victime d'un drap mouillé avec de l'eau froide. Il convient d'arroser régulièrement le drap pour le maintenir frais et humide. - Appliquer si possible un dispositif de froid sur la tête et la nuque. 	<p>Sous traire la victime à la cause.</p> <p>Rajout chapitre : La victime présente une détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir. <p>Rajout chapitre : La victime ne présente pas de détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installer la victime dans une position de confort. - Réhydrater la victime avec de l'eau ou mieux un liquide contenant des glucides et des sels minéraux tels que jus de fruit ou boissons de l'effort sauf si la victime présente des vomissements. <p>Dans tous les cas :</p> <p>Refroidir la victime en fonction du degré d'hyperthermie et des moyens dispo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventiler la victime pour augmenter la déperdition de chaleur par convection (courant d'air – ventilateur). - Pulvériser de l'eau à température ambiante sur la victime pour la mouiller (augmente la déperdition de chaleur par évaporation.) - Appliquer des linges ou draps imbibés avec de l'eau froide sur le corps de la victime. - Placer de la glace au niveau des gros troncs vasculaires (plis de l'aîne – aisselles), de la tête et de la nuque.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 05 I 01 V 1.2.1	Coup de Chaleur et hyperthermie maligne d'effort.	
	<p>Si la victime présente une détresse vitale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • appliquer la conduite à tenir devant une victime en arrêt cardiaque, si la victime ne respire pas ou plus ou si elle présente Une respiration anormale (gasps); • appliquer la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance, même si elle respire difficilement ; • appliquer la conduite à tenir adaptée, si elle présente une détresse de l'une des fonctions vitales. <p>En l'absence d'une détresse vitale, ou concomitamment a la Prise en charge de celle-ci :</p> <ul style="list-style-type: none"> • protéger la victime de la chaleur ; <p>Si elle est consciente, l'installer dans un endroit frais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • retirer les vêtements en lui laissant ses sous-vêtements ; • refroidir la victime a l'aide • de brumisation, d'eau fraîche, de linges humides, de la glace, d'une ventilation mécanique, d'une immersion dans l'eau fraîche jusqu'au menton, si elle est consciente. <p>La réhydratation n'est réalisée que chez une victime parfaitement consciente, avec de l'eau ou mieux un liquide frais Contenant des glucides et des sels minéraux tels que jus de fruits ou boissons de l'effort. Souvent, une prise en charge médicale d'urgence est nécessaire afin de pouvoir réhydrater la victime à l'aide de perfusions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • transmettre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues. 	<p>L'installer dans un endroit frais, climatisé si possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transmettre le bilan pour avis sans délai ; <p>Présenter tous les signes de gravité et appliquer les consignes reçues. Une prise en charge médicale d'urgence est nécessaire.</p> <p>La victime présente une détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir adaptée ; <p>La victime ne présente pas de détresse vitale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installer la victime dans une position de confort ; - Réhydrater la victime avec de l'eau ou mieux un liquide contenant des glucides et des sels minéraux tels que jus de fruits ou boissons de l'effort sauf si la victime présente des vomissements <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refroidir la victime en fonction du degré d'hyperthermie et des moyens disponibles : <p>L'objectif est de retrouver une température inférieure à 39,4°C :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retirer les vêtements de la victime en lui laissant les sous-vêtements ; - Ventiler la victime pour augmenter la déperdition de chaleur de la victime par convection (courant d'air, ventilateur) ; - Pulvérisé de l'eau à température ambiante sur la victime pour la mouiller (augmente la déperdition de chaleur par évaporation) ; - Appliquer des linges ou draps imbibés avec de l'eau froide sur le corps de la victime ; - Placer de la glace au niveau des gros troncs vasculaires (plis de l'aîne, aisselle), de la tête, de la nuque ; - Éventuellement, après avis médical si c'est possible, réaliser un bain d'eau fraîche - Surveiller attentivement la victime : évolution des signes de détresse vitale, température corporelle.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 C 01 V 1.2.1	Compression de membre.	
	<p>Principe de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre d'assurer le dégagement de la victime en présence d'une équipe médicale</p>	<p>Principe de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'assurer la sécurité des lieux et des intervenants - D'assurer le dégagement de la victime en présence d'une équipe médicale.
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 C 02 V 1.2.1	Compression de membre.	
	<p>Impossibilité d'avoir un avis médical ou de transmettre un bilan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un garrot si la durée de compression est supérieure à 2 heures. 	<p>Rajout de la phrase : « Assurer la surveillance de la victime. »</p> <p>Impossibilité d'avoir un avis médical ou de transmettre un bilan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un garrot si la durée de compression est supérieure à 4 heures ou s'il est nécessaire pour arrêter une hémorragie externe non accessible. <p>Rajout de la phrase : « Assurer la surveillance de la victime. »</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 G 01 V 1.2.1	Gelures.	
	<p>L'ensemble des chapitres ont été revues avec la création d'un paragraphe sur les mécanismes.</p> <p>Définition.</p> <p>Les gelures sont des lésions provoquées par un refroidissement local. Elles siègent en général au niveau des extrémités du corps les plus exposées et les plus éloignées du cœur (pieds, mains) et aussi au niveau du visage (nez, oreilles, joues, lèvres).</p> <p>Causes.</p> <p>L'environnement (températures basses, humidité, vent) peut causer des gelures, en particulier lorsque la victime présente un ou des facteurs favorisants suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfant, personnes âgées, personnes originaires d'outre-mer. - Maladie, fatigue, alimentation insuffisante, prise d'alcool, tabac, drogues. - Lésions antérieures dus au froid. - Activités physiques ayant entraîné de la transpiration qui va réduire le pouvoir isolant des vêtements. - Immobilité 	<p>Définition.</p> <p>Les gelures sont des lésions de la peau et des tissus sous-jacents provoquées par un refroidissement local intense suite à une exposition prolongée au froid. Elles siègent en général au niveau des extrémités du corps les plus exposées et les plus éloignées du cœur (pieds, mains) et aussi au niveau du visage (nez, oreilles, joues, lèvres).</p> <p>Causes.</p> <p>Les lésions de gelures peuvent se rencontrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au cours d'activité en montagne : alpinisme, motoneige, chasse, camping d'hiver ; - Au cours d'activités récréatives ou d'exploration en extérieur par temps ou en zone froide : randonnées ; - Chez les personnes sans domicile exposées aux basses températures ; - Suite à l'utilisation intempestive de sachets de froid chez certains athlètes. <p>Mécanismes.</p> <p>Lorsque la température ambiante devient proche de zéro (0°C), les vaisseaux à la surface de la peau commencent à se contracter, c'est la vasoconstriction.</p> <p>Cette vasoconstriction permet normalement à l'organisme de maintenir constante la température générale du corps et d'éviter ainsi une hypothermie.</p>

	<p>Risques et conséquences.</p> <p>Les gelures provoquent une vasoconstriction qui peut être à l'origine d'une souffrance et des zones qui ne sont pas irrigués par le cerveau.</p> <p>Dans certains cas, les cellules peuvent être détruites (nécrose).</p>	<p>Cependant, si elle est intense et prolongée, elle entraîne une diminution du débit sanguin des extrémités exposées et entraîne une lésion par ischémie de la peau et des tissus sous-jacent.</p> <p>A ceci s'ajoute la survenue de cristaux intra et extracellulaires, de caillots intravasculaires et d'une réaction inflammatoire au réchauffement.</p> <p>Les gelures sont plus fréquentes s'il existe un ou plusieurs des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personne âgée, personne habitant habituellement dans les pays chauds - Maladie, fatigue, prise de médicaments ; - Alimentation insuffisante, déshydratation ; - Prise d'alcool, tabac, drogues ; - Humidité ; <p>Risques et conséquences.</p> <p>En fonction du niveau de température d'exposition, de la durée de l'exposition, de l'étendue et de la profondeur de la zone atteinte, on peut distinguer selon la réversibilité des lésions plusieurs stades de gravité allant de lésions ischémiques réversibles à des lésions de nécrose irrémédiable qui imposent une amputation.</p> <p>L'aspect des tissus atteints, permet de déterminer plusieurs stades de gravité croissants stades encore appelés degrés de la gelure :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Gelures du 1er degré</u> : la zone atteinte est insensible, rouge, peu œdémateuse mais sans cloques (phlyctènes). Après réchauffement, la zone se recolorie et la victime récupère la perte de sensibilité ; - <u>Gelures du 2ème degré</u> : la zone atteinte reste localisée, insensible. Elle est rouge, œdémateuse, présente des cloques remplies d'un liquide clair. Au réchauffement, la perte de sensibilité persiste et les dernières phalanges des doigts ou des orteils restent bleues ou violacées ;
--	--	---

	<p>Signes.</p> <p>Le bilan circonstanciel permet de constater une exposition prolongée au froid.</p> <p>L'interrogatoire met en évidence une sensation de « piqûres d'aiguilles » au niveau des zones exposées, suivi d'un engourdissement des extrémités.</p> <p>L'examen permet de constater une pâleur cireuse locale et un durcissement des extrémités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Gelures du 3ème degré</u> : la zone atteinte est insensible, d'aspect bleuté ou noirâtre et remontent le plus souvent au-dessus des dernières phalanges sans atteindre la totalité de la main ou du pied. Après réchauffement, il persiste une anesthésie et il apparaît des cloques sanglantes (phlyctènes hématiques). L'irréversibilité de ces lésions imposent le plus souvent une amputation de la zone la plus atteinte ; - <u>Gelures du 4ème degré</u> : la zone atteinte est extensive, totalement insensible, bleuté et englobe la main ou l'avant pied sans œdème. <p>Après réchauffement, il n'apparaît pas de cloques, les tissus restent froids et insensibles et certains deviennent nécrotiques. L'amputation est malheureusement nécessaire.</p> <p>Le plus souvent, comme pour la brûlure, les degrés peuvent s'associer et l'aspect final de la gelure qui permet l'identification de son degré de gravité est réalisé en milieu hospitalier.</p> <p>Signes.</p> <p>Le bilan circonstanciel permet de constater une exposition prolongée au froid. Le bilan d'urgence vitale recherchera plus particulièrement des signes d'une hypothermie ou d'autres détresses vitales qui peuvent être associées. Lors du bilan complémentaire, l'interrogatoire de la victime doit faire préciser</p> <ul style="list-style-type: none"> - La nature des signes ressentis par la victime ; sensation de « piqûres d'aiguilles », de douleur, d'engourdissement des extrémités ou une insensibilisation totale ; - Les régions atteintes ; - La durée d'exposition au froid. - <p>La recherche des antécédents de la victime peut retrouver des facteurs favorisant la gelure : tabagisme, absorption d'alcool, maladies vasculaires et infectieuses, diabète, prise de médicaments (béta bloquants, sédatifs, Neuroleptiques).</p>
--	---	--

	<p>Principes de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'éviter toute aggravation. - De réchauffer les parties atteintes. 	<p>L'examen des zones exposées permet de constater une pâleur cireuse locale, une zone glacée et un durcissement au touché. Enfin, si la gelure est évoluée, la présence de cloques et d'un œdème sera observée.</p> <p>La présence d'autres traumatismes doit être précisée car elles favorisent l'installation de la gelure (immobilisation).</p> <p>Principes de l'action de secours.</p> <p>L'action de secours doit permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soustraire la victime au facteur causal ; - Éviter toute perte de chaleur supplémentaire ; - Réchauffer et protéger les parties atteintes ; - Demander un avis médical.
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 G 01 V 1.2.1	Gelures.	
	<p>Soustraire la victime à la cause.</p> <p>L'ensemble de ce chapitre a été réécrit.</p>	<p>Soustraire la victime à la cause : isoler la victime dans un endroit chaud, à l'abri du vent (point chaud, refuge, habitation, véhicule, ambulance)</p> <p>Prendre toutes les mesures pour éviter la survenue d'une hypothermie (prévention de l'hypothermie) ou appliquer la conduite à tenir devant une victime hypotherme et prendre en charge un traumatisme associé si nécessaire.</p> <p>Enlever doucement les gants, bagues, chaussures, desserrer les élastiques ou les bandes auto agrippantes, des manches18...</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ôter les vêtements de la victime surtout s'ils sont mouillés ou humides ; - Sécher la victime mais ne pas frictionner les zones gelées.

		<p>Si les gelures sont mineures, réchauffer les extrémités en les plaçant contre la peau du sauveteur (main, creux de l'aisselle) pendant 10 minutes ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Transmettre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;- Rhabiller la victime si possible en utilisant des vêtements amples, secs et chauds (moufles, chaussons) ou en enveloppant la victime dans une couverture ;- Si la sensibilité est récupérée et en situation d'isolement complet, on peut envisager, après avoir rhabillé la victime, de lui permettre de marcher. <p>Dans le cas contraire, il est indispensable de rejoindre l'abri le plus proche et d'attendre un avis ou une intervention médicale ;</p> <ul style="list-style-type: none">- À de très hautes altitudes (> 4000 m), administrer à la victime de l'oxygène en inhalation en complément ; <p>Il ne faut en aucune manière essayer de réchauffer une gelure s'il existe le moindre risque d'une nouvelle exposition au froid de la partie atteinte ou si l'on est à proximité d'un centre médical ou d'une prise en charge médicale.</p> <p>En l'absence de risque de réexposition au froid et si la prise en charge médicalisée ne peut être rapidement effectuée il est possible, si le matériel est disponible, d'effectuer un réchauffement des gelures sévères et graves de moins de 24 heures en immergeant les parties atteintes dans l'eau tempérée entre 37°C et 39°C durant vingt à trente minutes, ou jusqu'à ce que la zone atteinte prenne une couleur rouge ou pourpre et souple au touché.</p>
--	--	--

		<p>En l'absence de récipient d'eau, des systèmes de chauffage liquide (sachets) peuvent être utilisés à condition de ne pas le poser directement sur la gelure mais d'interposer une épaisseur de tissu afin que la température ne soit pas supérieure à 39°C. Toutes températures supérieures à 39°C ou l'utilisation d'une chaleur sèche sont à proscrire car elles aggravent les lésions et peuvent créer des brûlures.</p> <p>Lors du réchauffement, les extrémités peuvent se recolorer, devenir rouges ou pourpres, douloureuses et sèches au touché. Cela signe la disparition de la vasoconstriction. Des cloques peuvent apparaître. Dans ce cas :</p> <ul style="list-style-type: none">- Recouvrir les lésions d'un pansement de gaze stérile et de gaze placée entre les doigts ;- Ne pas toucher aux cloques ;- Éviter tout nouveau refroidissement ;- Permettre à la victime de recevoir des soins médicaux. <p>NB : l'administration préventive ou curative de médicaments pour lutter contre la gelure n'est pas nécessaire.</p>
--	--	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 H 01 V 1.2.1	Hypothermie.	
	<p>Définition.</p> <p>Causes.</p> <p>Risques et conséquences.</p> <p>L'hypothermie provoque un ralentissement des fonctions vitales pouvant aller, éventuellement, jusqu'à leur interruption (perte de connaissance, arrêt cardiaque).</p>	<p>Définition.</p> <p>Rajout du paragraphe : « L'homme est homéotherme, c'est-à-dire que sa température à l'état normal est constante et se situe aux alentours de 37 °C. »</p> <p>Causes : rajout de l'immersion.</p> <p>Risques et conséquences.</p> <p>Rajout des paragraphes suivants :</p> <p>On classe généralement les hypothermies en fonction de leur température et des signes qui y sont associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypothermie légère (35° à 32 °C) : la victime est consciente, sa ventilation et la fréquence cardiaque sont rapides. Elle présente des frissons permanents et sa peau est froide. - Hypothermie modérée : (32 à 28 °C) : La victime délire, présente des hallucinations et des troubles de la conscience d'aggravation progressive. Sa ventilation et la fréquence cardiaque se ralentissent. Il n'y a plus de frissons, mais une rigidité musculaire modérée. - Hypothermie sévère : (28 à 24 °C) : La victime a perdu connaissance, le pouls est difficile à percevoir et la fréquence cardiaque ainsi que la ventilation sont lentes. Il existe une rigidité musculaire importante et la victime est très sensible à toutes mobilisations qui peuvent déclencher des troubles du rythme voire un arrêt cardiaque. - Hypothermie grave : (<24 °C) : La victime est en arrêt cardiaque apparent.

	<p>Signes.</p> <p>L'examen met en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une température inférieure à 35 ° C. - Des frissons, ils surviennent habituellement avant l'apparition de l'hypothermie. <p>Principe de l'action de secours.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réchauffer activement la victime. 	<p>Signes.</p> <p>L'examen met en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une température inférieure à 35 ° C. - Des frissons, ils surviennent habituellement avant l'apparition de l'hypothermie <u>sévère</u> entre 26°C et 32°C. <p>Rajout du paragraphe :</p> <p>« Il est souvent très difficile de mesurer sur les lieux la température d'une victime qui présente une hypothermie. La corrélation des signes présentés par la victime avec sa température centrale aide le secouriste et le médecin régulateur à évaluer le degré de gravité de l'hypothermie. »</p> <p>Principe de l'action de secours.</p> <p>Rajout : « soustraire la victime à la cause ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réchauffer la victime.
--	--	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 H 02 V 1.2.1	Hypothermie.	
	<p>Cette procédure a été entièrement revisitée avec la mise en place de nouveaux chapitres.</p>	<p>Soustraire la victime à la cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certaines circonstances nécessiteront l'intervention d'équipes spécialisées (équipe secours en montagne, GRIMP ...) - Mettre la victime à l'abri du vent ; - Isoler la victime dans un endroit chaud (point chaud, refuge, habitation, véhicule, ambulance) afin d'éviter toute perte de chaleur supplémentaire par conduction ou convection ; - Ôter les vêtements de la victime surtout s'ils sont mouillés ou humides. <p>Cette opération doit se faire en prenant soin de mobiliser la victime délicatement et avec prudence (risque d'arrêt cardiaque brutal). Si la mobilisation se révèle pénible ou douloureuse pour la victime, couper les vêtements.</p> <p>Si la victime présente une détresse vitale.</p> <p>La victime ne présente pas de signes de vie. Elle est inconsciente et ne respire plus ou présente un état de mort apparente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer la conduite à tenir devant une victime en arrêt cardiaque ; <p>Précautions particulières pour la RCP d'une victime hypotherme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rechercher la présence de signes de vie au moins pendant 1 minute. <p>La recherche de la ventilation ou du pouls d'une victime hypotherme est très difficile. En cas de doute, débiter la RCP</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'hypothermie entraîne une rigidité de la paroi thoracique. <p>Cette rigidité peut rendre plus difficiles les compressions et les insufflations thoraciques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès que la RCP est en cours, confirmer l'hypothermie en mesurant la température de la victime avec un thermomètre hypotherme s'il est disponible ;

		<p>Un cœur hypotherme peut ne pas réagir à une défibrillation. Le nombre de défibrillations successives chez une victime qui présente une température < 30 °C doit être limitée à 3 tant que la victime n'est pas réchauffée.</p> <ul style="list-style-type: none">- Une RCP ne sera débutée que si l'équipe de secours se trouve dans des conditions de sécurité satisfaisante.- La victime a perdu connaissance et respire, même très lentement :- Appliquer la conduite à tenir devant une victime qui a perdu connaissance, même si elle respire lentement ;- Réchauffer la victime (voir ci-dessous). <p>Si la victime présente une hypothermie sévère.</p> <p>Allonger la victime et la mobiliser avec précaution ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrer de l'oxygène ;- transmettre le bilan pour avis et assurer une évacuation rapide de la victime. Appliquer les consignes reçues ;- réchauffer la victime (voir ci-dessous) ;- surveiller attentivement la victime dans tous les cas ;- réaliser toute mobilisation de la victime très rudement et sans à-coups. <p>Les victimes qui présentent une hypothermie modérée ou sévère sont très instables et peuvent faire facilement un arrêt cardiaque.</p> <p>Si la victime présente une hypothermie légère.</p> <p>Transmettre le bilan et respecter les consignes ;</p> <ul style="list-style-type: none">- Réchauffer la victime (voir ci-dessous) ;- Mobiliser la victime si vous n'avez pas de moyen de réchauffement et dans l'attente de secours complémentaires.
--	--	--

		<p>Réchauffement de la victime.</p> <p>Devant une victime consciente qui présente une hypothermie légère avec des frissons intenses, réaliser un réchauffement passif :</p> <ul style="list-style-type: none">- Envelopper complètement la victime dans une couverture en polyester ou en laine- Prendre soin de protéger les mains, les pieds et la tête de la victime.- Il est possible d'utiliser en complément un autre des moyens suivants :<ul style="list-style-type: none">. Habiller la victime avec des vêtements chauds et secs ;. Envelopper la victime dans une feuille de papier bulle ;. Envelopper la victime dans une couverture isotherme (voire des journaux en l'absence d'autres moyens). <p>Devant une victime qui présente une hypothermie modérée ou sévère sans frisson, réaliser un réchauffement actif.</p> <ul style="list-style-type: none">- Envelopper la victime dans une couverture chauffante (40 à 42°C) ;- En l'absence de couverture chauffante, il faut installer près et autour du tronc (thorax, ventre) de la victime des poches d'eau tiède (bouillottes), des compresses chimiques d'application de chaud ou des briques chauffées. <p>Attention, il ne faut jamais appliquer directement le dispositif de chaud au contact de la peau de la victime, mais interposer une épaisseur de tissu suffisante pour prévenir toute brûlure.</p>
--	--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 06 N 01 V 1.2.1	Noyade.	
	<p>Définition.</p> <p>On parle de submersion lorsque la totalité de l'organisme est sous l'eau et d'immersion lorsque la face de la victime, c'est-à-dire ses voies aériennes sont recouvertes par de l'eau ou un autre liquide.</p> <p>Une personne victime d'une noyade peut mourir ou survivre avec ou sans séquelles, mais quel que soit son devenir on dira qu'elle a été victime d'une noyade.</p> <p>Signes. Ainsi il est possible de se trouver en présence d'une victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciente qui est fatiguée, à froid et est souvent angoissée. Si elle présente une toux persistante, c'est un signe de gravité. 	<p>Définition.</p> <p>On parle de submersion lorsque le visage de la victime est recouvert d'eau ou d'un liquide, ce qui entraîne l'asphyxie de la victime et un arrêt cardiaque en quelques minutes.</p> <p>On parle d'immersion lorsque le corps de la victime est dans l'eau alors que sa tête est au-dessus du niveau de l'eau, dans la plupart des cas grâce au port d'un gilet de sauvetage. Dans ce cas, la victime a les voies aériennes au-dessus de l'eau, même si elle a le visage éclaboussé par de l'eau, mais devient rapidement hypotherme.</p> <p>Une personne victime d'une noyade peut mourir ou survivre avec ou sans séquelles, mais quel que soit son devenir on dira qu'elle a été victime d'une noyade.</p> <p>On parle de noyé lorsque la victime décède à la suite d'une noyade et qu'aucun geste de réanimation n'a été réalisé.</p> <p>Signes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciente qui est fatiguée, à froid et est souvent angoissée. Elle peut présenter une toux persistante qui signe le passage de l'eau dans les poumons. <p>Principe de l'action de secours. Rajout de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifier son état de gravité - Assurer une prise en charge médicale rapide.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 06 N 01 V 1.2.1	Noyade.	
	<p>Suppression du paragraphe :</p> <p>Si le bilan circonstanciel laisse supposer que la personne a pu être victime d'un accident de sport nautique, d'une affection traumatique identifiée ou si la personne présente un état d'imprégnation alcoolique ou des signes évidents de lésions traumatiques, il convient de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immobiliser le rachis cervical et thoracique avant de procéder à la sortie de l'eau 	<p>Réorganisation des chapitres :</p> <p>Assurer le sauvetage aquatique de la victime. Le dégagement d'une victime de l'eau doit être réalisé en toute sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alerter ou faire alerter immédiatement les secours spécialisés ; - Éviter de pénétrer directement dans l'eau chaque fois que possible. <p>Si vous devez entrer dans l'eau, s'équiper d'une bouée ou de tout autre dispositif de flottaison pour pénétrer dans l'eau, ne pas s'aventurer seul et ne pas plonger tête la première.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parler à la victime et utiliser un moyen d'aide au sauvetage : envoi d'objet (bouée de sauvetage, bâton, corde, vêtement...) si la victime est proche de la terre ferme. Sinon, utiliser un bateau ou toute autre embarcation flottante pour faciliter le sauvetage- - Sortir la victime rapidement de l'eau, la probabilité pour que la victime présente une lésion de la colonne vertébrale sont très faibles. <p>Si la victime est en arrêt cardiaque, sa sortie doit être aussi rapide que possible tout en limitant autant que possible la flexion et l'extension du cou.</p> <p>Les sauveteurs spécialisés peuvent réaliser une immobilisation du rachis cervical et thoracique, avant de procéder à la sortie de l'eau dans les rares cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plongeon en eau peu profonde ; - Victime d'accident de sport nautique (toboggan aquatique, scooter de mer, kitesurf, ski nautique, accident de la circulation avec chute dans l'eau...) <ul style="list-style-type: none"> . et qui présente des signes d'atteinte du rachis ; . qui ne peut être examiné (lésions multiples, intoxication, alcoolique associée...).

		<ul style="list-style-type: none"> - Si la victime présente une détresse vitale, appliquer la conduite à tenir adaptée à son état en tenant compte des spécificités liées à la prise en charge d'une victime de noyade reprise ci-après. - Lorsque la victime est consciente, l'installer dans la position où elle se sent le mieux, si possible à l'abri du vent. <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compléter le bilan d'urgence vitale ; - Déshabiller la victime en évitant les mobilisations intempestives ; - Sécher prudemment et sans friction la victime ; - Envelopper la victime dans des couvertures et la protéger du vent ; - Réaliser le bilan complémentaire ; - Transmettre le bilan pour avis et appliquer les consignes reçues ;- surveiller la victime. <p>Spécificités liées à la prise en charge d'une victime de noyade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilation artificielle « Rajout de : L'arrêt cardiaque à la suite d'une noyade est dû à une hypoxie, idéalement il convient de réaliser immédiatement cinq insufflations initiales avant de débiter les compressions thoraciques. A défaut, commencer par les compressions thoraciques jusqu'à être en mesure de réaliser les insufflations. - Compressions thoraciques. « Rajout de : Pour réaliser les compressions thoraciques dans les embarcations, il est possible d'utiliser des dispositifs automatiques de massages cardiaques externes. Leur efficacité similaire aux compressions thoraciques manuelles en situation normale prend toute sa valeur dans un environnement difficile et étroit et pour des réanimations prolongées. »
--	--	--

		<p>Administration d'oxygène :</p> <p>L'administration d'oxygène sera rapide, systématique et à haute concentration (15 l/min) tant que la victime est en arrêt cardiaque et tant que l'on ne peut obtenir une SpO² fiable.</p> <ul style="list-style-type: none">- Défibrillation : Sécher le thorax avant de placer les électrodes pour la défibrillation, en respectant les consignes de sécurité liées à son utilisation. - Manoeuvre de désobstruction : La quantité d'eau inhalée par une victime d'une noyade est en général faible. La mousse aux lèvres, composée d'un mélange d'eau et d'air, est très fréquente chez la victime de noyade et ne gêne pas la ventilation. Ne pas insister pour l'enlever. <p>Les techniques de désobstruction des voies aériennes (tapes dans le dos, compressions abdominales) sont dangereuses et ne doivent pas être réalisées. En effet, elles peuvent entraîner une régurgitation, une inhalation de liquide gastrique, des lésions traumatiques et retardent la mise en œuvre de la réanimation cardio-pulmonaire.</p> <ul style="list-style-type: none">- Survenue de régurgitations : <p>Rajout du paragraphe :</p> <p>« Si une lésion est suspectée, retourner la victime d'un bloc, en gardant la tête, le cou et le torse alignés. »</p>
--	--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 07 B 01 V 1.2.1	Brûlures.	
	<p>Définition.</p> <p>Signes.</p>	<p>Définition.</p> <p>Rajout du paragraphe : « Cette gravité est plus ou moins importante en fonction des différentes caractéristiques de la brûlure. Certaines brûlures sont du domaine du médecin traitant, d'autres nécessitent une prise en charge par un véhicule d'évacuation et de premiers secours pour être acheminées vers un service d'urgence. Enfin, les brûlures les plus graves nécessitent une médicalisation de leur transport avant leur acheminement vers un centre de traitement des brûlures. »</p> <p>Signes.</p> <p>Rajout du paragraphe « L'aspect humide d'une zone brûlée en dehors d'un refroidissement à l'eau signe une atteinte plus profonde. »</p>
PR 07 B 04 V 1.1.2	Brûlure interne par inhalation.	
		<p>Rajout du paragraphe : « Les brûlures par inhalation doivent être suspectées chez une personne qui a respiré des fumées d'incendie ou inhalé des produits chimiques. »</p>
PR 07 B 05 V1.1.2	Brûlure thermique.	
	<p>En présence d'une brûlure grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêter l'arrosage au bout de 10 minutes maximum. - 	<p>En présence d'une brûlure grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêter l'arrosage au bout de 10 minutes minimum.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 07 P 01 V 1.2.1	Plaie.	
	<p>En présence d'une plaie grave.</p> <p>En l'absence de détresse vitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger la plaie par pansement stérile. <p>En présence d'un traumatisme dentaire (délogement d'une dent suite à un choc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conserver la dent dans un récipient contenant du sérum physiologique ou à défaut du lait. 	<p>En présence d'une plaie grave.</p> <p>En l'absence de détresse vitale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger la plaie par pansement stérile, à l'exception des plaies du thorax pour lesquelles il convient de mettre en œuvre la procédure adaptée. <p>En présence d'un traumatisme dentaire (délogement d'une dent suite à un choc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conserver la dent dans un récipient contenant du sérum physiologique, du lait ou à défaut de la salive de la personne qui a été accidentée.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 07 T 01 V 1.2.1	Traumatisme de l'Abdomen.	
	<p>Définition. Un traumatisme de l'abdomen est l'ensemble des signes dus à une atteinte traumatique de l'abdomen, avec ou sans plaie. Ces signes permettent de suspecter des lésions des organes intra abdominaux pouvant mettre rapidement en jeu la vie de la victime.</p> <p>Causes.</p> <p>Signes. Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan complémentaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau de l'abdomen (coup, choc) ou indirect (déclaration brutale).</p>	<p>Définition. Les traumatismes abdominaux portent atteinte à l'intégrité de la cavité abdominale et des organes contenus dans celle-ci. Ces traumatismes concernent les organes pleins (foie –rate – reins), les organes creux (estomac – intestin) et les gros vaisseaux (aorte-veine cave inférieure).</p> <p>Causes. Rajout du paragraphe : « Un traumatisme abdominal ne survient pas uniquement lors de l'atteinte de la face antérieure de l'abdomen, mais aussi lors de l'atteinte des flancs, du dos ou de la partie basse du thorax.</p> <p>Risques et conséquences. Rajout du paragraphe : « Les traumatismes avec atteinte des organes creux exposent à un risque infectieux important car leur contenu est septique (matières fécales).</p> <p>Signes. Le bilan circonstanciel et complémentaire retrouvent un traumatisme parfois violent direct au niveau de l'abdomen (coup, choc) ou indirect (déclaration brutale).</p>
PR 07 T 01 V 1.2.1	Traumatisme de l'Abdomen.	
	<p>Suppression des chapitres « La victime a perdu connaissance » « la victime, consciente, présente une détresse vitale ».</p>	<p>Rajout de la phrase Si la victime présente une détresse vitale, appliquer la conduite à tenir adaptée à son état.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 07 T 03 V 1.2.1	Traumatisme du bassin.	
	<p>Définition.</p> <p>Causes.</p> <p>Une atteinte du bassin survient lors :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un choc direct avec ou sans plaie au niveau du bassin. - D'un choc à distance du bassin et transmis par l'intermédiaire des os et des membres inférieurs (chute ou choc sur la hanche, chute de grande hauteur sur les talons ou les fesses). <p>Risques et conséquences.</p> <p>Signes.</p> <p>Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan complémentaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau du bassin (écrasement, coup, choc).</p>	<p>Définition. Rajout de la phrase : « Les traumatismes du bassin sont graves et touchent surtout l'adulte jeune. »</p> <p>Causes. Rajout du paragraphe :</p> <p>Les traumatismes du bassin surviennent dans un contexte de traumatisme à haute cinétique (accident de la voie publique, chutes de grande hauteur) avec dans deux cas sur trois des lésions associées (thorax, crâne, membres). Le choc peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Direct avec ou sans plaie au niveau de la partie basse de l'abdomen, des hanches ou des fesses ; - À distance du bassin et transmis par l'intermédiaire des os des membres inférieurs (chute ou choc sur la hanche, chute de grande hauteur sur les talons) ; <p>Plus rarement, les traumatismes du bassin peuvent survenir à la suite de traumatismes à faible énergie chez la personne âgée.</p> <p>Risques et conséquences. Rajout de la phrase : « La mortalité des traumatismes du bassin est de l'ordre de 8 à 15 %. »</p> <p>Signes.</p> <p>Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan complémentaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau du bassin (écrasement, coup, choc) <u>ou moins violent chez une personne âgée.</u></p>

	<p>Si la victime n'a pas perdu connaissance et peut s'exprimer, elle peut se plaindre d'une douleur spontanée siégeant au niveau du bassin ou dans la partie basse de l'abdomen.</p> <p>A l'examen on peut trouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une douleur à la palpation du bassin ; - Une impossibilité de bouger les membres inférieurs en raison de la douleur ; - La présence d'urine sanglante ou de sang sur les sous-vêtements (liée à l'atteinte de la vessie ou de l'urètre) ; - Un hématome important au niveau du pubis ; - Des lésions associées (polytraumatisme). <p>Principes de l'action de secours « Immobiliser la victime, comme si elle présentait une atteinte de la colonne vertébrale. »</p>	<p>Si la victime n'a pas perdu connaissance et peut s'exprimer, elle peut se plaindre d'une douleur spontanée siégeant au niveau du bassin ou dans la partie basse de l'abdomen. <u>Cette douleur spontanée est un signe évocateur d'un traumatisme du bassin</u></p> <p>A l'examen on peut trouver :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une douleur à la palpation <u>douce et prudente</u> du bassin ; - Une impossibilité de bouger les membres inférieurs en raison de la douleur ; - La présence d'urine sanglante ou de sang sur les sous-vêtements (liée à l'atteinte de la vessie ou de l'urètre) ; - Un hématome important au niveau du pubis ; - <u>Une lésion des organes urogénitaux externes particulièrement chez l'homme (plaie, œdème, hématome) ;</u> - <u>Des lésions associées, comme des lésions du crâne et du thorax qui peuvent masquer le traumatisme du bassin.</u> <p>Rajout du paragraphe : Toute victime traumatisée qui a perdu connaissance et qui présente des signes de détresse circulatoire doit être considérée systématiquement comme suspecte d'un traumatisme du bassin.</p> <p>Principes de l'action de secours « Immobiliser la victime et assurer une contention du bassin si nécessaire. »</p>
PR 07 T 08 V 1.2.1	Traumatisme du bassin.	
	<p>Suppression des chapitres « La victime a perdu connaissance » « la victime, consciente, présente une détresse vitale ».</p>	<p>Rajout des chapitres « Mettre en place une contention externe du bassin si la victime présente un traumatisme du bassin associé à des signes de détresse circulatoire, après avis médical. En cas d'impossibilité d'avis médical, mettre en place la contention. » « Si la victime présente une détresse vitale, appliquer la conduite à tenir adaptée à son état. »</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
AC 07 T 04 V 1.2.1	Traumatisme du crâne.	
	<p>Risques et conséquences.</p> <p>Un traumatisme crânien peut entraîner des lésions méningées ou cérébrales, mais aussi des hématomes intra crâniens dont les conséquences sont parfois vitales. Une prise en charge chirurgicale précoce augmente les chances de récupération du blessé.</p> <p>Signes.</p> <p>Au cours du bilan circonstanciel et au cours de l'analyse du mécanisme de l'accident lors du bilan complémentaire, on retrouve un traumatisme parfois violent direct au niveau du crâne ou de la face de la victime (coup – choc) ou indirect (décélération brutale).</p> <p>A l'examen on constate que la victime peut présenter :</p>	<p>Risques et conséquences.</p> <p>Ces lésions peuvent être plus ou moins rapidement évolutives et mettre en jeu le pronostic vital. Il faut donc surveiller régulièrement l'état de conscience de la victime. Dans certains cas, une prise en charge chirurgicale précoce est nécessaire pour augmenter les chances de récupération.</p> <p>Signes</p> <p>Le bilan circonstanciel et complémentaire retrouvent un traumatisme parfois violent au niveau du crâne (coup, choc) ou indirect (décélération brutale).</p> <p>A l'examen on constate que la victime peut présenter : rajout du signe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un hématome « en lunette » (autour des yeux) pouvant témoigner d'une fracture des os de la base du crâne.
PR 07 T 04 V 1.2.1	Traumatisme du crâne.	
	<p>La victime de présente pas de détresse vitale apparente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un collier cervical <p>Suppression du chapitre : si le relevage de la victime est nécessaire.</p>	<p>La victime de présente pas de détresse vitale apparente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si besoin, stabiliser ou restreindre les mouvements du rachis cervical. <p>Rajout paragraphe : si l'immobilisation du rachis est nécessaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relever la victime en utilisant a méthode de relevage adaptée. - Immobiliser le rachis de la victime avec le matériel le plus adapté. -

		<ul style="list-style-type: none"> - Passager d'un véhicule accidenté à grande vitesse (voies rapides, autoroutes, vitesse > 40km/h avec arrêt brutal contre un obstacle ou sur une distance < 10m, déformation de l'habitacle) ; - Absence de port de la ceinture de sécurité et déclenchement des airbags ; - Retournement d'un véhicule suite à tonneaux ; - Victime éjectée d'un véhicule lors d'une collision ; - Collision avec un 2 roues (conducteur ou passager du 2 roues) ; - Piéton renversé ; - Accident avec des véhicules à moteurs de loisirs (jet ski, quad, kart...) ; - Chute de cheval (jockey). - <p>Dès lors que l'on suspecte un traumatisme du rachis, il faut demander à la victime de ne pas bouger ou stabiliser manuellement la tête de la victime dans l'axe, (particulièrement pour réaliser la libération des voies aériennes) et éviter de mobiliser le reste de la colonne vertébrale.</p> <p>Au bilan d'urgence vitale, on suspectera une lésion du rachis de principe :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si la victime a perdu connaissance et ne peut s'exprimer ; - Si la victime présente une altération de la conscience ; <p>Si la victime se plaint :</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'un engourdissement, des sensations de décharges électriques au niveau des membres (paresthésie) ; - D'une douleur spontanée siégeant au niveau du rachis ; - D'une raideur de la nuque l'empêchant de tourner la tête ; - Si la victime présente un trouble de la motricité évident (ne bouge plus ses membres). <p>Au bilan complémentaire, on suspectera une lésion du rachis si la victime présente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une diminution de la force musculaire des mains ou des pieds (difficulté de serrer les mains ou bouger les orteils) une perte ou une diminution de la sensibilité des membres supérieurs (mains) ou inférieurs (pieds) ;
--	--	--

	<p>Principe de l'action de secours.</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'immobiliser la tête, le cou et le tronc de la victime qui est suspecte d'une lésion du rachis afin de limiter les risques d'aggravation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une douleur à la palpation prudente du rachis ; - Une déformation évidente du rachis ; - Une perte des urines ou des matières fécales ; - Une érection chez l'homme (victime inconsciente, victime trouvée déshabillée) - <p>A l'interrogatoire, la présence d'antécédents de traumatisme vertébral (fracture ou chirurgie de la colonne vertébrale) ou de maladie vertébrale (Ostéoporose) qui fragilise la colonne vertébrale feront aussi considérer la victime comme suspecte d'une lésion du rachis.</p> <p>Dans certaines situations, le secouriste ne pourra pas rechercher des signes d'atteinte vertébrale ou médullaire particulièrement si la victime :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N'est pas coopérative ou présente des difficultés de communication ; - Est sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues ; - Présente de nombreuses lésions qui empêchent de rechercher des signes d'atteinte du rachis ; - Présente une lésion qui détourne son attention (lésion douloureuse intense). <p>Principe de l'action de secours.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De stabiliser, de restreindre les mouvements puis d'immobiliser la tête, le cou et le tronc de la victime qui est suspecte d'une lésion du rachis afin de limiter les risques d'aggravation lors de son relevage et de son transport. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Points essentiels dans la prise en charge d'une victime suspecte d'un traumatisme du rachis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas aggraver une lésion instable de la colonne vertébrale qui menace la moelle épinière. - Eviter toute immobilisation excessive qui pourrait entraîner des effets secondaires et des complications graves. </div>
--	--	---

PR 07 T 05 V 2.1.1	Traumatisme du dos et du cou.	
	Fiche de procédure complètement revue.	<p>Rajout d'un chapitre sur les définitions.</p> <p>La stabilisation du rachis se définit comme un procédé physique de maintien de la colonne vertébrale en position neutre avant la mise en place d'un dispositif de restriction ou d'immobilisation du rachis (maintient à deux mains de la tête de la victime dans la position en lui demandant de ne pas bouger).</p> <p>La restriction des mouvements du rachis cervical se définit comme la limitation ou la réduction des mouvements du rachis cervical en utilisant un dispositif cervical comme les colliers cervicaux, ou des blocs de têtes.</p> <p>L'immobilisation de la colonne vertébrale (corps entier) se définit comme le procédé qui permet de limiter tout mouvement de la colonne vertébrale en utilisant une combinaison de moyens (ex. : bloc de tête, collier cervical, plan dur, matelas immobilisateur à dépression.)</p> <p>Recherche en priorité une détresse vitale.</p> <p>Devant une victime qui présente un traumatisme avec suspicion d'une lésion du rachis cervical, thoracique lombaire ou sacrée il faut rechercher en priorité une détresse vitale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hémorragie ; - Obstruction des voies aériennes ; - Détresse respiratoire ; - Détresse circulatoire ; - Détresse neurologique. - <p>A toutes les étapes de l'examen de la victime, limiter les mouvements du rachis soit en lui demandant de ne pas</p>

		<p>de nombreuses lésions qui empêchent de rechercher des signes d'atteinte du rachis, a des difficultés de communication (langue étrangère, enfant) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - La victime se plaint ou présente des signes d'une atteinte du rachis ou de la moelle comme une douleur de la colonne vertébrale, un déficit moteur ou sensitif des membres, une sensation anormale des membres (décharges électriques, fourmillement), un priapisme, une déformation de la colonne vertébrale, une sensibilité de la colonne vertébrale (douleur provoquée à la palpation), une douleur de la colonne vertébrale quand la victime tousse, essaye de se déplacer ou de s'asseoir. - La victime présente un traumatisme à haut risque de lésion du rachis (tableau 1) et : <ul style="list-style-type: none"> . Soit a plus de 65 ans . Soit présente des antécédents à risque comme une chirurgie ou une fracture antérieure de la colonne vertébrale ou une maladie osseuse ou du rachis (ostéoporose). <p>Rajout d'un tableau des mécanismes accidentels à haut risque de lésion du rachis</p> <p>Rajout du chapitre : la victime présente une plaie pénétrante isolée du thorax, du cou ou de la tête.</p> <p>Appliquer la conduite à tenir devant une plaie du thorax, du cou ou de la tête.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas immobiliser la victime. - Demander un avis médical. - Respecter les consignes. <p>Rajout de chapitres sur les cas particuliers.</p>
--	--	--

		<p><u>Victime Agitée non coopérante</u></p> <p>Devant une victime agitée ou non coopérante (intoxication alcoolique associée, enfant...) et qui refuse toute immobilisation, ne pas l'immobiliser, la laisser s'installer dans la position qui lui est le plus confortable tout en essayant de maintenir à 2 mains la tête dans l'axe. Demander un avis médical.</p> <p><u>Victime qui présente une déformation préexistante de la colonne vertébrale (cyphose, scoliose), victime très âgée (déformations liées à l'ostéoporose).</u></p> <p>L'immobilisation en position horizontale corps entier d'une victime très âgée ou qui présente une déformation préexistante de la colonne vertébrale est difficile et peut être contre-productive (augmentation de la douleur, aggravation des signes ou de la lésion).</p> <p>Il est alors nécessaire de respecter la position et la déformation de la victime et l'immobiliser dans la position qui lui est la plus confortable. Seul le matelas immobilisateur à dépression permet de réaliser cette immobilisation et garder la victime immobile.</p> <p><u>Traumatisme grave et suspicion de lésion du rachis chez l'enfant.</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Si l'enfant a perdu connaissance, conserver la stabilisation en ligne du rachis cervical pour assurer la liberté des voies aériennes supérieures.- L'aspiration des sécrétions, débris, sangs et vomissures à l'aide d'un aspirateur de mucosité doit se faire en conservant la stabilisation en ligne du rachis cervical.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Laisser l'enfant dans son siège d'automobile (coque) si c'est possible (pas de déformation de la coque). Parfaire l'immobilisation de la tête et du corps de l'enfant à l'intérieur du siège à l'aide de rembourrage. - Pour relever un enfant suspect d'une lésion du rachis et qui est allongé au sol, utiliser comme chez l'adulte un brancard cuillère plutôt qu'un plan dur. - Comme pour l'adulte, immobiliser l'enfant sur un matelas immobilisateur à dépression (ou attelle à dépression pour les petits enfants) qui doit rester en place pour le transfert sur le brancard à l'hôpital. Le plan dur doit être réservé aux manœuvres d'extraction et non à l'immobilisation ultérieure de l'enfant. - Lors de l'immobilisation, une attention particulière doit être portée au maintien en ligne du rachis cervical. Comme chez l'adulte, les blocs de tête peuvent être positionnés dans le matelas à dépression ou sur le brancard cuillère pour restreindre les mouvements du rachis cervical. <p><u>Relevage et immobilisation d'une victime</u></p> <p>L'immobilisation de la colonne vertébrale d'une victime se fait le plus souvent en position allongée. Toutefois l'immobilisation doit respecter une déformation ou une position d'attente adaptée à une détresse.</p> <p>Choix du moyen.</p> <p>Stabilisation du rachis. La stabilisation du rachis est réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En demandant à la victime de ne pas bouger si elle est consciente et coopérante - En maintenant la tête de la victime à deux mains pour garder le rachis cervical dans l'axe si la victime est calme. -
--	--	---

		<p>Restriction des mouvements du rachis. La restriction des mouvements du rachis cervical est réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - À l'aide de blocs de tête placés de part et d'autre de la tête et maintenus par dessangles. - À l'aide d'un matelas immobilisateur à dépression (MID). - À l'aide d'un collier cervical rigide. <p>L'usage systématique du collier cervical chez l'adulte comme chez l'enfant n'est plus conseillé.</p> <p>Le collier cervical peut encore être utilisé pour restreindre les mouvements du rachis cervical lors de l'extraction ou du relevage d'une victime si la stabilisation de la tête par un sauveteur s'annonce difficile ou aléatoire. Le collier cervical ne doit pas être utilisé s'il existe une contre-indication comme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une possible obstruction des voies aériennes, - Une déformation préexistante du rachis cervical (dans ce cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve) <p>Le collier cervical doit être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adapté à la taille de la victime ; - Positionné correctement ; - Desserré une fois l'immobilisation sur le MID réalisée. - Resserré pour une nouvelle mobilisation (transfert sur un brancard) <p>Après mise en place du collier, réévaluer la liberté des voies aériennes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immobilisation de la colonne vertébrale. <p>L'immobilisation corps entier d'une victime qui présente un traumatisme du rachis est réalisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En priorité dans un matelas immobilisateur à dépression qui doit rester en place pour le transfert sur le brancard à l'hôpital. Les blocs de tête
--	--	--

		<p>peuvent être utilisés pour restreindre les mouvements du rachis cervical à l'intérieur du matelas. Une fois immobilisée, si la victime porte un collier cervical rigide, il faut le desserrer. Le MID permet aussi d'immobiliser les victimes dans la position adaptée à leur détresse (demi-assise pour une détresse respiratoire).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exceptionnellement sur un plan dur équipé de blocs de tête : <ul style="list-style-type: none"> . En cas d'indisponibilité d'un MID ; . Si le nombre de secouristes n'est pas suffisant pour transférer la victime du plan dur sur le MID ; . En l'absence de contre-indications comme : <ul style="list-style-type: none"> . Une déformation préexistante de la colonne vertébrale . Ou s'il faut immobiliser la victime dans une autre position (détresse respiratoire). <p><u>Choix de la technique de relevage.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relevage d'une victime allongée sur le sol <p>Pour relever une victime allongée au sol, il est préférable d'utiliser un brancard cuillère plutôt qu'un plan dur.</p> <p>Une fois installés sur le brancard cuillère, les blocs de tête peuvent être utilisés pour restreindre les mouvements du rachis cervical. Ils permettent ainsi de libérer le secouriste chargé du maintien de la tête lors du transfert de la victime dans un moyen d'immobilisation.</p> <p>En l'absence de brancard cuillère, relever la victime en utilisant une technique de relevage en pont à plusieurs secouristes.</p> <p>Si aucune des deux techniques précédentes n'est possible, mettre en place un collier cervical et installer la victime sur un plan dur par roulement au sol avant de la transférer dans un moyen d'immobilisation.</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- Victime située dans un endroit difficile d'accès (endroit exigü, véhicule accidenté...)- <p>Si la victime nécessite une immobilisation corps entier, réaliser une technique d'extraction en utilisant les moyens dédiés comme le plan dur ou l'attelle cervico-thoracique.</p> <p>Si la stabilisation de la tête par un sauveteur est difficile lors de la manœuvre d'extraction, il est nécessaire de restreindre les mouvements du rachis avec un collier cervical rigide puis l'attelle cervico-thoracique.</p> <p>En l'absence d'indication d'immobilisation corps entier, rechercher la coopération de la victime et lui demander de se dégager elle-même, puis, si elle le peut de s'allonger sur le brancard.</p> <p>Interrompre tout mouvement si la victime présente une aggravation de la douleur ou des signes d'atteinte de la moelle.</p>
--	--	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 07 T 06 V 1.2.1	Traumatisme du thorax.	
	<p>La victime ne présente pas de détresse vitale apparente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger la plaie par un pansement non occlusif et stérile. 	<p>La victime ne présente pas de détresse vitale apparente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protéger la plaie par un dispositif médical non occlusif spécifique à cette situation s'il en est à disposition ; En en son absence laisser la plaie à l'air libre.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
PR 08 M 01 V 1.2.1	Mort inattendue et inexplicée du nourrisson.	
		<p>Rajout des paragraphes</p> <p>Assurer le transport du corps à la demande du médecin vers un centre de référence chargé de déterminer les causes de la mort.</p> <p>À tout moment de la procédure, s'il apparait un doute sur l'origine naturelle du décès, le médecin sera en mesure d'alerter les autorités judiciaires</p>



FICHES TECHNIQUES

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 A 01 V 1.2.1	Administration d'oxygène par insufflation.	
	<p>Matériels</p> <p>Le ballon-réserve est un ballon souple placé avant la valve d'admission des gaz frais. Son adjonction permet d'obtenir à l'intérieur de l'insufflateur manuel une concentration d'oxygène élevée proche de 100 % à un débit de 10 l/min</p> <p>Lors de l'expiration, le ballon auto-remplisseur se remplit avec l'oxygène qui arrive directement de la bouteille et du ballon réserve.</p> <p>Réalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régler le débit de la bouteille d'oxygène à <ul style="list-style-type: none"> . 15 l/min pour un adulte . 9 l/min pur un enfant . 3 l/min pour un nourrisson ou un nouveau-né. <p>Risques.</p>	<p>Matériels.</p> <p>Le ballon-réserve est un ballon souple placé avant la valve d'admission des gaz frais. Son adjonction permet d'obtenir à l'intérieur de l'insufflateur manuel une concentration d'oxygène élevée proche <u>de 85% à un débit de 15 l/min.</u></p> <p>Lors de l'expiration, le ballon auto-remplisseur de l'insufflateur manuel se remplit avec l'oxygène qui arrive directement de la bouteille et du ballon réserve <u>et très peu d'air extérieur.</u></p> <p>De plus, une valve d'entrée d'air permet la pénétration d'air extérieur dans le ballon auto remplisseur si le volume d'oxygène contenu dans le ballon réserve n'est pas suffisant pour le remplir.</p> <p>Réalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régler le débit de la bouteille d'oxygène <u>à 15 l/min pour un insufflateur manuel adulte, pédiatrique ou prématuré ;</u> <p>Dès que la mesure de la SpO² peut être mesurée de manière fiable, ajuster le débit d'oxygène à la SpO² que l'on veut obtenir. En l'absence de SpO² fiable, ne pas réduire le débit d'oxygène.</p> <p>Risques : rajout du paragraphe : L'insufflateur manuel équipé d'un ballon-réserve ne doit pas être utilisé comme moyen d'inhalation car il augmente la résistance à l'inspiration, peut aggraver la détresse particulièrement chez l'enfant et il convient d'utiliser un moyen adapté à l'inhalation d'oxygène.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 C 01 V 1.2.1	Compression manuelle.	
	<p>Indication. La compression manuelle doit être réalisée devant toute hémorragie externe accessible.</p> <p>Réalisation.</p> <p>Risques et contraintes.</p>	<p>Indication. La compression manuelle doit être réalisée devant toute hémorragie externe accessible <u>en l'absence de corps étranger</u>.</p> <p>Réalisation. Rajout du chapitre : Si le secouriste ne peut lui-même maintenir la compression, par exemple s'il existe de nombreuses victimes, il peut demander à la victime, si elle en est capable, d'appuyer directement avec sa main</p> <p>Risques et contraintes. Rajout du chapitre : Le temps de compression avant la mise en place d'un pansement compressif doit parfois être prolongé chez les personnes prenant des médicaments servant à fluidifier le sang.</p>
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 P 01 V 2.1.1	Pansement compressif.	
	<p>Risques et contraintes : suppression du chapitre</p> <p>« Le pansement compressif peut être moins efficace qu'une compression manuelle. Il est constaté alors une reprise du saignement au travers du pansement (suintement de sang). Il faut réaliser un autre pansement compressif sur le premier afin d'augmenter la compression. Si ce n'est toujours pas efficace, reprendre la compression manuelle par-dessus. »</p>	<p>Rajout chapitre cas particuliers. Dans certaines localisations de plaie en zone « non garrotable », il est parfois possible de réaliser un pansement compressif en prenant appui sur un relief osseux opposé. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cou avec contre-appui sur l'aisselle opposée ; - Aisselle avec contre-appui sur un collier cervical ; - Fesse avec contre-appui sur le bassin ; - Pli inguinal avec contre-appui sur le bassin ; - Cuir chevelu avec contre- appui sur le menton. <p>Ces techniques sont particulièrement utiles en cas de nombreuses victimes où le secouriste ne peut pas rester fixé sur une seule victime.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 G 01 V 1.2.1	Garrot.	
	<p>Indication.</p> <p>Il ne peut être posé qu'aux membres supérieurs (au bras) ou inférieurs (à la cuisse).</p> <p>Matériel.</p> <p>Réalisation.</p> <p>Garrot spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre la plaie et la racine du membre au-dessus du coude ou du genou. - Bloquer le dispositif de serrage pour que le garrot ne lâche pas brutalement. - Laisser le garrot toujours visible. Ne jamais le recouvrir. <p>- Noter l'heure de pose du garrot afin de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la victime.</p>	<p>Indication.</p> <p>Il ne peut être posé qu'aux membre supérieurs ou inférieurs.</p> <p>Matériel. Pour la garrot improvisé, rajout de la phrase :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eventuellement un second lien plus court pour fixer le bâton. <p>Réalisation.</p> <p>Garrot spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre la plaie et la racine du membre - Bloquer le dispositif de serrage pour que le garrot ne lâche pas brutalement et veiller à ce qu'il soit positionné à l'extérieur du membre pour ne pas occasionner de blessures au moment du brancardage. - Laisser préférentiellement le garrot toujours visible. <p>Si la victime est totalement recouverte afin de lui éviter une hypothermie préjudiciable en cas de saignement, l'efficacité du garrot doit être vérifiée régulièrement et fréquemment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noter l'heure de pose du garrot (sur le garrot, sur la fiche de la victime, voire sur son front en cas de nombreuses victimes) afin de pouvoir la communiquer aux personnes assurant le relais dans la prise en charge de la victime.

	<p>Garrot improvisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre la plaie et la racine du membre au-dessus du coude ou du genou. <ul style="list-style-type: none"> - Laisser le garrot toujours visible. Ne jamais le recouvrir. <p>Risques et contraintes.</p> <p>Dans certains cas, le garrot ne peut être installé : plaie du cou, plaie ou section de membre qui siège trop près de sa racine (pli de l'aîne, creux axillaire). Il est alors nécessaire de maintenir une compression manuelle locale qui reste la seule solution.</p> <p>Evaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le garrot est efficace si le saignement est arrêté. 	<p>Garrot improvisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entre la plaie et la racine du membre <p>Réaliser un dernier nœud de maintien ; Il est possible, si l'on a un second lien, de l'utiliser pour fixer le bâton :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placer le lien court parallèlement au membre à la hauteur souhaitée du garrot ; - Faire deux tours avec le lien large autour du membre et appliquer le procédé ci-dessus jusqu'à l'arrêt du saignement ; <p>Attacher le bâton avec le second lien pour que le garrot ne se desserre pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laisser préférentiellement le garrot toujours visible. <p>Si la victime est totalement recouverte afin de lui éviter une hypothermie préjudiciable en cas de saignement, l'efficacité du garrot doit être vérifiée régulièrement et fréquemment</p> <p>Risques et contraintes.</p> <p>Dans certains cas, le garrot ne peut être installé : plaie du cou, plaie ou section de membre qui siège trop près de sa racine (pli de l'aîne, creux axillaire). Il est alors nécessaire de maintenir une compression manuelle locale ou de mettre en place un pansement compressif avec contre-appui opposé.</p> <p>Evaluation.</p> <p>Le garrot est efficace si le saignement est arrêté. En cas de persistance du saignement, resserrer le garrot. Si ce n'est pas suffisant, compléter par un ou plusieurs autres dispositifs d'arrêt des hémorragies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Second garrot entre le premier et la racine du membre et/ou, si disponible, pansement imbibée d'une substance hémostatique avec pansement compressif.
--	--	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 C 01 V 1.2.1	Compression thoracique.	
	<p>Réalisation. Chez l'adulte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives de cinq à six centimètres tout en veillant à... <p>Chez l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur. <p>Chez le nouveau-né ou le nourrisson.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur. <p>Avec la pulpe des deux pouces en englobant le thorax avec les autres doigts de chaque main si l'action est menée en équipe.</p> <p>Maintenir une fréquence chez le nouveau-né de 120 compressions par minute.</p> <p>Evaluation.</p>	<p>Réalisation. Chez l'adulte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives d'environ 5 cm centimètres sans dépasser 6 cm tout en veillant à... <p>Rajout de :</p> <p>NB : un dispositif d'aide au massage cardiaque comme un métronome et un moniteur de la profondeur de compression peuvent être utilisés afin d'améliorer la qualité de la RCP.</p> <p>Chez l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur <u>ou d'environ 5 cm</u> <p>Si la victime (enfant) est grande, il peut être utile d'utiliser la même technique que chez l'adulte.</p> <p>Chez le nouveau-né ou le nourrisson.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réaliser des compressions thoraciques successives en enfonçant le thorax d'au moins un tiers de son épaisseur <u>ou d'environ 4 cm.</u> <p>Avec la pulpe des deux pouces <u>placés côte à côte, la pointe des doigts vers la tête du nourrisson</u> et en englobant le thorax avec les autres doigts de chaque main si l'action est menée à 2 ou plus de 2 secouristes ;</p> <p>Maintenir une fréquence chez le nouveau-né qui présente une détresse à la naissance de 120 compressions/min.</p> <p>Evaluation. Rajout du paragraphe :</p> <p>« La recherche du pouls est faire préférentiellement au pli de l'aîne (pouls fémoral) pour ne pas gêner la réanimation.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 D 01 V 1.2.1	Désobstruction par la méthode des claques dans le dos.	
	<p>Indication. Cette technique est indiquée en cas d'obstruction totale des voies aériennes par un corps étranger chez une victime consciente.</p> <p>Réalisation.</p> <p>Chez l'adulte.</p> <p>Chez l'enfant.</p> <p>Chez le nourrisson.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir sa tête avec les doigts, de part et d'autre de la bouche tout en évitant d'appuyer sur la gorge. 	<p>Indication. Cette technique est indiquée en cas d'obstruction <u>grave</u> des voies aériennes par un corps étranger chez une victime consciente.</p> <p>Réalisation. La technique de désobstruction des voies aériennes varie en fonction du gabarit de la victime.</p> <p>Chez l'adulte et le grand enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laisser la victime debout ou assise. <p>Chez la victime qui peut tenir sur la cuisse du sauveteur (enfant).</p> <p>Chez la victime qui peut tenir sur l'avant-bras du sauveteur (nourrisson, petit enfant).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir sa tête avec les doigts, <u>le pouce d'un côté et un ou deux doigts de la même main de l'autre côté</u>, placés au niveau de l'angle de la mâchoire inférieure, sans appuyer sur la gorge ;

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 D 02 V 1.2.1	Désobstruction par la méthode des compressions abdominale.	
	<p>Indication. Cette technique est indiquée en cas d'obstruction total des voies aériennes par un corps étranger chez un adulte ou un enfant, conscient, après une série de cinq claques dans le dos inefficace.</p> <p>Réalisation. - Se placer derrière la victime contre son dos.</p>	<p>Indication. Cette technique est indiquée en cas d'obstruction <u>grave</u> des voies aériennes par un corps étranger chez un adulte ou un enfant, conscient, après une série de cinq claques dans le dos inefficace <u>et si le secouriste peut se tenir debout ou à genoux derrière elle.</u></p> <p>Réalisation. - Se placer <u>debout ou à genoux</u> (enfant) derrière la victime contre son dos.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 D 03 V 1.2.1	Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques.	
	<p>Chez le nourrisson. Placer la pulpe de deux doigts d'une main dans l'axe du sternum un doigt au-dessus de ce repère.</p>	<p>Chez le nourrisson. Placer la pulpe de deux doigts d'une main au milieu de la poitrine, sur la moitié inférieure du sternum, un travers de doigt au-dessus de la pointe inférieure du sternum ;</p> <p>Rajout paragraphe : « Chez la personne alitée.</p> <p>Si la victime qui présente une obstruction grave des voies aériennes est alitée, le sauveteur peut réaliser des compressions thoraciques comme pour le massage cardiaque ;</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 D 03 V 1.2.1	Mise en place d'une canule oropharyngée.	
	<p>Indication. Suppression de « Une équipe médicale peut mettre en place une canule oropharyngée dans d'autres circonstances ».</p> <p>Réalisation.</p> <p>Chez l'adulte. Choisir une canule adaptée à la victime ; La canule doit avoir une taille égale à la distance de la commissure labiale à l'angle de la mandibule.</p> <p>Risques et contraintes.</p>	<p>Indication. Rajout : « Ceci se rencontre plus particulièrement avec certaines victimes (victime obèse, cou court) ou lors de RCP prolongée. »</p> <p>Réalisation. Rajout de : « maintenir la tête de la victime en arrière et élever le menton. »</p> <p>Chez l'adulte. Choisir une canule adaptée à la victime ; La canule doit avoir une taille égale à la distance <u>entre les incisives de la</u> victime et l'angle de la mandibule.</p> <p>Risques et contraintes. Rajout de : NB la canule nasopharyngée est réservée uniquement à un usage médical ou paramédical.</p>
Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 V 01 V 1.2.1	Ventilation artificielle par une méthode orale.	
	<p>Chez l'adulte et l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se redresser légèrement. <p>Chez le nourrisson et le nouveau-né.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffler des volumes d'air sensiblement moindre que pour l'enfant. 	<p>Chez l'adulte et l'enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se redresser légèrement <u>tout en maintenant la tête de la victime en arrière</u> <p>Chez le nourrisson et le nouveau-né.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffler progressivement jusqu'à ce que la poitrine du nourrisson commence à se soulever (durant 1 seconde environ) ; - Se redresser légèrement tout en maintenant la tête en position neutre afin de : <ul style="list-style-type: none"> . Vérifier l'affaissement de la poitrine ; . Insuffler une seconde fois dans les mêmes conditions.

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 04 V 02 V 1.2.1	Ventilation artificielle par un insufflateur manuel.	
	<p>Description du matériel.</p> <p>Il existe plusieurs modèles, en fonction du volume du ballon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulte : 1 500 - Pédiatrique : 600 - Prématuré : 250 ml. <p>Réalisation à un secouriste.</p>	<p>Description du matériel.</p> <p>Il existe plusieurs modèles, en fonction du volume du ballon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulte : 1 600 à 2 000 ml ; - Pédiatrique : 450 à 500 ml ; - Prématuré : 250 ml. Ce modèle est inefficace pour la réanimation du nouveau-né à la naissance ou le nourrisson. Il est exclusivement réservé au prématuré. <p>Les insufflateurs manuels prématurés et pédiatriques sont munis d'une valve de surpression pré réglée à 35-40 mm Hg afin d'éviter à des poumons normaux d'être lésés par des pressions excessives.</p> <p>Il faut préférer des masques translucides car ils permettent de voir rapidement les sécrétions ou vomissements et d'observer la coloration des lèvres de la victime</p> <p>Réalisation à un secouriste.</p> <ul style="list-style-type: none"> - D'une main, assurer la libération des voies aériennes. <p>Appliquer le masque selon la technique de pince C-E, pour cela :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Placer le pouce de la main sur le masque, au-dessus du nez de la victime ; - Et placer l'index sur la base du masque, au-dessus de la lèvre inférieure de la victime (le pouce et l'index forment ainsi un C); - Placer les autres doigts (3ième, 4ième et 5^{ième} doigts) en crochet sous le menton et le tirer vers le haut pour l'appliquer contre le masque et maintenir les VA de la victime libres (le pouce, l'index et les autres doigts forment ainsi un E);

	<ul style="list-style-type: none"> - Comprimer le ballon progressivement, durant une seconde environ. <p>Réalisation à deux secouristes.</p> <p>Le secouriste 1 :</p> <p>Le secouriste 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprimer le ballon progressivement, durant une seconde environ. <p>Par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation. L'insufflateur manuel peut être directement relié à une sonde d'intubation mise en place par un médecin. Le secouriste peut être amené à ventiler une victime intubée à l'aide d'un insufflateur manuel. Pour cela, il veille à ne pas mobiliser la sonde et respecte les recommandations données par le médecin sur place.</p> <p>Evaluation L'efficacité de la technique est jugée sur l'obtention d'un début de soulèvement de la poitrine de la victime, lors de chaque insufflation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exercer une pression, vers le bas avec le pouce et l'index et vers le haut avec les autres doigts ; Le maintien de la tête en arrière (position neutre pour le nourrisson) est réalisé par le mouvement du poignet de la main qui tient le masque - Comprimer le ballon progressivement, durant une seconde environ jusqu'au début du soulèvement du thorax (la pression à exercer est variable selon la victime) ; <p>Réalisation à deux secouristes. Cette technique dont un secouriste maintient les voies aériennes ouverte et le masque alors que l'autre comprime le ballon améliore l'étanchéité du masque</p> <p>Le secouriste 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appliquer le masque (technique de pince C-E) avec une main ; - Placer l'autre main de façon symétrique à la première ; <p>Le secouriste 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprimer le ballon progressivement, durant une seconde environ jusqu'au début du soulèvement du thorax (la pression à exercer est variable selon la victime) ; <p>Par l'intermédiaire d'une sonde d'intubation. Le secouriste peut être amené à ventiler une victime à l'aide d'un insufflateur manuel directement relié à une sonde d'intubation ou un dispositif supra-glottique. Pour cela, il veille à ne pas mobiliser la sonde ou le dispositif lors des insufflations et respecte les consignes données.</p> <p>Evaluation. L'efficacité de la technique est jugée sur l'obtention d'un début de soulèvement de la poitrine de la victime, lors de chaque insufflation et <u>l'absence de fuite d'air au niveau du masque.</u></p>
--	---	---

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 05 A 01 V 2.1.1	Administration d'oxygène par inhalation.	
	<p>Indication.</p> <p>L'inhalation d'oxygène est un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par une victime</p> <p>L'inhalation d'oxygène est nécessaire chez toute victime qui présente présentant une détresse avec une fréquence respiratoire est supérieure à 6 mouvements par minute et dont la saturation pulsatile en oxygène indique une valeur inférieure à 94 %.</p> <p>En l'absence de possibilité de mesure de la SpO², l'inhalation d'oxygène est systématique, si la victime présente une détresse vitale évidente ou sur une indication médicale.</p> <p>Matériel.</p> <p>Masque Haute Concentration MHC</p> <p>Le MHC est un dispositif d'administration de l'oxygène sans ré inspiration (la victime n'inhale pas l'air qu'elle expire).</p>	<p>Indication.</p> <p>L'inhalation d'oxygène est un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par une victime qui respire (fréquence respiratoire > 6 mouvements par minute). L'inhalation d'oxygène est nécessaire chez toute victime qui présente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une détresse vitale ; - Une intoxication aux fumées d'incendie ou au monoxyde de carbone ; - Un accident de décompression secondaire à une plongée ou un travail dans une ambiance en hyperpression (tunneliers) - Une mesure de la SpO² qui indique une valeur <94% ; - Une mesure de la SpO² qui indique une valeur <89% chez l'insuffisant respiratoire chronique avec ou sans oxygène à domicile ; - Une crise douloureuse chez une victime qui présente des antécédents de drépanocytose. <p>En l'absence de possibilité de mesure de la SpO², l'inhalation d'oxygène est systématique, si la victime présente une détresse vitale dans l'attente d'un avis médical.</p> <p>Matériel</p> <p>Un appareil de mesure de la SpO₂ doit toujours être à disposition du secouriste chaque fois qu'il a les moyens d'administrer de l'oxygène.</p> <p>Masque Haute Concentration MHC</p> <p>Le MHC délivre un air dont la concentration en O² est comprise entre 60 et 90 % lorsque le débit d'admission est de 8 à 15 l/min. La concentration en oxygène de l'air qui est délivré est variable en fonction de la forme du masque et de la qualité de la ventilation de la victime.</p>

	<p>-autres dispositifs d'inhalation : masque simple, lunettes...</p>	<p>Le MHC est muni d'un réservoir d'oxygène situé au-dessous d'une valve anti retour qui empêche la victime de rejeter l'air expiré dans ce réservoir. Il existe des modèles « adultes » et des modèles « enfants ».</p> <p>Le MHC doit être utilisé pour toute administration d'O² qui nécessite de fortes concentrations, c'est à dire pour maintenir une SpO² entre 94 et 98 %. Il ne doit pas être utilisé en dessous de 6 l/min.</p> <p>- Masque simple Le masque facial simple délivre des concentrations en oxygène comprises entre 40 et 60 %. Il est encore appelé masque à moyenne concentration. La concentration d'oxygène administré aux patients est variable et dépend plus particulièrement du débit en O² et de la ventilation de la victime.</p> <p>Cette concentration est variable suivant que l'on augmente ou diminue le débit en O² de 5 à 10 l/min. Un débit < 5 l/min peut entraîner une augmentation de la résistance à l'inspiration et il peut y avoir une mauvaise évacuation du CO² contenu dans le masque. Cette mauvaise évacuation est à l'origine d'un phénomène de ré inhalation de l'air expiré (re-breathing).</p> <p>- Lunettes à oxygène. Les lunettes à O² sont en PVC, souple, non stérile et à usage unique. Elles possèdent :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Une tubulure étoilée anti-écrasement, . Un système de fixation qui passe derrière les oreilles de la victime et qui est en avant, de forme légèrement courbée, adapté à l'anatomie du Visage . Un embout nasal fin et souple, . Une languette flexible qui permet de stabiliser la lunette sur la lèvre supérieure de la victime.
--	--	--

		<p>L'utilisation des lunettes à O² par le secouriste est adaptée pour des patients qui nécessitent une administration d'O² à des concentrations basses ou modérées.</p> <p>Elle est plus particulièrement indiquée pour l'aggravation d'une insuffisance respiratoire chronique afin de maintenir une SpO² entre 89 et 94 %.</p> <p>Son utilisation doit faire l'objet si possible d'un avis médical. Le débit d'oxygène utilisé doit être entre 1 et 6 l/min.</p> <ul style="list-style-type: none">- Masque pour laryngectomisé. <p>Le masque pour laryngectomisé permet l'administration d'O² par un tube de Trachéotomie ou pour les victimes qui ont eu une laryngectomie (la victime respire habituellement par un orifice situé à la base du cou).</p> <p>Le débit d'oxygène doit être adapté à la saturation que l'on désire obtenir. L'administration d'O² par cette voie doit être limitée dans le temps, car une humidification de l'air est nécessaire.</p> <p>Lors de l'administration d'O² chez une victime laryngectomisée, il est souvent nécessaire de réaliser une aspiration des sécrétions présentes pour améliorer la liberté des voies aériennes.</p> <p>Le masque à valves Venturi est un autre moyen d'administration d'oxygène, mais il n'est pas adapté à la prise en charge des victimes par le secouriste. Les dispositifs d'inhalation mis à disposition du secouriste relèvent de son autorité médicale d'emploi.</p> <p>Les insufflateurs manuels équipés ou non de ballon-réserve ne doivent pas être utilisés comme moyen d'inhalation, car ils augmentent la résistance à l'inspiration et peuvent aggraver une détresse respiratoire particulièrement chez l'enfant.</p>
--	--	--

<p>Réalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régler le débit initial : <ul style="list-style-type: none"> . 9 l/min pour un adulte . 6 l/min pour un enfant . 3 l/min pour un nourrisson - Maintenir une SpO₂ entre 94 et 98 % <p>Risques et contraintes.</p> <p>L'administration d'oxygène peut provoquer une hyperoxie. Pour l'éviter, son administration par inhalation est arrêtée dès que la mesure de la saturation pulsatile en oxygène est supérieure ou égale à 98 % ou sur indication du médecin régulateur.</p> <p>Evaluation.</p> <p>Un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par la victime doit entraîner un accroissement de la saturation pulsatile en oxygène et la maintenir dans les limites définies précédemment.</p>	<p>Réalisation</p> <p>Régler le débit initial selon les données suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MHC (adulte et pédiatrie) plage de débit d'utilisation : 8 à 15 l/min : débit initial : 15 l/min - Masque simple (adulte et pédiat.) plage de débit d'utilisation 6 à 10 l/min : débit initial : 10 l/min - Lunette O₂ : plage de débit d'utilisation 1 à 6 l/min : débit initial de 2L/min ou 1 ou 2 L/min au-dessus de son débit habituel. <p>Ajuster le débit d'oxygène en fonction des objectifs de saturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SpO₂ de 94 à 98 % chez l'adulte et en pédiatrie. - SpO₂ de 89 à 94 % chez l'insuffisant respiratoire chronique. <p>Risques et contraintes.</p> <p>L'administration d'oxygène peut être dangereuse chez la victime qui présente une insuffisance respiratoire chronique avancée. De même, l'hyperoxie peut être néfaste chez la victime qui présente un AVC ou une maladie cardiaque alors que le taux d'oxygène dans le sang est normal. Au total, il faut lutter contre l'hypoxie, sans entraîner une hyperoxie. Pour cela, chaque fois que possible, il faut adapter l'administration d'oxygène à la mesure de la SpO₂ tout en respectant les indications et contre-indications de cette administration. L'administration d'oxygène à l'aide de lunettes sans humidification peut entraîner une irritation nasale pour des débits > 4 l/min.</p> <p>Evaluation.</p> <p>Un enrichissement en oxygène de l'air inspiré par la victime vise à obtenir une amélioration de l'état de la victime et d'atteindre les objectifs de saturation attendus.</p>
--	--

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 05 U 01 V 1.2.1	Utilisation de la bouteille d'oxygène.	
	<p>Matériel. Le détendeur -débitmètre intégré.</p> <p>D'un manomètre haute pression, avec des plages colorées, qui indique la pression régnant à l'intérieur de la bouteille.</p> <p>Consignes de de manipulation et d'utilisation.</p> <p>L'ouverture de la bouteille doit être réalisée lentement.</p> <p>Le débitmètre ne doit jamais être ouvert avant le robinet (il doit être réglé à 0 l/min au préalable).</p>	<p>Matériel. Le détendeur -débitmètre intégré.</p> <p>D'un manomètre haute pression, avec des plages colorées, qui indique la pression régnant à l'intérieur de la bouteille ou d'un affichage sur écran LCD de l'autonomie en temps de la bouteille en fonction du débit choisi (la pression résiduelle n'apparaît que sous forme d'une jauge graduée par ¼ avec alarmes sonores) ;</p> <p>Consignes de de manipulation et d'utilisation.</p> <p>L'ouverture de la bouteille doit être réalisée lentement.</p> <p>Le débitmètre ne doit jamais être ouvert avant le robinet (il doit être réglé à 0 l/min au préalable). La sortie du robinet de la bouteille ne doit jamais se trouver dirigée face à l'intervenant ou la victime. Ils doivent toujours être du côté opposé au détendeur, derrière la bouteille et en retrait.</p> <p>Rajout du chapitre : Toute bouteille ayant chuté ou présentant une anomalie (chapeau mal fixé) ou une défaillance (robinet bloqué, manomètre défectueux...) ne doit plus être utilisée. Elle doit, quelle que soit sa pression résiduelle, être rapportée au responsable chargé de l'oxygène.</p>

Réf	VERSION 2014	VERSION 2018
FT 07 I 06 V 1.2.1	Immobilisation générale sur un matelas à dépression.	
	<p>Indication. Suppression de « il peut être aussi utilisé pour relever une victime allongée au sol dans un espace étroit ou pour en faciliter le déplacement. »</p> <p>Réalisation.</p> <p>L'installation d'une victime sur le MID est effectuée en utilisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un brancard cuillère ; - Un plan dur - Une technique de relevage dite du <i>pont à quatre équipiers porteurs</i>. 	<p>Indication Rajout de « le MID permet aussi d'immobiliser les victimes dans la position adaptée à leur détresse (demi assise pour une détresse respiratoire. »</p> <p>Réalisation.</p> <p>L'installation d'une victime sur le MID est effectuée en utilisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un brancard cuillère ; - Une technique de relevage dite du <i>pont à quatre équipiers porteurs</i>. - Exceptionnellement un plan dur ; <p>Un fois la victime déposée sur le MID à l'aide d'une technique adaptée :</p> <p>Rajout :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les blocs de tête peuvent être utilisés pour restreindre les mouvements du rachis cervical à l'intérieur d'un matelas. <p>Une fois la victime immobilisée, si elle porte un collier cervical rigide, le relâcher.</p> <p>A l'hôpital, la victime doit être placée sur le brancard de l'hôpital conditionné avec son matériel d'immobilisation.</p> <p>Le retrait du matériel d'immobilisation est sous la responsabilité de l'hôpital et idéalement le transfert d'une victime suspecte d'un traumatisme du rachis entre deux dispositifs se fait à l'aide d'un brancard cuillère</p>

- 14 nouvelles fiches 1.1.1 N ayant des changements nécessitant une information ou formation pratique des formateurs aux 1^{er} secours

AC 05 A 01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL
PR 05 A 01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL
AC 05 D 01	DOULEUR THORACIQUE (NON TRAUMATIQUE)
PR 05 D 01	DOULEUR THORACIQUE (NON TRAUMATIQUE)
AC 05 M 01	MALAISE HYPOGLYCEMIQUE CHEZ LE DIABETIQUE
PR 05 M 01	MALAISE HYPOGLYCEMIQUE CHEZ LE DIABETIQUE
AC 06 S 01	SYNDROME DE SUSPENSION
PR 06 S 01	SYNDROME DE SUSPENSION
AC 06 V 01	VICTIMES D'EXPLOSION
PR 06 V 01	VICTIMES D'EXPLOSION
FT 01 M 01	MESURE DE LA GLYCEMIE
FT 04 P 02	PANSEMENT IMBIBE DE SUBSTANCE HEMOSTATIQUE
FT 05 S 01	SOIN AU CORDON OMBILICAL
FT 07 C 01	CONTENTION PELVIENNE

- Fiche organisation de la formation PSE 1 et PSE 1 OG 01 C 01 modifiée avec les éléments suivants :

		PSE 1	PSE 2
AC 05 A 01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL		X
PR 05 A 01	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL		X
AC 05 D 01	DOULEUR THORACIQUE (NON TRAUMATIQUE)		X
PR 05 D 01	DOULEUR THORACIQUE (NON TRAUMATIQUE)		X
AC 05 M 01	MALAISE HYPOGLYCEMIQUE CHEZ LE DIABETIQUE		
PR 05 M 01	MALAISE HYPOGLYCEMIQUE CHEZ LE DIABETIQUE		
AC 06 S 01	SYNDROME DE SUSPENSION		
PR 06 S 01	SYNDROME DE SUSPENSION		
AC 06 V 01	VICTIMES D'EXPLOSION		
PR 06 V 01	VICTIMES D'EXPLOSION		