



# Commission Nationale des Jeunes Sapeurs-Pompiers

---

## RTN : Fiches procédures et techniques

**THÈME 1 : CONDUITE A TENIR FACE A UNE VICTIME  
INCONSCIENTE QUI REPSIRE**

# Perte de connaissance

---

---

## Définition

La perte de connaissance est la perte permanente ou temporaire de l'aptitude à communiquer et à réagir avec d'autres personnes et avec l'environnement.

---

## Causes

Les causes d'une perte de connaissance peuvent être d'origine traumatique, médicale ou toxique.

---

## Risques & Conséquences

Une personne qui a perdu connaissance, laissée sur le dos, est toujours exposée à des difficultés respiratoires, du fait :

- d'une forte diminution de son tonus musculaire qui peut entraîner une obstruction des voies aériennes par la chute de la langue en arrière.

Cette obstruction peut empêcher toute respiration naturelle ou artificielle.

- d'une diminution des réflexes, en particulier de déglutition, qui entraîne un encombrement des voies aériennes par l'écoulement des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique) dans les voies respiratoires.

Une perte de connaissance peut évoluer vers un arrêt respiratoire puis cardiaque et en est le premier signe.

---

## Signes

Au cours du bilan d'urgence vitale, l'appréciation de la conscience est réalisée en quelques secondes.

Une victime a perdu connaissance lorsqu'elle ne répond pas et n'obéit pas aux ordres simples.

---

## Principe de l'action de secours

L'action de secours doit permettre, tout en limitant l'aggravation d'une éventuelle lésion du rachis chez une victime suspecte d'un traumatisme, de préserver la respiration en maintenant la liberté de ses voies aériennes.

## Perte de connaissance

### La victime a perdu connaissance, respire et n'est pas suspecte d'un traumatisme

- Placer la victime en position latérale de sécurité pour maintenir la liberté des voies aériennes.
- Poursuivre le bilan d'urgence vitale et le transmettre pour obtenir un avis médical ;
- Réaliser une aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures.
- Administrer de l'oxygène si nécessaire ;
- Compléter le bilan et le transmettre.
- Réaliser les gestes de secours si nécessaire ;
- Surveiller constamment la victime, particulièrement sa respiration.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

### La victime a perdu connaissance, respire et est suspecte d'un traumatisme

- Poursuivre la stabilisation de la tête de la victime à deux mains et la liberté des voies aériennes ;
- Retirer le casque de protection<sup>1</sup> ;

Un casque de protection peut gêner l'examen de la victime ou empêcher la

réalisation de gestes de secours. Il est donc nécessaire, chez une victime suspecte d'un traumatisme du rachis et qui a perdu connaissance, de le retirer afin d'assurer la liberté des voies aériennes.

- Mettre en place un collier cervical si nécessaire ;
- Placer la victime en PLS à deux secouristes pour maintenir la liberté des voies aériennes.
- Une palpation sommaire à la recherche de lésions traumatiques permet de définir au préalable le côté de retournement lors de la PLS.
- Réaliser l'aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures afin d'améliorer la respiration.
- Poursuivre le bilan d'urgence vitale et le transmettre pour obtenir un avis médical.
- Administrer de l'oxygène par inhalation, si nécessaire.
- Compléter le bilan et le transmettre.
- Réaliser les gestes de secours si nécessaire ;
- Surveiller constamment la victime, particulièrement la respiration.
- Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

1 Le retrait du casque est réalisé à deux sauveteurs afin de limiter toute mobilisation de la tête et de la nuque de la victime qui pourrait

aggraver son état ou entraîner des séquelles graves.

Référence :	PR 04 P 01	Version :	1.1.1	Mise à jour :	septembre-14
-------------	------------	-----------	-------	---------------	--------------

# Perte de connaissance

## La victime n'est pas suspecte d'un traumatisme

- Retourner impérativement la victime sur le dos<sup>1</sup> ;
  - assurer la liberté des voies aériennes ;
  - s'assurer de la présence de la respiration ;
  - placer la victime en position latérale de sécurité pour maintenir la liberté des voies aériennes ;
  - compléter le bilan d'urgence vitale ;
  - demander un renfort médicalisé ;
  - réaliser l'aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures ;
- La mise en PLS de la victime doit s'effectuer en priorité, elle sera complétée par l'aspiration des sécrétions.
- administrer de l'oxygène si nécessaire ;
  - compléter le bilan et le transmettre ;
  - surveiller la victime, particulièrement sa respiration ;
  - protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

## La victime est suspecte d'un traumatisme

- **Maintenir la tête de la victime à deux mains :**  
Devant un blessé inerte, allongé au sol, et pour lequel un traumatisme de la colonne vertébrale est suspecté, il faut immédiatement qu'un secouriste maintienne la tête de la victime à deux mains<sup>2</sup>, si nécessaire après remise en position neutre. Pendant ce temps, un second secouriste recherche les signes d'une perte de connaissance.
- **identifier la perte de connaissance ;**

Si la victime est allongée sur le ventre, un retournement à deux sera obligatoirement réalisé<sup>1</sup>.

- **retirer un casque de protection<sup>3</sup> ;**  
Un casque de protection peut gêner l'examen de la victime ou empêcher la réalisation de gestes de secours. Il est donc nécessaire, chez une victime suspecte d'un traumatisme du rachis et qui a perdu connaissance, de le retirer afin d'assurer la liberté des voies aériennes.
- **assurer la liberté des voies aériennes ;**  
La liberté des voies aériennes doit être réalisée, chez un blessé pour lequel un traumatisme du rachis est suspecté et qui a perdu connaissance, par le secouriste qui maintient la tête par une simple élévation du menton, sans bascule de la tête en arrière.
- **rechercher la présence de la respiration ;**  
Alors qu'un secouriste maintient la tête et élève le menton, le second apprécie la respiration.
- **mettre en place un collier cervical ;**  
La mise en place d'un collier cervical est systématique devant une victime qui a perdu connaissance et est suspectée d'un traumatisme, afin de limiter le risque d'aggravation d'une lésion. Le collier cervical est mis en place avant tout déplacement de la victime : mobilisation, désincarcération, relevage et toujours à deux secouristes en maintenant, à deux mains, la tête en position neutre. Son retrait ne peut être fait que sous la responsabilité d'un médecin.
- **placer la victime en PLS à deux secouristes pour maintenir la liberté des voies aériennes ;**  
Une palpation sommaire permet de définir au préalable le côté de retournement lors de la PLS ;
- compléter le bilan d'urgence vitale ;
- demander un renfort médicalisé ;

1 Le retournement de la victime sur le dos permet de s'assurer avec certitude de la présence de la respiration et de la faciliter.

2 Le maintien à deux mains de la tête de la victime permet de limiter les mouvements de celle-ci dans l'attente d'une immobilisation correcte au moyen d'un collier cervical.

3 Le retrait du casque est réalisé à sauveteurs afin de limiter toute mobilisation de la tête et de la nuque de la victime qui pourrait aggraver son état ou entraîner des séquelles graves.

- réaliser l'aspiration des sécrétions si la victime présente des signes d'encombrement des voies aériennes supérieures afin d'améliorer la respiration ;
- administrer de l'oxygène par inhalation, si nécessaire ;
- compléter le bilan et le transmettre ;
- surveiller la victime, particulièrement la respiration ;
- protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

# Maintien de la tête en position neutre

## Indication

Le maintien de la tête du blessé en position neutre est recommandé dès qu'un traumatisme de la tête, de la nuque ou du dos de la victime est suspecté dans l'attente d'une éventuelle immobilisation complète de l'axe tête-cou-tronc.

Le maintien de la tête peut être interrompu après avoir demandé à la victime de ne pas bouger la tête et si cette dernière est allongée à plat dos, calme et coopérante.

## Justification

Le maintien de la tête du blessé en position neutre, dans l'alignement du tronc, limite les mouvements intempestifs du cou et permet la stabilisation du rachis cervical dans l'attente de son immobilisation.

## Matériel

Aucun matériel.

## Réalisation

### Victime allongée sur le dos

- se placer à genoux dans l'axe de la victime, à la tête ;
- Il est possible de prendre appui, avec les coudes, sur le sol ou sur les genoux pour diminuer la fatigue.
- placer les mains de chaque côté de la tête de la victime ;
- si la tête n'est pas dans l'axe du corps, la replacer délicatement dans l'axe du tronc sans exercer de traction jusqu'à ce que la victime regarde droit devant.
- maintenir la position :
  - au moins, jusqu'à l'immobilisation du rachis cervical ;

- en général, jusqu'à l'immobilisation complète du rachis.

### Victime debout ou assise

- se positionner devant ou derrière la victime ;
- placer les mains de chaque côté de la tête de la victime ;
- replacer délicatement la tête dans l'axe du tronc, en soulageant le rachis cervical du poids de la tête, jusqu'à ce que la victime regarde droit devant ;
- maintenir la position tant que l'axe tête-cou-tronc n'est pas complètement immobilisé (ACT, plan dur avec immobilisateur de tête).

## Risques & contraintes

Si un déplacement de la tête est nécessaire pour la ramener en position neutre, la manœuvre sera immédiatement interrompue si :

- une résistance au déplacement de la tête est perçue ;
- le déplacement déclenche ou aggrave une douleur cervicale ;
- le déplacement déclenche des sensations anormales (fourmillements, décharges électriques) dans les membres supérieurs ou inférieurs.

Dans ces cas, maintenir la tête dans la position où elle se trouve dans l'attente d'un renfort.

## Evaluation

La tête de la victime reste en position neutre.

Référence :	FT 01 R 01	Version :	1.1.1	Mise à jour :	septembre-14
-------------	------------	-----------	-------	---------------	--------------

# Recherche d'une détresse vitale

## Indication

L'examen des fonctions vitales de l'organisme est systématique au cours du bilan d'urgence vitale. Il doit être poursuivi tout au long de la prise en charge de la victime particulièrement lors de sa surveillance.

## Justification

Cet examen permet de déceler immédiatement une altération d'une ou de plusieurs fonctions qui menace à très court terme la vie de la victime.

Il permet aussi d'informer le médecin et de lui fournir les éléments essentiels et indispensables pour évaluer l'état de gravité de la victime.

## Matériel

L'examen des fonctions vitales ne nécessite pas obligatoirement d'appareil d'examen ou de mesure. Il peut toutefois être amélioré par un appareil de mesure de :

- la pression artérielle (tensiomètre) ;
- la saturation pulsatile en oxygène (oxymètre de pouls).

## Réalisation

### Examen de la fonction neurologique

L'examen de la fonction neurologique débute toujours par l'évaluation de l'état de conscience. Il permet de déterminer si la victime a perdu connaissance ou non ; si elle présente une altération plus ou moins importante de la conscience et une désorientation. Pour cela, il faut :

- Rechercher une perte de connaissance  
La recherche d'une perte de connaissance se réalise au cours de l'examen initial, en quelques secondes et quelle que soit la position de la victime.  
Poser une question simple « Comment ça va ? Vous m'entendez ? ».

En l'absence de traumatisme, secouer doucement les deux épaules de la victime ou sinon lui prendre la main en lui demandant : « Ouvrez les yeux, serrez-moi la main. »

Si la victime ne répond pas ou ne réagit pas, elle a perdu connaissance. Dans le cas contraire, elle est consciente.

Cet examen peut être renouvelé autant que nécessaire si le secouriste pense que l'état de conscience de la victime se modifie, particulièrement lors de la surveillance.

- Evaluer l'orientation de la victime

L'évaluation de l'orientation de la victime permet de détecter une détresse neurologique.

Elle est réalisée systématiquement chez toute victime consciente au cours du bilan d'urgence vitale. Elle peut aussi être renouvelée au cours de la surveillance.

Demander à la victime par exemple :

- « Comment vous appelez-vous ? »
- « En quelle année sommes-nous ? »
- « Où sommes-nous ? »
- « Que s'est-il passé ? »

Si la victime répond correctement aux questions, on dit qu'elle est orientée, dans le cas contraire, elle est désorientée.

- Rechercher une perte de connaissance passagère

Pour rechercher une perte de connaissance passagère, il convient de demander à la victime si elle se souvient de ce qui s'est passé.

Une victime qui ne se souvient pas de l'accident ou du malaise (amnésie de l'événement) a souvent présenté une perte de connaissance.

L'interrogatoire de l'entourage permet aussi de savoir s'il y a eu perte connaissance.

L'examen de la fonction neurologique permet aussi :

- d'évaluer la motricité

La motricité des membres supérieurs et des membres inférieurs d'une victime doit être

évaluée pour rechercher une détresse neurologique.

Cette évaluation est réalisée systématiquement au cours du bilan d'urgence vitale chez une victime consciente ainsi qu'après immobilisation de toute victime suspecte d'un traumatisme de la colonne vertébrale.

Cette évaluation s'effectue en demandant à la victime de :

- remuer les doigts puis les orteils ou les pieds ;
- serrer les mains.

Une victime qui ne peut bouger un ou plusieurs membres présente une paralysie.

- d'examiner l'état des pupilles

L'examen des pupilles permet de détecter des signes d'une détresse neurologique qui peut être liée à un traumatisme crânien, une maladie vasculaire cérébrale ou une intoxication.

Le secouriste doit examiner les pupilles de la victime systématiquement lors du bilan d'urgence vitale. Il peut le faire même si la victime a perdu connaissance.

Demander à la victime d'ouvrir les deux yeux ou ouvrir les yeux de la victime pour les mettre à la lumière « du jour ».

Normalement, les pupilles sont de diamètre identique. La constatation de pupilles de diamètres différents amène à considérer la victime en détresse neurologique.

## Examen de la fonction respiratoire

- Rechercher l'absence de respiration

La recherche de l'absence de respiration est réalisée au cours de l'examen initial d'une victime ayant perdu connaissance après avoir assuré la LVA. Elle est aussi réalisée dès lors qu'une victime perd connaissance.

Pour réaliser cette recherche, il convient de :

- se pencher sur la victime, l'oreille et la joue du secouriste au-dessus de sa bouche et de son nez, tout en gardant le menton de la victime élevé.
- rechercher, durant dix secondes au plus :
  - avec la joue : le flux d'air expiré par le nez et la bouche ;
  - avec l'oreille : les bruits normaux (souffle) ou anormaux de la respiration

(sifflement, ronflement, gargouillement) ;

- avec les yeux : le soulèvement du ventre ou de la poitrine.

Si aucun souffle n'est perçu ou aucun bruit n'est entendu et que ni le ventre, ni la poitrine ne se soulèvent durant cette recherche : la victime ne respire pas. Elle est en arrêt cardiaque. Dans le cas contraire, la victime respire.

Néanmoins, dans les premières minutes suivant un arrêt cardiaque, la victime peut présenter des mouvements respiratoires inefficaces, lents, bruyants et anarchiques, appelés « gasps ». Ces mouvements ne doivent pas retarder la mise en œuvre de la RCP. En cas de doute, il convient d'agir comme s'il s'agissait d'un arrêt cardiaque.

- Evaluer la respiration

L'évaluation de la respiration permet de donner des éléments chiffrés et de rechercher une détresse respiratoire débutante. Elle est réalisée au cours du bilan d'urgence vitale, chez une victime ayant ou non perdu connaissance et lors de sa surveillance.

Réalisée sur une durée d'une minute, cette évaluation permet :

- d'observer la partie supérieure de l'abdomen ainsi que le thorax de la victime. Une respiration normale se fait sans efforts et sans difficultés pour la victime.
- de placer une main sur la partie inférieure de son sternum pour estimer :
  - la fréquence, c'est-à-dire le nombre de mouvements respiratoires compté sur une minute ;
  - l'amplitude, c'est-à-dire comment l'abdomen et le thorax se soulèvent à chaque respiration ;
  - la régularité, c'est-à-dire l'absence de pause de plus de six secondes entre les mouvements respiratoires.

- Mesurer de la saturation pulsatile en oxygène (SpO<sub>2</sub>)

L'évaluation de la respiration peut être complétée en mesurant la SpO<sub>2</sub> à l'aide d'un appareil de mesure (oxymètre de pouls).

La SpO<sub>2</sub> normale est supérieure à 94%.



Fréquence respiratoire normale	
Adulte	12 à 20 mouvements par minute
Enfant	20 à 30 mouvements par minute
Nourrisson	30 à 40 mouvements par minute
Nouveau-né	40 à 60 mouvements par minute

### Qualité de la respiration

Normale	Respiration silencieuse
Superficielle	Mouvement du thorax et de l'abdomen à peine perceptible (difficile à compter)
Difficile	Effort respiratoire Contraction des muscles du haut du thorax et du cou Pincement des ailes du nez chez l'enfant et le nourrisson
Bruyante	Sifflements, ronflements, gargouillements, râles

## Examen de la fonction circulatoire

La recherche d'un pouls n'est pas systématique pour caractériser l'arrêt cardiaque. Toutefois, si elle est effectuée, elle ne doit pas retarder la mise en œuvre des gestes de secours.

- Rechercher le pouls carotidien ou huméral

Si une recherche de pouls est pratiquée chez une victime ayant perdu connaissance et qui ne respire pas, elle doit être effectuée en même temps que la recherche d'une respiration (et en aucun cas plus de 10 secondes). En cas de doute sur la présence du pouls carotidien ou huméral, la victime est considérée comme étant en arrêt cardiaque et la RCP est immédiatement débutée.

Le pouls carotidien peut être recherché chez l'adulte ou l'enfant pour identifier une détresse circulatoire (pouls carotidien perceptible alors que le pouls radial ne l'est pas) et pour compter la fréquence cardiaque si le pouls radial n'est pas perceptible.

Il convient alors de se placer du côté de la carotide qui va être palpée et de maintenir la tête de la victime avec l'autre main sur le front.

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

- poser doucement l'extrémité des doigts sur la ligne médiane du cou ;
- ramener la main vers soi, la pulpe des doigts restant au contact de la peau du cou ;
- pousser la pulpe des doigts vers la profondeur pour percevoir les battements de la carotide.

Chez le nourrisson, la recherche du pouls se fait au niveau du bras. Elle est pratiquée par le secouriste au cours du bilan ou de la surveillance.

- poser la pulpe des doigts sur la partie moyenne du bras, sur la face interne ;
- rechercher les battements de l'artère.

### Fréquence cardiaque normale

Adulte	60 à 100 battements par minute
Enfant	70 à 140 battements par minute
Nourrisson	100 à 160 battements par minute
Nouveau-né	120 à 160 battements par minute

- Evaluer la circulation

L'évaluation de la circulation permet de rechercher une altération de la circulation, c'est-à-dire l'existence d'une détresse circulatoire.

Cette recherche est pratiquée par le secouriste chez une victime consciente ou ayant perdu connaissance lors du bilan d'urgence vitale. Elle doit être renouvelée lors de la surveillance de la victime.

L'évaluation de la circulation s'effectue en prenant le pouls de la victime, sur une durée d'une minute. Il est recherché au niveau :

- du poignet, en plaçant l'index, le majeur et éventuellement l'annulaire sur le trajet de l'artère radiale située sur la face antérieure, dans le prolongement du pouce ;
- du cou, en palpant l'artère carotidienne proche du cœur (voir ci-dessus) si le pouls au niveau du poignet est imperceptible ;
- du milieu du pli de l'aîne en palpant l'artère fémorale avec deux ou trois doigts si l'on ne peut pas prendre le pouls carotidien ;
- de la face interne du bras chez le nourrisson (artère humérale).

La recherche du pouls permet de déterminer :

- la fréquence cardiaque, c'est-à-dire le nombre de battements cardiaques par minute ;
- la régularité du pouls et l'absence de pause ;
- l'amplitude ou force du pouls, déterminée par la facilité à le percevoir.

- Mesurer la pression artérielle

L'évaluation de la circulation peut être complétée en mesurant la pression artérielle de la victime à l'aide d'un tensiomètre si le secouriste a été formé à son utilisation. La mesure de la pression artérielle renseigne le secouriste et le médecin sur l'état de la circulation de la victime.

- Mesurer le temps de recoloration cutanée (TRC)

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

Elle est réalisée lors du bilan d'urgence vitale que la victime soit consciente ou non.

Le TRC est évalué au niveau d'un doigt, pour cela il faut :

- comprimer fortement l'extrémité d'un doigt entre le pouce et l'index, pendant deux à trois secondes ;

Le lit de l'ongle devient pâle.

- relâcher la pression et mesurer le temps de recoloration.

Normalement le lit de l'ongle se recolorer en moins de trois secondes.

Cette évaluation est impossible si la victime porte du « vernis à ongles ».

## Examen de la peau et des muqueuses

L'examen de la peau et des muqueuses permet d'évaluer leur couleur, la température et l'humidité de la peau de la victime. Il renseigne le secouriste sur l'état de circulation et d'oxygénation des tissus.

L'examen de la peau et des muqueuses doit être réalisé lors du bilan d'urgence vitale ou lors de l'aggravation de l'état de la victime.

La couleur de la peau est appréciée au niveau de la face de la victime ou des extrémités des membres.

La couleur des muqueuses est appréciée sur la face interne des paupières (conjonctive) ou des lèvres. Normalement, les muqueuses sont roses.

La coloration bleutée de la peau et des muqueuses (cyanose) traduit, lorsqu'elle existe, une détresse respiratoire.

La température et l'humidité de la peau sont évaluées en plaçant respectivement le dos et la paume de la main sur le front de la victime. Cette peau peut être froide ou chaude ; sèche ou au contraire moite, voire couverte de sueurs.

Certaines maladies peuvent modifier la couleur, la température et l'humidité de la peau. Habituellement, dans une détresse respiratoire, la victime est cyanosée, chaude et humide alors que dans la détresse circulatoire, elle est pâle, froide et sèche.

## Risques

Les gestes d'examen d'urgence vitale doivent, dans la mesure du possible, limiter tout mouvement de la victime.

En présence d'une suspicion d'atteinte du rachis, un secouriste doit maintenir la tête de la victime pendant que l'autre poursuit l'examen tant qu'un collier cervical n'est pas mis en place.

# Retrait d'un casque de protection

## Indication

Le retrait du casque de protection d'une victime est indiqué :

- dans tous les cas, si au moins deux intervenants sont présents ;
- si la victime a perdu connaissance, lorsqu'un seul intervenant est présent.

La réalisation du retrait du casque de protection doit alors permettre de rechercher les signes de respiration, après avoir libéré les voies aériennes.

## Justification

La présence d'un casque de protection chez la victime peut occasionner une gêne dans la réalisation de l'examen et des gestes de secours.

## Matériel

Aucun matériel.

## Réalisation

Le retrait du casque de protection se fait sur une victime allongée sur le dos.

### A deux secouristes

Le secouriste 1, chargé du retrait du casque, doit :

- se placer à genoux dans l'axe de la tête de la victime ;

Il doit être suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer.

- maintenir le casque en plaquant ses mains de chaque côté, la tête en position neutre et dans l'alignement de l'axe du tronc.

Le secouriste 2 doit :

- s'installer, à côté de la tête, en trépied genou relevé du côté des pieds de la victime ;
- détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque avec jugulaire) ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime ;
- relever la visière du casque et retirer les lunettes de la victime, si nécessaire ;
- glisser la main du côté de la tête de la victime sous la nuque, avant-bras en appui sur sa cuisse ;
- placer les doigts de l'autre main en crochet sous le menton, coude appuyé sur le genou relevé et maintenir ainsi fermement la tête et le cou dans l'axe du corps.

Le secouriste 1 doit :

- saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur ;
- tirer doucement le casque vers lui dans l'axe en le faisant glisser sur le sol ;

Il est parfois nécessaire de basculer légèrement le casque d'arrière en avant sans le décoller du sol, en limitant les mouvements de la tête, pour ne pas accrocher le nez ;

- arrêter la manœuvre lorsque le bord inférieur du casque se trouve au-dessus de la racine du nez de la victime.

Le maintien de la tête n'est jamais relâché durant ce retrait.

Le secouriste 2, dès l'arrêt du retrait, doit :

- repositionner ses prises, en glissant la main qui maintient la nuque vers le bas du crâne.

Ce repositionnement a pour objet d'éviter une chute brutale de la tête de la victime lors du retrait complet du casque.

Le secouriste 1 doit :

- retirer complètement le casque ;

- maintenir la tête en position neutre (prise latéro-latérale) ;
- accompagner délicatement la tête de la victime jusqu'au sol.

#### **En secouriste isolé**

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

- Relever la visière du casque ;
- retirer les lunettes de la victime, éventuellement ;
- maintenir le casque de la victime d'une main ;
- détacher ou couper la sangle de la mentonnière (casque avec jugulaire), ou déverrouiller le dispositif de fixation du casque au niveau du menton de la victime, avec l'autre main ;
- se placer dans l'axe de la tête de la victime ;  
Il convient d'être suffisamment éloigné de la victime pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer ;
- saisir le casque par les parties latérales du bord inférieur ;
- tirer doucement le casque, dans l'axe, en le faisant glisser sur le sol jusqu'à ce que le bord inférieur de la mentonnière soit à la racine du nez ;

- déplacer une main pour saisir le bord inférieur de la partie supérieure du casque ;
- glisser doucement l'autre main sous la base du crâne de la victime pour la maintenir ;
- tirer doucement le casque en arrière en le faisant basculer légèrement pour ne pas accrocher le nez de la victime et simultanément déposer délicatement la tête sur le sol en la gardant le plus possible dans l'axe.

---

### Risques & contraintes

Une mobilisation du rachis cervical ou de la tête de la victime au cours de la manœuvre de retrait du casque peut entraîner une aggravation de son état et des séquelles graves.

Le retrait du casque de protection par un seul secouriste, doit rester un geste exceptionnel, qui doit être réalisé seulement s'il ne peut pas obtenir un renfort immédiat.

---

### Évaluation

La nuque et la tête de la victime doivent rester immobiles durant toute la manœuvre.

# Libération des voies aérienne chez une victime traumatisée

---

## Indication

La libération des voies aériennes (LVA) par simple élévation du menton est réalisée chez toute victime ayant perdu connaissance, suspecte d'un traumatisme du rachis.

---

## JUSTIFICATION

La perte de connaissance provoque une forte diminution du tonus musculaire qui entraîne, si la victime reste allongée sur le dos, une obstruction des voies aériennes par chute de la langue en arrière.

La LVA par élévation du menton seul peut être suffisante pour dégager la langue de la paroi postérieure du pharynx sans mobiliser le rachis cervical et permettre la libre circulation de l'air :

- pour apprécier sa ventilation lors du bilan d'urgence vitale,
- pour faciliter sa ventilation,
- pour réaliser une ventilation artificielle.

Chez le nourrisson, du fait de son anatomie, le mouvement doit se limiter à ramener la tête en position neutre afin de ne pas entraîner une obstruction des voies aériennes.

---

## Matériel

Aucun matériel.

---

## Réalisation

En même temps que l'on maintient la tête à deux mains :

- placer l'index ou le majeur de chaque main derrière l'angle de la mâchoire et sous les oreilles de la victime ;
- ouvrir la bouche avec les pouces placés sur le menton,
- pousser vers l'avant la mâchoire inférieure,
- maintenir cette position.

---

## Risques & contraintes

La LVA doit être réalisée avec précaution pour éviter toute aggravation d'un traumatisme du rachis cervical.

---

## Evaluation

La libération des voies aériennes est efficace si la respiration de la victime peut s'effectuer normalement.

Référence :	FT 07 P 02	Version :	1.1.1	Mise à jour :	septembre-14
-------------	------------	-----------	-------	---------------	--------------

# Pose d'un collier cervical

## Indication

Le collier cervical est mis en place dès qu'une lésion du rachis cervical est suspectée, après installation de la tête de la victime en position neutre et avant tout déplacement (immobilisation, désincarcération, relevage).

Si la victime est allongée sur le ventre, le collier cervical est installé après son retournement.

- ajuster la hauteur du collier, si c'est possible (selon le modèle) ;
- fixer les sangles.

Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue à deux mains, en règle générale par le 1<sup>er</sup> secouriste, jusqu'à l'immobilisation complète du rachis.

## Victime assise

- Le 1<sup>er</sup> secouriste doit :
  - se placer de préférence derrière la victime ;
  - maintenir la tête en position neutre durant toute la manœuvre ;
- le 2<sup>ème</sup> secouriste doit :
  - dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
  - choisir un collier adapté à la victime ou en régler la taille ;
  - positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum ;
  - glisser la partie arrière du collier sous la nuque de la victime ;
  - entourer le cou de la victime avec le collier et fixer les bandes auto-agrippantes.

## Justification

En limitant les mouvements du rachis cervical, le collier diminue le risque d'apparition ou d'aggravation d'une lésion de la moelle épinière. Toutefois, il n'est pas suffisant à lui seul pour assurer une immobilisation totale.

## Matériel

- Un collier cervical adapté à la taille de la victime.

## Réalisation

### Victime allongée sur le dos

- Le 1<sup>er</sup> secouriste doit :
  - maintenir la tête en position neutre pendant toute la manœuvre ;
- le 2<sup>ème</sup> secouriste doit :
  - dégager tout ce qui peut gêner la mise en place du collier cervical ;
  - choisir un collier cervical adapté à la taille de la victime ou en régler la taille ;

La hauteur du collier cervical doit être égale à la distance qui sépare le menton du haut du sternum de la victime. Ce réglage se fait en fonction du modèle utilisé.

  - glisser la partie arrière du collier sous la nuque de la victime en dégageant la ou les bandes auto-agrippantes ;
  - positionner la partie avant du collier afin d'obtenir un bon appui menton-sternum ;

Après la pose du collier cervical, la tête reste maintenue à deux mains par le 1<sup>er</sup> secouriste.

## Risques & contraintes

Une aggravation ou l'apparition d'un traumatisme de la moelle épinière peut survenir si le maintien de la tête n'est pas correctement assuré et que la pose du collier entraîne des mouvements de la tête.

Si le collier cervical n'est pas de taille adaptée au cou de la victime, les mouvements de la tête sont possibles.

Le collier cervical ne limite pas en totalité les mouvements de rotation et de latéralité de la nuque. C'est pourquoi il doit toujours être associé à un système d'immobilisation complémentaire.

## Evaluation

Une fois mis en place, le sternum et le menton en avant, le haut du dos et la base de la tête en arrière, les clavicules et les angles de la mandibule latéralement doivent être en contact avec le collier.

# Position latérale de sécurité à deux secouristes

## Indication

Cette technique est indiquée chez toute personne, suspecte de traumatisme, si nécessaire après avoir mis en place un collier cervical, si elle présente une perte de connaissance et respire.

## JUSTIFICATION

La position latérale de sécurité (PLS) maintient libres les voies aériennes supérieures de la victime en permettant l'écoulement des liquides vers l'extérieur et évite que la langue ne chute dans le fond de la gorge.

Sa réalisation à deux secouristes limite les mouvements du rachis cervical et diminue le risque de complications secondaires ou de séquelles.

## Matériel

- Collier cervical si indiqué.
- Coussin de tête.

## Réalisation

L'installation en PLS est réalisée après avoir mis en place un collier cervical si indiqué.

La manœuvre est commandée par le secouriste placé à la tête (secouriste 1).

La technique se réalise en trois temps :

- Préparer le retournement de la victime. Pour cela :
  - Le secouriste 1, placé dans l'axe de la victime, derrière la tête doit maintenir à deux mains la tête de

la victime, jusqu'à la réalisation du retournement.

- le secouriste 2 doit :
  - préparer le coussin de tête qui servira au calage après la mise en PLS ;
  - retirer les lunettes de la victime si elle en porte ;
  - rapprocher délicatement les membres inférieurs de l'axe du corps ;
  - placer le bras de la victime, situé du côté du retournement, à angle droit de son corps ;
  - plier le coude de ce même bras en gardant la paume de la main de la victime tournée vers le haut ;
  - saisir l'avant-bras opposé de la victime, et amener le dos de la main de la victime sur son oreille, côté retournement, sous la main du 1<sup>er</sup> secouriste ;

Le secouriste 1 maintient la main pressée contre l'oreille de la victime paume contre paume.

- se placer à genoux ou en trépied à côté de la victime, assez loin d'elle pour pouvoir la tourner sur le côté sans avoir à se reculer ;
- saisir la hanche de la victime d'une main et



l'épaule de l'autre, du côté opposé au retournement ;

- Tourner la victime. Pour cela :

*Secouriste 1 : « Etes-vous prêt ? »*

*Secouriste 2 : « Prêt ! »*

*Secouriste 1 : « Attention pour tourner...  
Tournez ! »*

- le secouriste 2 doit alors tirer en même temps sur la hanche et l'épaule de la victime, bras tendus, afin de la faire rouler d'un bloc et de l'amener sur son côté ;
- le secouriste 1 doit, dans le même temps maintenir la tête et la main de la victime entre ses mains et accompagner le mouvement en évitant toute torsion du cou.

Le retournement de la victime doit être réalisé sans brusquerie, en un seul temps. Le maintien de la main et de la tête de la victime vise à conserver l'axe de la colonne cervicale durant toute la manœuvre et évite ainsi toute aggravation d'un traumatisme.

En cas de difficultés pour le secouriste (victime obèse ou force insuffisante du secouriste), il peut faciliter le retournement en tirant sur le genou fléchi de la victime du côté opposé au retournement comme dans la PLS à un secouriste<sup>1</sup>, l'autre main tirant sur l'épaule.

- Stabiliser la victime. Pour cela :
  - Le secouriste 1 doit poursuivre le maintien de la tête.
  - le secouriste 2 doit :

- saisir la hanche de la victime avec la main qui tient l'épaule ;
- fléchir, avec la main qui tenait la hanche, la hanche et le genou de la victime situés vers le haut pour les amener à angle droit<sup>2</sup> ;
- placer un coussin ou un autre dispositif sous la tête de la victime pour compenser l'espace qui existe entre la tête de la victime et le sol et ainsi la soutenir dans l'axe du tronc ;

Ce coussin peut être placé avant le retournement contre la tête de la victime du côté de celui-ci.
- vérifier que la bouche de la victime est ouverte<sup>3</sup>.

Après la mise en PLS, le secouriste 1 poursuit la stabilisation de la tête, dans la mesure du possible.

Si la victime présente une lésion thoracique, du membre supérieur ou du membre inférieur, elle est couchée, autant que possible, sur le côté atteint.

---

## Risques & contraintes

Cette technique peut aggraver une éventuelle lésion traumatique. Toutefois, une victime traumatisée ayant perdu connaissance doit être mise en PLS car la liberté de ses voies aériennes prime sur le risque d'aggravation de ses lésions.

---

1 La saisie de la jambe de la victime au niveau du genou permet de l'utiliser comme « bras de levier » pour le retournement.

2 La position de la jambe permet de stabiliser la PLS.

3 L'ouverture de la bouche de la victime facilite l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

---

## Evaluation

Une fois mise en PLS, la victime se trouve dans une position stable, la plus latérale possible.

En position sur le côté, les voies aériennes et les mouvements de la respiration doivent pouvoir être contrôlés, l'écoulement des sécrétions vers l'extérieur est favorisé.