



**Lifea**  
FORMATION

# Livret AFGSU

**Attestation de Formation aux Gestes et Soins  
d'Urgence**

**Les gestes qui sauvent au quotidien**

*Document de synthèse – Lifea Formation*



# Qu'est-ce que l'AFGSU ?

## L'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence

constitue le socle de compétences indispensable pour tout professionnel de santé confronté à une situation d'urgence. Cette formation vous prépare à réagir efficacement face aux urgences vitales et potentielles, qu'elles surviennent dans un contexte individuel ou collectif.

Au-delà des gestes techniques, l'AFGSU développe votre capacité à analyser rapidement une situation critique, à prendre les bonnes décisions sous pression, et à travailler en équipe de manière coordonnée. C'est un ensemble de réflexes qui peuvent faire la différence entre la vie et la mort dans un cadre professionnel ou encore civil.

Ce livret constitue votre **référence rapide** pour réviser et consolider les acquis de votre formation. Gardez-le à portée de main dans votre pratique quotidienne.



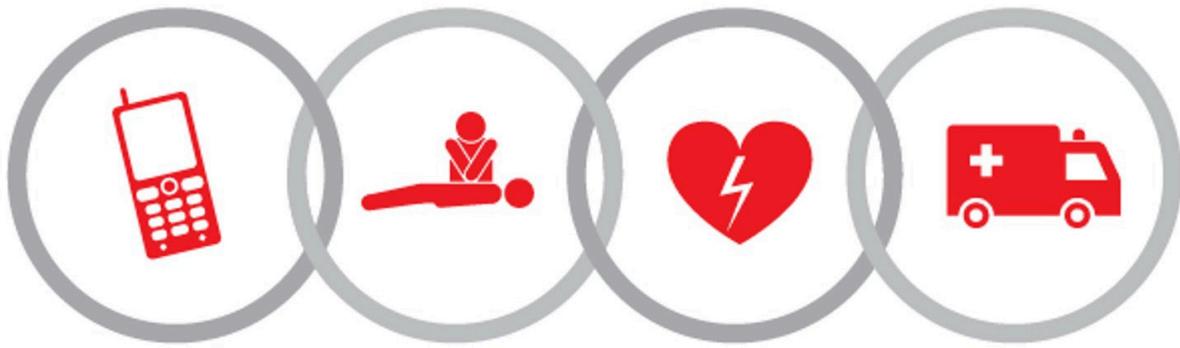
## Objectifs clés

- Identifier une urgence vitale
- Réaliser les gestes de premiers secours
- Alerter efficacement les services d'urgence
- Travailler en équipe pluridisciplinaire
- Gérer les situations sanitaires exceptionnelles



### ATTENTION !

Dans ce livret, qui vous permet à tous de pouvoir réagir face à l'urgence, aussi bien dans le milieu personnel que professionnel, apparaissent en **ROUGE**, les informations destinées aux professionnels de santé titulaires de l'AFGSU 2. Il peut s'agir d'une partie précise du texte ou bien du TITRE DE LA PAGE, auquel cas l'ensemble des informations y figurant ne concerne que les apprenants AFGSU 2.



## La chaîne de survie : votre fil conducteur



### Protéger

Sécuriser la zone pour vous, la victime et les témoins



### Examiner

Évaluer l'état de la victime et identifier les urgences



### Alerter

Contacter les services d'urgence avec un message structuré



### Secourir

Réaliser les gestes adaptés en attendant les renforts

Ces quatre étapes constituent le socle de toute intervention d'urgence. Chaque maillon est essentiel : une chaîne ne vaut que par son maillon le plus faible. L'ordre de ces actions peut parfois être adapté selon le contexte, mais leur réalisation complète est impérative pour maximiser les chances de survie de la victime.

# Les numéros d'urgence à connaître

**15**

**SAMU**

Service d'Aide Médicale Urgente

Urgences médicales, malaises, détresses vitales

**18**

**Pompiers**

Accidents, incendies, personnes en péril

**112**

**Numéro d'urgence européen**

Accessible depuis tous les pays de l'UE

**114**

**Urgence SMS**

Pour personnes sourdes ou malentendantes



## Structurer votre appel d'urgence

Utilisez la méthode mnémotechnique pour transmettre les informations essentielles :

- **Qui** appelle et quel est votre rôle
- **Quoi** est arrivé (nature de l'urgence)
- **Où** précisément (adresse complète)
- **Quand** l'événement s'est produit
- **Combien** de victimes
- **Comment** évoluent les victimes

# L'arrêt cardiaque : chaque seconde compte

L'arrêt cardiaque est l'urgence absolue. Sans intervention immédiate, les chances de survie diminuent de **10% par minute**. Votre réactivité et la qualité de vos gestes sont donc cruciales. La reconnaissance rapide des signes et le démarrage immédiat de la réanimation cardio-pulmonaire constituent les deux piliers de la prise en charge.

01

## Reconnaître l'arrêt cardiaque

Victime inconsciente, ne réagit pas aux stimulations verbales et tactiles, absence de respiration normale (gasps possibles). **Pour vérifier la respiration, basculer la tête, menton levé. Voir, écouter et sentir le souffle pendant 10 secondes max en amenant votre joue près de la bouche et du nez de la victime en regardant en direction de sa poitrine.**

02

## Alerter immédiatement

Appeler le 15 ou faire appeler, demander un défibrillateur automatisé externe (DAE)

03

## Débuter la RCP sans délai

Alterner 30 compressions thoraciques et 2 insufflations, rythme 100-120/min

04

## Utiliser le DAE dès disponible

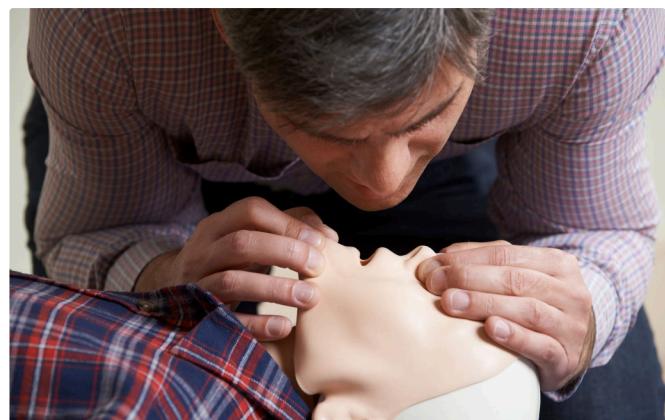
Suivre les instructions vocales, ne pas interrompre la RCP sauf pour analyse et choc

05

## Poursuivre jusqu'à l'arrivée des secours

Relayer si nécessaire pour maintenir la qualité, ne pas arrêter sauf si la victime reprend une respiration normale

# La réanimation cardio-pulmonaire adulte



## Les compressions thoraciques

- Positionnement au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum
- Talon d'une main, l'autre par-dessus, doigts entrecroisés
- Bras tendus, épaules à la verticale du sternum
- Enfoncement de **5 à 6 cm** chez l'adulte
- Rythme : **100 à 120 compressions par minute**
- Laisser le thorax revenir en position neutre entre chaque compression
- Minimiser les interruptions (moins de 10 secondes)



## Les insufflations

- Libérer les voies aériennes (bascule de tête, élévation du menton)
- Pincer le nez, bouche à bouche hermétique
- Insuffler progressivement pendant 1 seconde
- Observer le soulèvement thoracique
- Réaliser **2 insufflations** après chaque série de 30 compressions
- Si l'insufflation ne passe pas, repositionner et réessayer une fois
- En cas d'échec, reprendre immédiatement les compressions

  **Point crucial :** Si vous êtes seul et non formé aux insufflations, ou si vous ne pouvez/voulez pas les réaliser, effectuez au minimum les compressions thoraciques continues. Elles restent prioritaires et peuvent suffire à maintenir une circulation minimale.

# Le défibrillateur automatisé externe (DAE)

## Mettre en marche le DAE

Ouvrir le boîtier ou appuyer sur le bouton marche. Les instructions vocales démarrent automatiquement.

## Dénuder le thorax

Retirer vêtements et bijoux. Sécher si nécessaire. Raser si pilosité excessive empêche l'adhérence.

## Coller les électrodes

Suivre les schémas : une sous la clavicule droite, l'autre sous le sein gauche. Contact ferme sur peau sèche.

## Laisser analyser

Ne toucher personne pendant l'analyse. Le DAE détermine automatiquement si un choc est nécessaire.

## Délivrer le choc si indiqué

S'écartier, vérifier que personne ne touche la victime. Appuyer sur le bouton si demandé (DAE semi-automatique).

## Reprendre immédiatement la RCP

Dès le choc délivré, recommencer 30 compressions et 2 insufflations. Suivre les instructions du DAE.

Le DAE analyse le rythme cardiaque toutes les 2 minutes. Ne jamais retirer les électrodes ni éteindre l'appareil jusqu'à l'arrivée des secours, même si la victime reprend conscience.

Attention ! Si la victime repose sur un sol mouillé ou métallique, la décaler. si la victime porte un timbre médicamenteux gênant la pose des électrodes, le retirer. Si présence d'une cicatrice révélant la présence d'un stimulateur cardiaque ou d'un DCI ( Défibrillateur Cardiaque Implantable), sur la poitrine droite, décaler l'électrode sous la cicatrice, à au moins 8 cm de distance (largeur d'une paume de main).

# RCP : spécificités enfant et nourrisson

## Nourrisson (moins de 1 an)



- **Compressions** : 2 doigts (index et majeur) au centre du thorax, juste sous la ligne inter-mamelonnaire
- **Profondeur** : 4 cm environ (1/3 de l'épaisseur du thorax)
- **Rythme** : 100-120/min
- **Rapport** : 5 insufflations **starter** puis cycles de 15 compressions / 2 insufflations
- **Insufflations** : bouche à bouche-et-nez, volume adapté (petit soulèvement thoracique)
- **DAE** : électrodes pédiatriques si disponibles, sinon électrodes adultes (une devant, une derrière)

## Enfant (1 à 8 ans)



- **Compressions** : talon d'une seule main au centre du thorax
- **Profondeur** : 5 cm environ (1/3 de l'épaisseur du thorax)
- **Rythme** : 100-120/min
- **Rapport** : 5 insufflations **starter** puis cycles de 15 compressions / 2 insufflations
- **Insufflations** : bouche à bouche classique, volume adapté
- **DAE** : électrodes pédiatriques recommandées jusqu'à 8 ans, sinon électrodes adultes acceptables (une sur la poitrine, une entre les omoplates)

 **Particularité pédiatrique** : Chez l'enfant et le nourrisson, l'arrêt cardiaque est le plus souvent d'origine respiratoire. Si vous êtes seul, réalisez **5 insufflations puis 1 minute de RCP avant d'alerter** les secours (sauf témoin de l'arrêt brutal évoquant une cause cardiaque).

# L'obstruction des voies aériennes

L'obstruction des voies aériennes par un corps étranger est une urgence vitale immédiate. La reconnaissance rapide de la gravité et l'exécution correcte des manœuvres de désobstruction peuvent sauver une vie en quelques secondes. Il est essentiel de différencier l'obstruction partielle de l'obstruction totale, car la conduite à tenir diffère radicalement.

## Obstruction partielle

**Signes :** La victime peut parler, tousser, respirer (même difficilement)

**Conduite à tenir :**

- Encourager la victime à tousser
- Ne pas taper dans le dos
- Ne pas réaliser de manœuvre de Heimlich
- Surveiller l'évolution
- Alerter le 15 si aggravation

## Obstruction totale

**Signes :** Victime ne peut ni parler, ni tousser, ni respirer. Teint bleu, agitation, mains à la gorge

**Conduite à tenir immédiate :**

1. Donner 5 claques dorsales (entre les omoplates)
2. Si inefficace : 5 compressions abdominales (Heimlich)
3. Alterner claques/compressions jusqu'à désobstruction
4. Si perte de conscience : débuter RCP
5. Faire alerter le 15 immédiatement

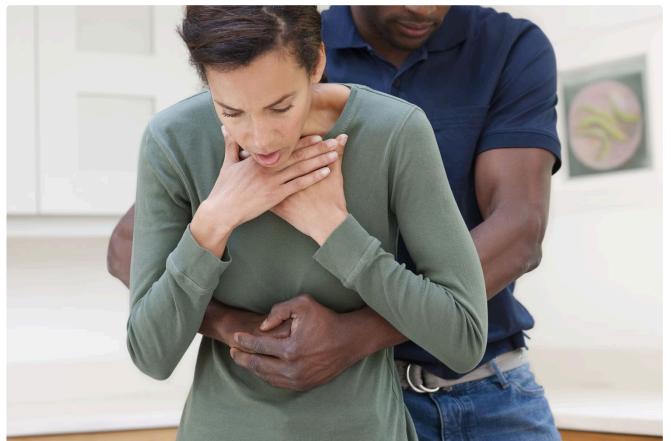
# Techniques de désobstruction : adulte et enfant

## 👉 Clques dorsales



- Se placer sur le côté et légèrement en arrière de la victime
- Soutenir le thorax d'une main, pencher la victime vers l'avant
- Donner **5 claques vigoureuses** entre les omoplates avec le talon de l'autre main
- Vérifier après chaque claque si l'obstruction est levée
- Si inefficace après 5 claques, passer aux compressions abdominales

## 👉 Compressions abdominales (aussi appelées manœuvre d'Heimlich)



- Se placer derrière la victime, la ceinturer avec les bras
- Placer un poing fermé entre le nombril et l'extrémité du sternum
- Placer l'autre main par-dessus le poing
- Exercer **5 compressions** vers soi et vers le haut
- Gestes francs et séparés
- Si inefficace, alterner avec 5 claques dorsales

⚠ **Contre-indications des compressions abdominales** : femme enceinte, personne obèse. Dans ces cas, réaliser des compressions **thoraciques** à la place (même positionnement mais au niveau du sternum, pression dirigée vers soi uniquement).

# Désobstruction du nourrisson

La technique de désobstruction du nourrisson (moins de 1 an) diffère significativement de celle de l'adulte en raison de la fragilité anatomique. Les compressions abdominales sont **contre-indiquées** chez le nourrisson : elles sont remplacées par des compressions thoraciques.



## Position du nourrisson

Coucher le nourrisson à plat ventre sur votre avant-bras, tête plus basse que le tronc. Maintenir fermement la tête et la mâchoire avec votre main.

## 5 claques dorsales

Donner 5 claques vigoureuses entre les omoplates avec le talon de la main libre. Vérifier après chaque claque si le corps étranger est expulsé.

## Retournement

Si inefficace, retourner le nourrisson sur le dos, toujours tête plus basse que le tronc, en le maintenant fermement.

## 5 compressions thoraciques

Avec 2 doigts, réaliser 5 compressions au milieu du sternum (même point que pour la RCP), gestes francs et séparés.

## Alternance

Alterner séries de claques dorsales et compressions thoraciques jusqu'à désobstruction ou perte de conscience (débuter alors la RCP).

**Important :** Faire alerter le 15 immédiatement. Même en cas de succès, une consultation médicale est nécessaire pour vérifier l'absence de lésions internes.

# La victime inconsciente qui respire

Une personne inconsciente mais qui respire normalement doit être placée en **Position Latérale de Sécurité (PLS)**. Cette position prévient l'obstruction des voies aériennes par la chute de la langue en arrière et permet l'écoulement des liquides (vomissements, sang, salive) vers l'extérieur, évitant ainsi l'inhalation.

## 1 Vérifier la respiration

Victime sur le dos, libérer les voies aériennes, vérifier une respiration normale :

**Voir, écouter et sentir le souffle pendant 10 secondes max** en amenant votre joue près de la bouche et du nez de la victime en regardant en direction de sa poitrine.

## 2 Préparer le retournement

Retirer lunettes, objets volumineux. Placer le bras le plus proche à angle droit, paume vers le haut

## 3 Positionner l'autre bras

Saisir le bras opposé, placer le dos de la main contre la joue de la victime côté sauveteur

## 4 Fléchir la jambe

Attraper la jambe opposée, fléchir le genou en gardant le pied à plat au sol

## 5 Faire rouler

Tirer sur le genou pour faire rouler la victime vers vous jusqu'à ce qu'elle soit sur le côté

## 6 Stabiliser et surveiller

Ajuster la jambe supérieure à 90°, ouvrir la bouche. Surveiller la respiration en apposant une main sur l'abdomen de la victime en continu jusqu'aux secours

 **Côté de retournement :** Privilégier le retournement vers vous pour un meilleur contrôle. En cas de traumatisme, assurer la libération des voies aériennes. **Ou PLS à deux avec maintien de tête (AFGSU 2)**

Si la victime est une personne obèse ou enceinte, la retourner sur son flanc gauche. Pour un nourrisson, le placer dans les bras du secouriste ou du proche, sur le côté et bien calé contre la poitrine, face vers l'extérieur.

# Les hémorragies externes

Une hémorragie externe se caractérise par un saignement abondant et continu qui ne s'arrête pas spontanément. C'est une urgence vitale car la perte rapide de sang peut entraîner un état de choc puis un arrêt cardiaque. La priorité absolue est **d'arrêter le saignement** en appliquant une compression efficace sur la plaie.

1



## 1 Compression directe immédiate

**Technique de première intention :**

- Comprimer directement la plaie avec la main (protégée si possible par gants ou sac plastique)
- Allonger la victime pour prévenir le malaise
- Faire alerter le 15 tout en maintenant la compression
- Ne jamais retirer les corps étrangers de la plaie
- Maintenir la compression jusqu'à l'arrivée des secours ou jusqu'à pouvoir réaliser un pansement compressif

2



## 2 Pansement compressif (relais)

**Si la compression manuelle ne peut être maintenue :**

- Placer plusieurs compresses épaisses sur la plaie
- Maintenir avec une bande élastique en réalisant plusieurs tours fermes
- Le pansement doit être suffisamment serré pour arrêter le saignement mais ne pas comprimer totalement le membre
- Surveiller l'efficacité : si le sang traverse, ajouter des compresses par-dessus sans retirer les premières

3

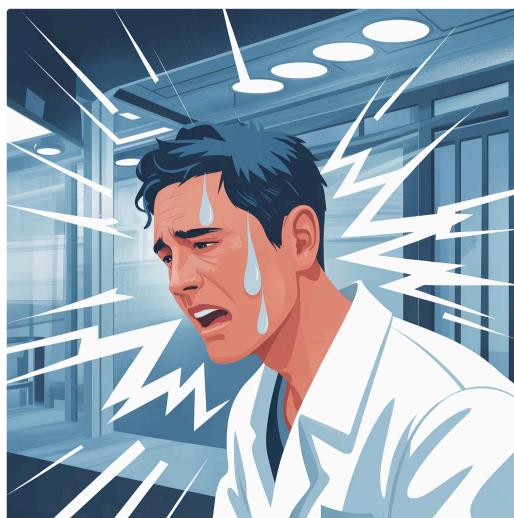


## 3 Garrot (en dernier recours)

**Uniquement si hémorragie d'un membre non contrôlable ou impossible (corps étranger, multiples hémorragies...) :**

- Placer le garrot entre la plaie et le cœur, à quelques centimètres de la plaie
- Serrer jusqu'à l'arrêt complet du saignement
- Noter l'heure de pose visible sur le front de la victime
- Ne jamais desserrer ou retirer le garrot sans avis médical
- **Attention :** pose exceptionnelle, décision médicale si possible

# Reconnaître et agir face à l'état de choc (AFGSU 2)



## Signes de l'état de choc

- Pâleur intense, sueurs froides
- Pouls rapide et faible
- Respiration rapide et superficielle
- Angoisse, agitation ou prostration
- Extrémités froides
- Soif intense
- Troubles de la conscience possibles

## ⚡ Conduite à tenir d'urgence

L'état de choc résulte d'une diminution critique de l'irrigation des organes vitaux. Sans prise en charge rapide, il évolue vers l'arrêt cardiaque.

1. **Allonger** la victime sur le dos (sauf détresse respiratoire)
2. **Surélever les jambes** si possible pour améliorer le retour veineux (⚠ **laisser les jambes à plat** en cas de traumatisme du bassin, suspicion d'hémorragie interne, traumatisme crânien ou détresse respiratoire).
3. **Alerter le 15** immédiatement en précisant l'état de choc
4. **Desserrer** les vêtements pour faciliter la respiration
5. **Couvrir** pour maintenir la température corporelle
6. **Rassurer** et parler à la victime
7. **Ne rien donner** à boire ni à manger
8. **Surveiller** en continu respiration et conscience

Si perte de conscience : vérifier la respiration et mettre en PLS si elle respire, débuter la RCP si elle ne respire plus.

# La douleur thoracique : ne jamais banaliser

Une douleur thoracique peut révéler un **infarctus du myocarde** (crise cardiaque), une urgence vitale absolue. Chaque minute sans traitement augmente l'étendue des lésions cardiaques irréversibles. La reconnaissance précoce des signes et l'alerte rapide sont essentielles pour permettre une revascularisation en urgence et sauver le muscle cardiaque.



## Signes évocateurs d'infarctus

- Douleur thoracique intense, en étou, constrictive
- Irradiation possible : mâchoire, bras gauche, dos, épigastre
- Durée > 15 minutes, ne cède pas au repos
- Associée à : sueurs, nausées, angoisse, pâleur
- Peut être atypique chez la femme, le diabétique, la personne âgée (douleurs abdominales, raideur dans le dos, nausées, palpitations, fatigue ou essoufflement inhabituels...)



## Conduite à tenir immédiate

1. **Alerter le 15 sans délai** (ne pas attendre, ne pas minimiser)
2. **Installer** la victime en position demi-assise confortable
3. **Desserrer** les vêtements serrés
4. **Rassurer**, éviter les efforts et les déplacements
5. **Si traitement habituel pour angine** : aider la personne à le prendre
6. **Surveiller** en continu l'état de conscience et la respiration
7. **Préparer** un éventuel arrêt cardiaque (DAE à proximité)
8. **Ne jamais laisser seule** la victime



⌚ **Le temps c'est du muscle** : En cas d'infarctus, chaque minute compte. Plus la prise en charge est précoce (idéalement dans les 90 premières minutes), plus les chances de survie et de récupération sont élevées. **Appeler le 15 n'est jamais exagéré** en cas de douleur thoracique suspecte.

# L'accident vasculaire cérébral (AVC)

L'AVC est une urgence neurologique absolue. Un caillot ou une hémorragie bloque l'irrigation d'une zone du cerveau, entraînant la mort rapide des neurones. La fenêtre thérapeutique est très étroite : **les traitements sont plus efficaces dans les 4h30** suivant les premiers symptômes. La reconnaissance précoce grâce au test FAST est cruciale.



## F - Face

### Visage paralysé

Demander à la personne de sourire. Un côté du visage ne se soulève pas, la bouche est asymétrique.



## A - Arm

### Bras faible

Demander de lever les deux bras. Un bras ne peut pas se lever ou retombe.



## S - Speech

### Parole difficile

Demander de répéter une phrase simple. Les mots sont incompréhensibles ou déformés.



## T - Time

### Temps = Urgence

**Appeler le 15 immédiatement** si un seul de ces signes est présent. Noter l'heure d'apparition.

## Autres signes possibles

- Troubles visuels soudains
- Maux de tête violents et inhabituels
- Vertiges, troubles de l'équilibre
- Confusion, désorientation

## En attendant les secours

- Allonger ou installer confortablement
- Ne rien donner à boire ou manger
- Noter l'heure de début des symptômes
- Surveiller conscience et respiration

### **Le petit +** : Autre variante possible : **VITE** !

**Visage** est-il affaissé? (*Demander à la victime de sourire*)

**Incapacité** à lever les deux bras normalement (*Demander à la victime de lever les deux bras droit devant*)

**Troubles de la parole** (*Poser des questions simples à la victime*)

**Extrême urgence** ! Appeler le 15 !

# Le malaise : évaluer et agir

Un malaise est une sensation pénible traduisant un trouble du fonctionnement de l'organisme, sans perte de conscience. Les causes sont multiples : cardiovasculaires, neurologiques, métaboliques... L'évaluation initiale et la surveillance sont essentielles pour détecter une aggravation et guider l'alerte.

## Observer et questionner

Que s'est-il passé ? Depuis combien de temps ? Y a-t-il des douleurs ? Des antécédents médicaux ? Des traitements en cours ? Consommation de substances ?

## Installer confortablement

Position adaptée aux symptômes : assis si gêne respiratoire ou nausées, allongé **jambes surélevées (AFGSU 2)** si sensation de malaise vagal, position de confort si douleur.

## Desserrer les vêtements

Faciliter la respiration et la circulation en desserrant col, cravate, ceinture, vêtements serrés.

## Rassurer et surveiller

Parler calmement, expliquer ce qui est fait. Surveiller conscience, respiration, pouls, teint, sueurs. Ne pas laisser seul.

## Alerter selon gravité

15 si : signes de gravité, pas d'amélioration rapide, antécédents cardiaques, diabète, récidive, doute. Médecin traitant si amélioration complète et rapide.

- **⚠️ Signes de gravité nécessitant un appel au 15 :** douleur thoracique, difficultés respiratoires, signes d'AVC, troubles de la conscience, absence d'amélioration rapide, personne âgée ou fragile, contexte particulier (effort, chaleur, froid).

# L'hypoglycémie chez le diabétique (AFGSU2)



## Reconnaître l'hypoglycémie

Baisse du taux de sucre dans le sang, urgence fréquente chez les diabétiques traités.

### Signes précoce

- Sueurs abondantes
- Pâleur
- Tremblements
- Faim intense
- Palpitations
- Anxiété, irritabilité

### Signes de gravité

- Confusion, propos incohérents
- Troubles du comportement, agressivité
- Troubles visuels
- Convulsions possibles
- Perte de conscience (coma hypoglycémique)

### Conduite à tenir

**Si la personne est consciente et peut avaler**

1. **Resucrage immédiat** : 3 morceaux de sucre ou 1 cuillère à soupe de miel ou 1 verre de jus de fruit ou 1 canette de soda sucré (pas light)
2. **Installer** confortablement, assis ou semi-assis
3. **Attendre 5 minutes** et réévaluer
4. **Si amélioration** : donner une collation (pain, biscuit) pour stabiliser la glycémie
5. **Si pas d'amélioration** : redonner du sucre et alerter le 15

**Si la personne est inconsciente**

**NE JAMAIS donner à boire ou à manger** (risque de fausse route)

1. Alerter le 15 immédiatement
2. Vérifier la respiration
3. Si respire : PLS et surveillance
4. Si ne respire pas : RCP

# Les convulsions (AFGSU 2)

Les convulsions sont des contractions musculaires involontaires, brutales et incontrôlées, liées à une décharge électrique anormale dans le cerveau. Elles peuvent être impressionnantes mais la priorité est de **protéger la personne** des traumatismes pendant la crise et de **surveiller l'évolution**.

## Phase de début : la crise

**Signes** : perte de conscience brutale, chute, raidissement puis secousses musculaires, morsure de langue, perte d'urines possible, arrêt respiratoire transitoire (cyanose).

**Durée** : généralement 1 à 3 minutes.

1

## Après la crise

Phase de récupération progressive (confusion, fatigue intense, maux de tête).

La personne ne se souvient pas de la crise.

2

## Pendant la crise

**Protéger** : écarter les objets dangereux, glisser quelque chose de mou sous la tête

**Ne pas** : tenir la personne, mettre quelque chose dans la bouche, donner à boire

**Faire alerter le 15** si première crise, crise prolongée (>5 min), crises successives, traumatisme, femme enceinte, diabétique

**Noter** l'heure de début

3

## Vérifier la respiration dès l'arrêt des convulsions

**Si respire** : installer en PLS, rassurer, surveiller

**Si ne respire pas** : débuter la RCP

**Laisser la personne se reposer**, ne pas la laisser seule jusqu'à récupération complète

# Les traumatismes : principes généraux

Tout traumatisme doit être considéré comme potentiellement grave. L'absence de plaie visible ne signifie pas absence de lésion interne. La priorité est d'assurer les fonctions vitales, de limiter l'aggravation des lésions, et d'alerter de manière appropriée selon la gravité.

1

## Sécuriser et protéger

Écarter tout danger persistant. Protéger la zone de l'accident. Ne déplacer la victime que si danger vital immédiat.

2

## Évaluer la gravité

Identifier les signes de détresse vitale, les mécanismes à haute énergie (chute >3m, accident violence, éjection), les lésions associées.

3

## Alerter de façon adaptée

**15 si :** inconscience, détresse vitale, traumatisme crâne/rachis/thorax/abdomen, mécanisme violent, victime âgée/enfant.

4

## Immobiliser dans la position trouvée

Maintenir l'axe tête-cou-tronc en cas de suspicion de lésion rachidienne. Immobiliser un membre fracturé dans la position la moins douloureuse.

5

## Surveiller constamment

Conscience, respiration, circulation. Aggravation possible : surveiller apparition douleur, détresse respiratoire, état de choc, troubles conscience.

### 🚫 Ne jamais

- Mobiliser une victime de traumatisme sans nécessité
- Retirer un casque sauf détresse vitale
- Retirer un objet fiché dans une plaie
- Donner à boire ou à manger
- Minimiser un traumatisme crânien

### ✓ Toujours

- Considérer un choc violent comme grave
- Protéger du froid (couverture)
- Rassurer et expliquer
- Transmettre toutes infos aux secours
- Noter l'évolution des symptômes

# Le traumatisme crânien

Le traumatisme crânien résulte d'un choc direct ou indirect sur la tête. Sa gravité peut être difficile à évaluer initialement car les lésions cérébrales peuvent se révéler progressivement. Tout traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale, même brève, doit être considéré comme grave et nécessite un avis médical et une surveillance hospitalière.

## Signes de gravité immédiats

- Perte de connaissance (quelle que soit la durée)
- Troubles de la conscience (confusion, somnolence)
- Convulsions
- Vomissements répétés
- Plaie du cuir chevelu importante
- Écoulement de sang ou liquide clair par le nez/oreilles
- Déformation visible du crâne
- Troubles de la vision, de la parole

## Conduite à tenir

### **Si inconscient :**

- Alerter 15 immédiatement
- Vérifier respiration
- Si respire : PLS modifiée avec maintien axe tête-cou-tronc (AFGSU 2)
- Si ne respire pas : RCP

### **Si conscient avec signes de gravité :**

- Alerter 15
- Maintenir tête dans l'axe, immobiliser
- Ne pas donner à boire/manger
- Surveiller conscience en continu

### **Si choc léger sans perte de connaissance :**

- Appliquer froid (réduire gonflement)
- Surveillance 48h (consignes écrites)
- Consulter médecin ou 15 si apparition tardive de symptômes

# Les brûlures



## Types et gravité des brûlures

**Degré 1 (superficiel)** : rougeur, douleur, pas de cloque (ex: coup de soleil)

**Degré 2 (intermédiaire)** : cloques (phlyctènes), douleur intense, suintement

**Degré 3 (profond)** : peau cartonnée, blanche ou noire, peu douloureuse (destruction nerveuse)

## Critères de gravité

- **Surface** : > 10% chez adulte, > 5% chez enfant (paume main = 1%)
- **Localisation** : visage, mains, pieds, organes génitaux, articulations
- **Profondeur** : degré 3, toutes brûlures circulaires
- **Terrain** : âge (<5 ans ou >65 ans), antécédents
- **Cause** : électrique, chimique, inhalation fumées

## Conduite à tenir

### Refroidir immédiatement

1. **Arroser** abondamment la brûlure à l'eau tempérée (15-25°C)
2. **Durée** : minimum 10 minutes (idéalement 20), jusqu'à sédation de la douleur ou continuer selon les consignes après l'alerte si brûlure grave
3. **Retirer** vêtements et bijoux NON collés (œdème)
4. **Ne pas percer** les cloques
5. **Ne rien appliquer** (pas de glaçons, pas de corps gras, pas de "remède de grand-mère")

### Protéger

- Recouvrir d'un linge propre et sec ou film alimentaire stérile
- Ne pas comprimer

### Alerter selon gravité

- **15 si** : critères de gravité présents
- **Médecin ou pharmacien si** : brûlure simple, peu étendue

### Surveiller

- Douleur, signes d'infection (rougeur, chaleur, pus)
- Attention au choc chez l'enfant

# Les plaies

Une plaie est une ouverture de la peau avec section des vaisseaux, des nerfs et éventuellement des organes sous-jacents. L'évaluation de la gravité repose sur plusieurs critères. Toute plaie, même minime en apparence, nécessite une évaluation du risque infectieux (tétanos notamment) et une surveillance de la cicatrisation.

01

## Évaluer la gravité

**Plaie grave si :** hémorragie abondante, localisation (œil, thorax, abdomen, articulation), profondeur (os/tendon visible), corps étranger fiché, morsure animale/humaine, plaie souillée, mécanisme violent.

02

## Se protéger

Porter des gants ou protéger mains avec sac plastique avant tout contact avec sang ou plaie.

03

## Nettoyer (si plaie simple)

Laver à l'eau et savon, du centre vers extérieur. Rincer abondamment. Sécher en tamponnant avec compresse stérile.

04

## Désinfecter (si plaie simple)

Appliquer antiseptique (chlorhexidine, Bétadine). Respecter temps de contact. Ne pas mélanger plusieurs antiseptiques.

05

## Protéger

Recouvrir avec pansement stérile adapté. Vérifier la vaccination antitétanique (rappel si >5-10 ans selon cas).

Positionner la victime allongée. Si plaie abdominale, plier les jambes en ramenant les talons vers le buste. Si plaie thoracique, relevé le buste pour faciliter la respiration. Si plaie à l'œil, allonger et aider la victime à maintenir les yeux fermés et la tête droite.

- ⚠ Plaie grave = 15 :** Ne pas retirer corps étranger fiché, ne pas nettoyer, protéger avec compresse stérile, immobiliser membre si plaie articulaire. **Corps étranger dans l'œil :** ne jamais toucher, allonger la victime, protéger avec coque sans appuyer, couvrir l'autre œil, alerter 15, maintenir la tête droite pour éviter l'écoulement éventuel du vitré.

# L'accouchement inopiné (AFGSU 2)

Un accouchement peut survenir de manière inattendue, en dehors d'une structure médicale. Si l'expulsion est imminente et qu'il n'est plus possible d'attendre les secours, vous devrez assister la mère. Restez calme, rassurez-la, et suivez ces étapes tout en gardant le contact avec le SAMU (15) qui vous guidera.

## Phase 1 : Reconnaître l'imminence

**Signes** : contractions rapprochées (<3 min), envie irrépressible de pousser, tête du bébé visible à la vulve

**Actions** : Alerter 15 immédiatement, rester en ligne. Préparer espace propre, chaud, linge propre. Installer mère en position gynécologique (dos surélevé, genoux pliés écartés) ou position qu'elle préfère.

## Phase 3 : Accueil du nouveau-né

Essuyer délicatement visage et voies aériennes. Stimuler en frottant doucement le dos si le bébé ne crie pas. **Si le bébé ne respire pas** : débuter ventilation (5 insufflations initiales puis 30 compressions/2 insufflations si pas de réaction). Placer bébé en peau à peau sur le ventre de la mère, couvrir châudement.

## Phase 2 : L'expulsion

**Ne jamais tirer sur le bébé ni retenir sa sortie.** Accompagner la descente en soutenant la tête. Vérifier absence de cordon autour du cou (si présent, essayer de le faire passer délicatement par-dessus la tête). Soutenir le corps qui glisse naturellement lors des contractions suivantes.

## Phase 4 : Délivrance et surveillance

**Ne jamais tirer sur le cordon.** Attendre délivrance naturelle du placenta (10-30 min). Surveiller saignement maternel (normal : <500ml). Maintenir bébé au chaud, contre mère, surveiller respiration et coloration. Attendre secours pour clampage cordon. Noter l'heure et le sexe pour transmission.

## Outil d'aide à l'évaluation (facultatif) qui peut être utilisé par certains professionnels de santé : Le Score de Malinas

Cotation	0	1	2
<b>Parité</b>	1	2	> ou = 3
<b>Durée du travail</b>	< 3 h	3 à 5 h	> 6 h
<b>Durée de CU</b>	< 1 min	1 min	> 1 min
<b>Intervalle entre 2Cu</b>	> 5 min	3 à 5 min	< 3 min
<b>Perte des eaux</b>	Non	Récente	> 1 h

**Score < 5 : on a le temps de transporter la femme à la maternité**

**Score > 7, et / ou « envie de pousser » : transport impossible**

**Score entre 5 et 7 : transport à discuter.**

# Hygiène et précautions standard

Les **précautions standard** sont des mesures d'hygiène à appliquer systématiquement pour tout soin, tout patient, quel que soit son statut infectieux connu ou présumé. Elles visent à prévenir la transmission croisée d'agents infectieux entre patients, soignants et environnement. Ces précautions sont le socle de la prévention des infections associées aux soins.



## Hygiène des mains

Mesure la plus importante. Friction hydro-alcoolique (FHA) ou lavage eau + savon. **Quand** : avant/après contact patient, avant geste aseptique, après risque exposition liquide biologique, après contact environnement.



## Port de gants

Systématique en cas de contact avec liquides biologiques, muqueuses, peau lésée. Retirer après usage, hygiène des mains immédiate. Ne pas réutiliser. 1 soin = 1 paire.



## Masque et protection

Masque chirurgical si risque projection. Protection oculaire (lunettes/visière) si risque projection dans yeux. Surblouse si risque projection massive ou contact.



## Gestion des déchets

Tri à la source. Objets piquants/tranchants dans conteneur spécifique rigide. Déchets souillés en DASRI. Ne jamais recapuchonner aiguille.



## Entretien environnement

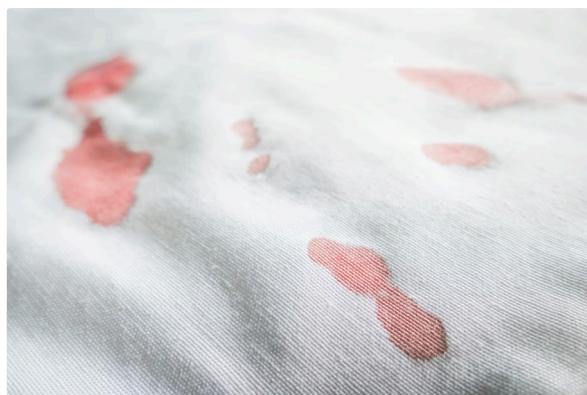
Nettoyage quotidien surfaces. Désinfection renforcée si souillure biologique. Utiliser protocoles établissement.



## Transport prélèvements

Emballage étanche, triple emballage si risque infectieux. Étiquetage clair. Respect circuit transport prélèvements biologiques.

# L'accident d'exposition au sang (AES)



## Qu'est-ce qu'un AES ?

Contact avec du sang ou un liquide biologique par :

- **Piqûre** (aiguille, instrument tranchant)
- **Coupe** (lame, verre)
- **Projection** sur muqueuse (œil, bouche) ou peau lésée
- **Morsure** avec effraction cutanée

**Risque** : transmission VIH, hépatites B et C, autres agents infectieux

### ⚠ Facteurs aggravants

- Aiguille creuse (prélèvement)
- Piqûre profonde
- Sang visible sur matériel
- Patient source avec charge virale élevée
- Absence vaccination hépatite B

### ⚠ Conduite à tenir IMMÉDIATE (AFGSU 2)

#### 1. Soins locaux (dans les 5 premières minutes)

**Piqûre/coupe :**

- Ne pas faire saigner
- Laver abondamment eau + savon (5 min)
- Rincer
- Désinfecter (Dakin, Bétadine, alcool 70°, eau de Javel diluée 5 min)

**Projection muqueuse/œil :**

- Rincer abondamment eau (15 min)
- Ne pas frotter

#### 2. Signalement et prise en charge (urgence <4h)

- Prévenir médecin référent/service santé travail
- Consultation urgente (<4h) pour évaluation risque
- Prélèvement sérologique victime et patient source (si possible)
- Traitement prophylactique post-exposition (TPE) si nécessaire
- Déclaration accident du travail

#### 3. Suivi

Sérologies contrôle M0, M3, M6. Surveillance clinique. Soutien psychologique si besoin.

# Les risques NRBC-E

Les risques **NRBC-E** (Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique, Explosif) représentent des menaces particulières nécessitant une réponse spécifique. En tant que professionnel de santé, vous pouvez être confronté aux conséquences d'un événement NRBC-E dans le cadre des plans d'urgence ORSAN (Organisation de la Réponse du Système de santé en situations sanitaires exceptionnelles).

## Risque Nucléaire/Radiologique

**Exemples :** accident centrale nucléaire, bombe radiologique, source radioactive

**Dangers :** irradiation, contamination externe/interne

**Conduite :** se protéger (distance, durée, écrans), éviter contamination, décontamination si nécessaire, prise iodure potassium selon directive

## Risque Biologique

**Exemples :** épidémie, attaque bioterroriste (anthrax, variole...)

**Dangers :** contagion, pandémie

**Conduite :** précautions renforcées (air/gouttelettes/contact), isolement, vaccination/prophylaxie selon agent, décontamination

## Risque Chimique

**Exemples :** gaz toxique industriel, agent neurotoxique type Sarin

**Dangers :** intoxication aiguë, brûlures, asphyxie

**Conduite :** évacuer zone, ôter vêtements contaminés, décontamination (eau savon), antidotes spécifiques, réanimation

## Risque Explosif

**Exemples :** attentat, explosion industrielle

**Dangers :** blast (surpression), traumatismes, brûlures, ensevelissement

**Conduite :** extraction, damage control, triage selon gravité, plans blancs

# Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)

Une **situation sanitaire exceptionnelle** dépasse les capacités habituelles de réponse du système de santé. Elle nécessite une mobilisation coordonnée et l'activation de plans spécifiques. Le personnel formé AFGSU 2 peut être appelé à contribuer à la réponse collective selon des rôles définis.

## Plan Blanc



Mobilisation interne d'un établissement de santé en cas d'afflux massif de victimes ou de crise interne. Définit organisation exceptionnelle, rappels de personnel, réorganisation lits/blocs, circuits victimes. Chaque professionnel doit connaître son rôle dans le plan blanc.

## Plan ORSAN



### Organisation de la Réponse du Système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.

Coordonne établissements et ressources au niveau territorial. Comprend : ORSAN CLIM (nombreuses victimes), ORSAN AMAVI (attentat/attentat de masse), ORSAN BIO (épidémie), ORSAN REB (risque NRBC).

## Plan ORSEC



**Organisation de la Réponse de SEcurité Civile.** Coordonne tous les acteurs (pompiers, SAMU, forces ordre, associations) au niveau départemental. Activé par Préfet. Le volet santé est le plan ORSAN.

## ◉ Votre rôle en SSE

- Connaître les plans de votre établissement
- Répondre aux rappels si mobilisé
- Appliquer procédures exceptionnelles
- Travailler en équipe pluridisciplinaire élargie
- Adapter pratiques professionnelles

## ◉ Principes du damage control

- Sauver le maximum de vies avec moyens disponibles
- Triage : catégoriser selon gravité et urgence
- Traiter priorités vitales en premier
- Reporter actes non urgents
- Optimiser flux et ressources

# Le triage en situation de crise (AFGSU 2)

En cas d'afflux massif de victimes, le **triage** permet de catégoriser rapidement les victimes selon leur gravité et l'urgence des soins, afin d'optimiser l'utilisation des ressources limitées et sauver le maximum de vies. Le triage est un processus dynamique : une victime peut changer de catégorie selon l'évolution.



## ● Urgence absolue (UA)

Détresse vitale immédiate, pronostic vital engagé, soins immédiats pour survie. Priorité absolue d'évacuation et traitement.

## ● Urgence relative (UR)

État grave mais stable temporairement. Soins peuvent être différés quelques heures sans risque vital immédiat. Surveillance rapprochée.



## ● Urgence dépassée/Impliqués

Blessures légères, peuvent attendre. État général bon, autonomes. Soins ambulatoires différés possibles.

## ● Décédés (DCD)

Décès constaté ou urgence dépassée (pas de chance de survie avec moyens disponibles). Respect et dignité. Identification.

- ⚖️ **Éthique du triage :** Le triage de crise impose des choix difficiles basés sur le principe du "greatest good for the greatest number". Il ne s'agit pas d'abandonner les victimes graves, mais de prioriser celles qui ont les meilleures chances de survie avec les moyens disponibles. Cette décision est médicale, collective et traçable.

# Signaux d'alerte et consignes de sécurité



## Signal National d'Alerte (SNA)

Son modulé montant et descendant de 1 minute et 41 secondes, répété 3 fois. Déclenché par sirènes en cas de danger immédiat (nuage toxique, explosion, risque NRBC...).

### À l'audition du SNA

1. **Se mettre à l'abri** immédiatement dans bâtiment en dur
2. **Fermer** portes, fenêtres, ventilations, climatisation
3. **S'éloigner** des portes et fenêtres
4. **Écouter** radio locale (France Inter, France Info, radios locales)
5. **Ne pas téléphoner** (saturation réseaux)
6. **Ne pas aller chercher** les enfants à l'école (pris en charge)
7. **Attendre consignes** autorités

## Fin d'alerte

Son continu de 30 secondes. Rester attentif aux informations.



## Consignes selon situation

### Confinement

**Quand** : danger extérieur (nuage toxique, attentat, tireur...)

- Rester à l'intérieur
- Calfeutrer pièces (scotch, tissus mouillés)
- Couper ventilation
- Attendre consignes levée confinement

### Évacuation

**Quand** : danger intérieur (incendie, fuite gaz, menace bombe...)

- Sortir rapidement sans courir
- Suivre balisage/instructions
- Ne pas utiliser ascenseurs
- Se rendre au point de rassemblement
- Ne pas revenir chercher affaires

### Incendie

- Donner l'alerte (alarme incendie)
- Évacuer si possible
- Ramper sous fumées
- Fermer portes derrière soi
- Si bloqué : se signaler fenêtre, calfeutrer porte

# Communication et travail d'équipe (AFGSU 2)

En situation d'urgence, la **communication efficace** et le **travail d'équipe coordonné** sont aussi essentiels que les gestes techniques. Une bonne communication sauve des vies en évitant les erreurs, les pertes de temps, et en optimisant la prise en charge collective de la victime.

## Leadership clair

Un chef d'équipe identifié coordonne les actions, prend les décisions, répartit les rôles. Chacun connaît sa mission.

## Soutien mutuel

Entraide, relais si fatigue, gestion du stress collectif. Personne ne reste seul en difficulté.

## Briefing et débriefing

Briefing avant action (objectifs, rôles). Débriefing après (ce qui a marché, axes amélioration). Apprendre ensemble.



## Communication fermée

Utiliser technique "boucle fermée" : ordre donné → accusé réception → exécution → confirmation. Évite malentendus.

## Messages clairs et concis

Phrases courtes, vocabulaire précis, pas de jargon ambigu. Annoncer à voix haute actions réalisées (sécurité collective).

## Écoute active

Écouter les autres membres, accepter remarques pertinentes. Alerter si erreur détectée (devoir d'alerte).

# La transmission d'informations au SAMU

Lors de l'appel au 15, la qualité de la transmission d'informations conditionne l'envoi des moyens adaptés et la préparation de l'accueil hospitalier. Le médecin régulateur du SAMU a besoin d'informations précises, structurées et complètes pour prendre la meilleure décision.



## QUI ?

### Qui êtes-vous ?

- Votre identité
- Votre qualité (profession si soignant, témoin, famille...)
- Votre numéro de téléphone



## QUOI ?

### Qu'est-il arrivé ?

- Nature de l'événement (malaise, chute, accident...)
- Circonstances précises
- Mécanisme si traumatisme



## OÙ ?

### Où se trouve la victime ?

- Adresse exacte et complète
- Étage, bâtiment, code accès
- Points de repère
- Accessibilité (ascenseur, escaliers...)



## QUAND ?

### Quand cela s'est-il produit ?

- Heure précise
- Délai écoulé
- Évolution depuis



## COMBIEN ?

### Combien de victimes ?

- Nombre total de personnes concernées
- État de chacune



## COMMENT ?

### Quel est l'état actuel ?

- Conscience (répond, yeux ouverts ?)
- Respiration (normale, difficile, absente ?)
- Signes visibles (saignement, douleur, pâleur...)
- Gestes déjà réalisés

 **Ne raccrochez jamais en premier.** Attendez que le médecin régulateur vous donne ses consignes et vous autorise à raccrocher. Il peut vous guider dans les gestes à réaliser en attendant l'arrivée des secours.

# Gérer son stress et celui de la victime



## Votre propre stress

Le stress est une réaction normale face à l'urgence. Il mobilise vos ressources mais peut nuire à vos capacités si excessif.

### Reconnaître votre stress

- Cœur qui bat vite, mains moites
- Pensées qui se bousculent
- Difficulté à réfléchir clairement
- Sensation d'être dépassé

### Techniques pour le gérer

- **Respirer** : 3 respirations profondes et lentes
- **Se centrer** : focus sur l'instant présent, une tâche à la fois
- **Verbaliser** : dire à voix haute ce que vous faites (structure la pensée)
- **S'appuyer sur l'équipe** : demander aide si nécessaire
- **Après coup** : débriefing, expression des émotions, soutien psy si besoin

## Le stress de la victime

La victime est en situation de vulnérabilité extrême. Votre attitude influence son état émotionnel et sa coopération.

### Principes de communication apaisante

- **Se présenter** : nom, qualité, "je suis là pour vous aider"
- **Voix calme et posée** : ton rassurant, rythme lent
- **Regard et présence** : contact visuel, proximité physique adaptée
- **Expliquer** : ce qui est fait, pourquoi, ce qui va se passer
- **Rassurer sans mentir** : "les secours arrivent", "on s'occupe de vous", mais pas "tout va bien" si grave
- **Écouter** : laisser parler, accueillir l'émotion sans jugement
- **Contact physique si approprié** : main sur l'épaule, tenir la main (si accepté)

### Phrases à éviter

 "Calmez-vous" / "Ne vous inquiétez pas" / "Ce n'est rien"

 "Je comprends que c'est difficile" / "Nous faisons le nécessaire"

# Aspects médico-légaux et responsabilités

En tant que professionnel de santé, vos actions en situation d'urgence s'inscrivent dans un cadre légal précis. Connaître vos droits et devoirs vous protège juridiquement et garantit une prise en charge optimale de la victime.



## Obligation légale de porter secours

**Article 223-6 du Code pénal** : non-assistance à personne en péril. Toute personne, et a fortiori un professionnel de santé, doit porter secours à une personne en danger sans risque pour soi ou les tiers. Sanction en cas d'abstention : jusqu'à 5 ans de prison et 75 000€ d'amende.



## Devoir déontologique (AFGSU 2)

**Code de déontologie médicale** : le médecin/soignant doit porter assistance en cas d'urgence vitale, même hors cadre professionnel. Obligation de moyens, pas de résultat : vous devez mettre en œuvre les moyens appropriés selon vos compétences.



## Protection juridique (AFGSU 2)

**Vous êtes protégé si** : vous agissez dans la limite de vos compétences AFGSU 2, sans imprudence ni négligence, selon les recommandations enseignées. Traçabilité importante : notez circonstances, gestes réalisés, évolution. Les **bons samaritains** (non professionnels) sont protégés par la jurisprudence s'ils agissent de bonne foi.



## Consentement et refus de soins

Si victime consciente et lucide, informer avant de toucher (sauf urgence vitale immédiate). Si refus de soins : expliquer risques, alerter 15 qui évaluera. Respecter refus si personne lucide (sauf danger imminent pour tiers). Tracer le refus. En cas de doute sur lucidité : agir dans l'intérêt de la personne.

# Positions d'attente selon les situations

En attendant les secours, la position dans laquelle vous installez la victime influence son confort, sa respiration et l'évolution de son état. Choisir la position adaptée fait partie intégrante de la prise en charge.

## Position Latérale de Sécurité (PLS)

**Quand** : victime inconsciente qui respire normalement

**Pourquoi** : libère voies aériennes, permet écoulement liquides, évite inhalation

## Position demi-assise

**Quand** : gêne respiratoire, détresse respiratoire, douleur thoracique, malaise cardiaque

**Pourquoi** : facilite respiration, diminue travail cardiaque, confort

## Position allongée jambes surélevées (AFGSU 2)

**Quand** : état de choc, malaise vagal, hémorragie

**Pourquoi** : améliore retour veineux vers cœur et cerveau, lutte contre chute tension

## Position allongée à plat dos

**Quand** : RCP, traumatisme grave (si pas détresse respi), évaluation initiale

**Pourquoi** : permet gestes de réanimation, stabilité maximale colonne

## Position assise

**Quand** : détresse respiratoire sévère, œdème pulmonaire, crise d'asthme grave

**Pourquoi** : optimise mécanique respiratoire, diminue travail respiratoire

## Position de confort

**Quand** : traumatisme membre, douleur localisée, grossesse, malaise sans détresse

**Pourquoi** : respecte position choisie par victime (souvent la moins douloureuse)

# Tableau récapitulatif : urgences et conduites à tenir

Arrêt cardiaque	Inconscience + absence respiration normale	Alerter 15, RCP 30/2, DAE dès disponible (ou cas pédiatriques RCP 5 + 15/2)
Obstruction totale	Ne peut ni parler ni tousser ni respirer	5 claques dorsales puis 5 Heimlich en alternance
Hémorragie	Saignement abondant qui ne s'arrête pas	Compression directe, alerter 15, pansement compressif/garrot si nécessaire
Inconscience	Ne répond pas, respire normalement	Alerter 15, PLS, surveillance continue respiration
Douleur thoracique	Douleur écrasante >15min, irradiation, sueurs	Alerter 15 immédiatement, position demi-assise, rassurer, surveiller
AVC	Visage/bras paralysé, trouble parole	Test FAST ou VITE, alerter 15 urgence, noter heure début, installer confortablement
Hypoglycémie	Sueurs, tremblements, confusion, diabétique	Si conscient : 3 sucres. Si inconscient : 15, PLS si respire, RCP si ne respire pas
Convulsions	Secousses musculaires, perte conscience	Protéger, ne pas tenir, alerter 15 selon contexte, PLS après crise si respire
État de choc	Pâleur, sueurs froides, pouls rapide	Allonger jambes surélevées, alerter 15, couvrir, rassurer, surveiller
Brûlure grave	>10% surface, visage/mains, degré 3	Refroidir eau tempérée, protéger, alerter 15, ne rien appliquer
Traumatisme crânien	Perte connaissance, confusion, vomissements	Alerter 15, maintenir axe tête-cou-tronc, PLS si inconscient/respire
Plaie grave	Hémorragie, profonde, objet fiché, souillée	Alerter 15, ne pas retirer objet, protéger, immobiliser si membre

# Mémo express : les gestes essentiels

**15**

**30/2**

**5-6**

**100-120**

**SAMU**

Le numéro à composer  
en cas d'urgence  
médicale

**Ratio RCP**

30 compressions  
thoraciques pour 2  
insufflations

**Profondeur (cm)**

Enfoncement thoracique  
lors des compressions  
adulte

**Rythme/min**

Nombre de  
compressions  
thoraciques par minute

**10**

**Minutes**

Durée minimale de  
refroidissement d'une  
brûlure

**4h30**

**Fenêtre AVC**

Délai optimal pour  
traitement thrombolyse  
en cas d'AVC

## Toujours

- Assurer sa propre sécurité d'abord
- Alerter ou faire alerter le 15
- Rassurer la victime
- Surveiller respiration et conscience
- Appliquer les gestes appris en formation
- Rester jusqu'à l'arrivée des secours
- Transmettre toutes les informations

## Jamais

- Se mettre en danger
- Minimiser une urgence vitale
- Déplacer une victime sans raison
- Donner à boire/manger si inconscient
- Retirer objet fiché dans plaie
- Arrêter RCP sans raison valable
- Laisser seule une victime grave

# Le saviez-vous ? Points clés à retenir

## Le temps, ennemi n°1

Chaque minute sans RCP diminue les chances de survie de 10%. Chaque minute sans traitement d'un AVC détruit 1,9 million de neurones. L'urgence c'est MAINTENANT, pas dans 5 minutes.

## Le DAE ne choque pas si inutile

Le défibrillateur analyse automatiquement le rythme cardiaque et ne délivrera JAMAIS un choc si ce n'est pas nécessaire. Vous ne pouvez pas faire de mal en utilisant un DAE. N'ayez pas peur, utilisez-le !

## Les compressions avant tout

Si vous ne voulez ou ne pouvez pas faire les insufflations, faites au minimum les compressions thoraciques continues. C'est mieux que rien et ça peut suffire à sauver une vie, surtout dans les premières minutes.

## L'hygiène des mains sauve des vies

30% des infections nosocomiales pourraient être évitées par une simple hygiène des mains correcte. C'est le geste le plus simple et le plus efficace en prévention des infections.

## Le stress est contagieux

Votre calme apparent rassure la victime et améliore sa coopération. Même si vous stressez intérieurement, adoptez une voix posée et des gestes assurés. La victime se calquera sur votre attitude.

## Pas de héros solitaire

Déléguer n'est pas un signe de faiblesse. Faire appeler le 15 par quelqu'un d'autre pendant que vous commencez la RCP est bien plus efficace que de tout faire seul. Organisez l'équipe !

# Maintenir vos compétences



## L'importance de la formation continue

Les compétences en urgence sont des compétences périssables : sans pratique régulière, elles s'altèrent rapidement. Des études montrent qu'après 3 à 6 mois sans entraînement, la qualité de la RCP diminue significativement.

## Obligations réglementaires

- **AFGSU 2 valable 4 ans**
- Recyclage obligatoire tous les 4 ans
- Formation continue recommandée entre deux recyclages
- Maintien des connaissances = responsabilité professionnelle

## Comment entretenir vos compétences ?

- **Relire régulièrement** ce livret et vos notes
- **Participer aux formations** internes de votre établissement
- **S'entraîner sur mannequins** dès que possible
- **Réviser les protocoles** et mises à jour
- **Partager expériences** et cas vécus avec collègues

## Ressources et outils

### Pour aller plus loin

- **Applications mobiles** : Staying Alive, Sauv'Life
- **Vidéos pédagogiques** : chaîne YouTube d'Associations Agrées de Sécurité Civile
- **Guides officiels** : recommandations PSC/PSE du Ministère de l'Intérieur, ERC (European Resuscitation Council), HAS...

## En cas de doute

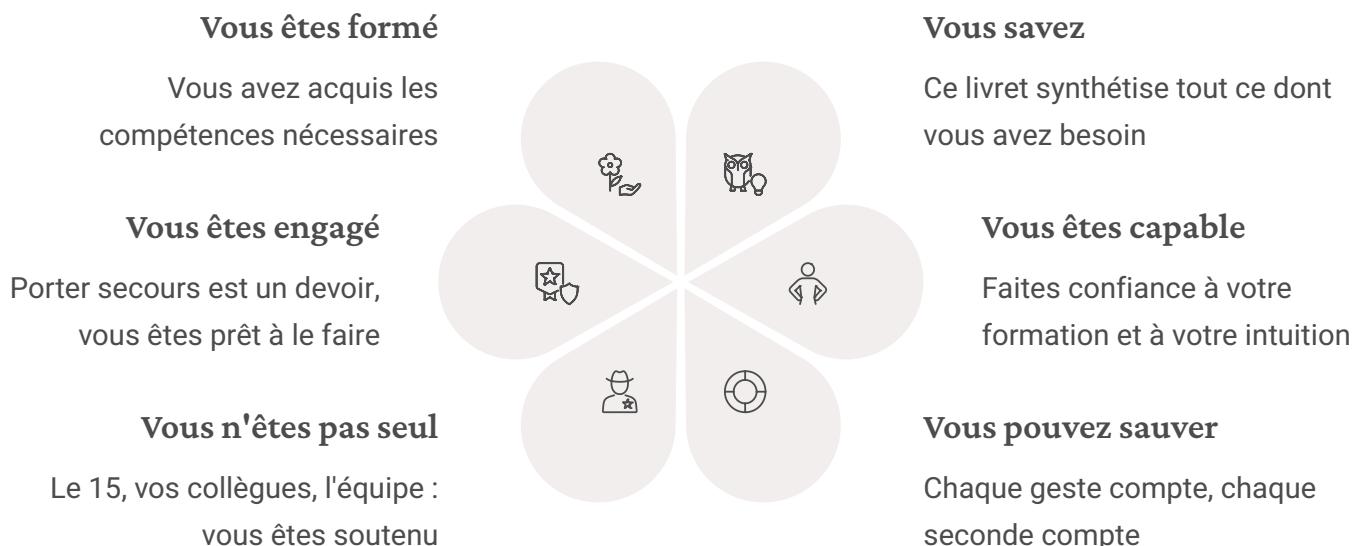
Si vous êtes confronté à une situation d'urgence et que vous doutez :

1. **Appelez le 15** : le médecin régulateur vous guidera
2. **Faites de votre mieux** avec ce que vous savez
3. **Ne restez pas inactif** : toute action appropriée vaut mieux que l'immobilisme

Rappelez-vous : vous êtes formé, vous êtes capable, vous pouvez sauver des vies.

# Vous êtes prêt à sauver des vies

Vous voici arrivé au terme de ce livret aide-mémoire AFGSU. Vous disposez maintenant d'un outil de référence regroupant l'essentiel des connaissances et des gestes qui peuvent faire la différence entre la vie et la mort. Mais au-delà des techniques, c'est votre **engagement**, votre **sang-froid** et votre **humanité** qui feront de vous un acteur efficace face à l'urgence.



« *Le courage n'est pas l'absence de peur, mais la capacité d'agir malgré la peur. Face à l'urgence, rappelez-vous votre formation, respirez, et faites ce que vous savez faire. Vous êtes une ressource précieuse, un maillon essentiel de la chaîne de survie, voire même le premier. Soyez en fier. On compte sur vous !* »

— L'équipe pédagogique Lifea



© Lifea – Tous droits réservés.

Reproduction, diffusion, modification ou utilisation, totale ou partielle, sans autorisation écrite préalable, interdite conformément aux articles L.122-4 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Document pédagogique interne – réservé à l'usage des stagiaires formés dans le cadre des sessions AFGSU 2 organisées par Lifea

Document pédagogique – AFGSU 2 – Lifea

Version 2024 – Conservez ce livret à portée de main

SAS Lifea au capital de 1 000 € -R.C.S Paris n° 933 453 045

37, rue des Mathurins – 75008 PARIS - Mobile : 06 09 54 52 45

[contact@lifea-formation.fr](mailto:contact@lifea-formation.fr) – [www.lifea-formation-fr](http://www.lifea-formation-fr)

Déclaration d'activité enregistrée sous le numéro 11 75 7207575 auprès du Préfet de Région Ile-de-France