



## ***GUIDE A L'USAGE DES FORMATEURS***

RECOMMANDATIONS DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ CIVILE ET DE LA  
GESTION DES CRISES  
RELATIVES A L'UNITÉ D'ENSEIGNEMENT

***« PREVENTION ET SECOURS CIVIQUES DE NIVEAU 1 » (PSC 1)***

Ce guide a pour objet d'apporter, à l'ensemble des formateurs, les justifications particulières et notamment scientifiques sur une majorité de modifications intervenues dans cette nouvelle version des recommandations.

Il est précisé que ces justifications sont des informations destinées uniquement aux formateurs. Seules les justifications présentes dans les recommandations PSC 1 (version 2017) doivent être enseignées lors des actions de formation.

**Par ailleurs, ce comparatif entre les deux versions (2012 et 2017) est non exhaustif.**

La mise en application de ces nouvelles recommandations est immédiate et ne nécessite pas la modification de l'arrêté du 24 juillet 2007 modifié fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement « prévention et secours civiques de niveau 1 ». De plus, les référentiels internes de formation et de certification, en cours de validité, devront être modifiés lors du renouvellement afin de prendre en compte les éléments nouveaux.

**Désormais, il appartient à l'autorité d'emploi des organismes habilités et associations agréées à la formation aux premiers secours de mettre en œuvre les actions nécessaires à la diffusion des recommandations tout en respectant les modalités prévues par la numérotation des fiches procédures et techniques PSC 1.**

Fiches procédures/techniques	PSC 1 Version 2012	PSC 1 Version 2017	Justifications
<p><b>FP Alerte (1.1.2)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- le 112, numéro de téléphone réservé aux appels d'urgence et valide dans l'ensemble de l'Union Européenne .</li> <li>- Les secours peuvent conserver l'appelant au téléphone pour le conseiller ou le guider dans l'exécution de gestes, jusqu'à leur arrivée.</li> <li>- Contacter un service d'urgence à l'aide d'un téléphone portable ou à défaut d'un téléphone fixe ou d'une borne d'appel :</li> <li>- Lorsque le sauveteur demande à une autre personne de donner l'alerte, il convient:</li> <li>- Si possible, envoyer une personne pour accueillir les secours et organiser leur accès sur le lieu de l'accident, au plus près de la victime.</li> </ul>	<p>Il s'agit d'une simplification de texte. Certains changements sont liés à la tournure de phrase ainsi que la mise en cohérence avec l'ensemble des textes réglementaires concernant le 112.</p> <p>Actuellement, il est préférable que l'appel soit réalisé à partir d'un téléphone portable (pratiquement tout le monde est porteur d'un téléphone portable) ou sans fil ce qui permet à l'appelant de rester ou de se rendre auprès de la victime, de décrire exactement la situation et de pouvoir être guidé par téléphone dans la réalisation des gestes de secours.</p>
<p><b>FP « Alerte et protection des populations » (1.2.1)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<p>L'ensemble de la fiche a été modifiée.</p>	<p>Intégration de l'application SAIP en précisant ses modalités.</p>

<p style="text-align: center;"><b>FP Arrêt cardiaque (1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Séparation de la définition et des signes.</li> <li>- Modifications des signes, causes et risques ainsi que les principes d'action.</li> </ul> <p><b><u>Conduite à tenir (CAT) :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- retrait de « l'appel à l'aide »</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le service de secours appelé pourra aider le sauveteur à la réalisation de la RCP, en donnant des instructions téléphoniques.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alerter les secours, de préférence avec son téléphone portable. Le mettre sur le mode haut-parleur et débiter immédiatement la RCP en attendant que les services de secours répondent</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si un DAE est visible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour le grand public, le terme de « victime qui ne répond pas ou ne réagit pas » est plus approprié que « victime qui a perdu connaissance ou qui est inconsciente ». La recommandation ERC 2015 précise qu'une victime qui ne répond pas et qui ne respire pas normalement est en arrêt cardiaque.</li> </ul> <p>Afin de diminuer les délais de mise en œuvre de la RCP et alerter les secours au plus vite, le sauveteur, le plus souvent doté d'un téléphone portable doit alerter les secours en priorité. Il n'est pas nécessaire d'insister sur l'appel à l'aide qui pourra néanmoins se faire naturellement mais qui ne doit en aucun cas retarder l'alerte aux secours et l'initiation de la RCP.</p> <p>Le sauveteur doit, si possible, rester auprès de la victime pour appeler les secours (téléphone portable ou sans fil). Si le téléphone est équipé d'un haut parleur, il est recommandé au sauveteur de le mettre en fonction pour lui permettre de débiter la RCP en attendant la réponse et aussi pour rester en contact avec l'opérateur du service de secours et recevoir les instructions nécessaires pour réaliser la RCP si elle est indiquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les services de secours d'urgence peuvent être contactés à l'aide d'un téléphone fixe ou d'un téléphone mobile. L'appel précoce de ces services permet d'obtenir rapidement une aide pour reconnaître l'arrêt cardiaque, obtenir les instructions nécessaires par téléphone pour réaliser la RCP et éventuellement localiser un DAE à proximité</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le sauveteur peut seulement récupérer lui-même le DAE s'il est à proximité et qu'il peut se le procurer immédiatement sans interrompre la RCP plus de 10 secondes. Il faut pour cela que le DAE soit dans son champ visuel. Dans le cas contraire, le sauveteur réalise la RCP jusqu'à ce qu'on lui apporte le DAE.</li> </ul>
--	--	--	--

<p><b>FP Arrêt cardiaque (1.2.1) suite</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- retrait de la notion de reprise de respiration normale</li> <li>- intégration de la partie « dans tous les cas »</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dans le cadre de la RCP de base réalisée par le grand public, il est préférable de proposer de poursuivre la RCP jusqu'à l'arrivée du service de secours. La probabilité de récupération d'une activité cardiaque et du retour à la conscience d'une victime avant l'arrivée des secours est faible.</li> <li>- Néanmoins, ils insistent sur le fait que tous les sauveteurs doivent pratiquer au minimum les compressions thoraciques chez les victimes qui présentent un arrêt cardiaque. Enfin, ils précisent que si les sauveteurs sont formés et s'ils s'en sentent capables, ils doivent associer la ventilation artificielle aux compressions thoraciques car cela a un effet bénéfique notamment chez l'enfant et pour toute victime qui présente un arrêt cardiaque d'origine asphyxique ou si le délai d'arrivée des secours est particulièrement prolongé. Donc, les insufflations doivent être enseignées et réalisées sur toute victime en arrêt cardiaque sauf dans les cas prévus dans les recommandations.</li> <li>- La moyenne de l'amplitude des compressions se détériore entre 1,5 min et 3 min après le début de la RCP. C'est pourquoi il est recommandé que le sauveteur qui réalise les compressions thoraciques soit relayé toutes les deux minutes pour prévenir une diminution de l'amplitude des compressions liée à sa fatigue. Le relais du sauveteur doit se faire sans interrompre les compressions thoraciques</li></ul>
--	----------------------	--	--

<p style="text-align: center;"><b>FP</b> <b>« Brûlures » (1.1.2)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- suppression de la température de l'eau dans la conduite à tenir (CAT).</li> <li>- apparition de la notion « que l'arrosage après 30 min n'a pas d'intérêt »</li> <li>- ajout de « dès le début de l'arrosage »</li> <li>- allongé confortablement sur le lit, le canapé ou à défaut sur le sol</li> <li>- en laissant la partie brûlée visible si possible</li> </ul>	<p>aucune preuve scientifique ne permet de recommander une température ou une méthode de refroidissement particulière.</p> <p>- Le refroidissement immédiat des brûlures thermiques est le geste de premiers secours recommandé depuis de nombreuses années qui consiste, quelque soit la méthode utilisée, à diminuer la température de la peau. Le refroidissement immédiat permet de diminuer la profondeur de la brûlure et éventuellement de diminuer le nombre d'hospitalisation.</p> <p>L'alerte doit être immédiate afin d'obtenir un avis médical dans les meilleurs délais. Cet avis médical indiquera au sauveteur s'il doit poursuivre l'arrosage et pendant combien de temps. En effet, l'arrosage des brûlures étendues, des brûlures chez le nourrisson ou le petit enfant peut induire un refroidissement important de la victime et une hypothermie. Il sera alors limité par l'avis médical.</p> <p>Allonger ne veut pas systématiquement dire au sol. Ces exemples montrent bien que la victime peut être simplement allongée sur un lit ou un canapé avec la même efficacité et faciliter aussi son réchauffement ou diminuer son refroidissement qui est plus rapide lorsque la victime est en contact avec le sol (déperdition de chaleur par conductivité).</p> <p>- En laissant la brûlure VISIBLE le sauveteur évitera ainsi, de recouvrir la brûlure avec un linge, une couverture ou tout autre objet non stérile qui pourrait contribuer à infecter la brûlure. De même, dans la mesure du possible, il évitera d'allonger la victime sur la partie brûlée et ce pour la même raison. Il n'existe aucune preuve scientifique qui permet de recommander une méthode de refroidissement. Il en est de même pour l'application de produits ou de pansements sur une brûlure.</p>
--	--	--	---

<p style="text-align: center;"><b>FP</b> <b>« Brûlures » (1.1.2)</b> <b>Suite</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- retrait de « protéger, si possible, par un drap propre, sans recouvrir la partie brûlée » et ajout d'un nota bene sur l'application de produit</li>   <li>- ajout d'un autre professionnel de santé pour l'avis médical.</li> <li>- vérification de la validité de la vaccination anti-tétanique a été précisée lors de l'avis médical.</li>   <li>- brûlure chimique : « rincer » en remplacement « d'arroser ».</li>   <li>- apparition de se laver les mains après avoir réalisé les gestes de secours sur les brûlures par produit chimiques.</li>   <li>- ajout dans la partie brûlure interne : des vapeurs chaudes ou caustiques.</li> </ul>	<p>Dans certaines situations, plus particulièrement lors de brûlures simples et peu étendues, le médecin (service de secours, service d'accueil des urgences) pourra préciser les soins à réaliser et si des produits particuliers ou un pansement doivent être appliqués sur la brûlure. Le sauveteur et la victime se conformeront alors aux consignes du médecin. En attendant un avis médical, aucun produit ne doit être appliqué.</p> <p>- Il est rajouté « autres professionnels de santé » pour des conseils éventuels sur la surveillance d'une plaie et la vaccination antitétanique. Ainsi, le recours à une infirmière ou un pharmacien est possible. D'autre part, la fréquence des rappels antitétaniques est retirée. Les sauveteurs et les formateurs pourront se référer au « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales » édité et mis en ligne chaque année par le ministère des affaires sociales et de la santé : <a href="http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal">http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal</a></p> <p>- Si l'arrosage d'une brûlure thermique a pour objet de refroidir la brûlure, l'arrosage d'une brûlure chimique a pour objet de déplacer par lavage le produit chimique. Il est plus juste alors de parler de rinçage plutôt que d'arrosage.</p>
---	--	--	---

<p style="text-align: center;"><b>FP</b> <b>« Hémorragies externes » (2.1.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<p>- Modification des causes</p> <p><b><u>Conduite à tenir (CAT) :</u></b></p> <p>- Modification de l'ensemble de la conduite à tenir</p>           <p>- retrait de la conservation des crachats et vomissements.</p>	<p>La première action réalisée par le sauveteur est d'obtenir l'aide de la victime pour quelle réalise elle-même la compression manuelle du saignement. Cela permet ainsi au sauveteur d'une part de ne pas entrer en contact avec le sang de la victime et d'autre part de rester disponible pour alerter les secours ou s'occuper d'autres victimes.</p> <p>L'arrêt du saignement est l'objectif essentiel de la conduite à tenir. La mise en place d'un garrot a fait l'objet d'une controverse en ce qui concerne la comparaison des effets bénéfiques et des effets néfastes de sa mise en place par un sauveteur.</p> <p><u>La recommandation 2015 précise que:</u></p> <p><b>les sauveteurs doivent mettre en place le garrot quand les techniques habituelles d'arrêt des hémorragies sont inefficaces ou impossibles (compression directe, pansement compressif) et que l'hémorragie siège au niveau d'un membre.</b></p> <p>La lutte contre l'hypothermie est essentielle dans la prise en charge d'un blessé hémorragique.</p> <p>- Jamais réalisé en pratique et jamais demandé par le médecin.</p>
--	--	--	---



<p style="text-align: center;"><b>FP « Malaise » (1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<p>- Modification des risques et des principes d'action</p> <p><b><u>Conduite à tenir (CAT) :</u></b> - Nouvelle conduite à tenir</p>	<p>En ce qui concerne les risques, le groupe de travail veut insister sur 2 notions essentielles lorsqu'un sauveteur est amené à prendre en charge une victime de malaise :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. D'une part, certains signes doivent être rapidement reconnus car la victime doit être prise en charge en service spécialisé (filiales de soin : l'accident vasculaire cérébral (AVC) et le syndrome coronarien aigu (SCA)). Sinon, il existe un risque de séquelles définitives ou d'évolution fatale.</li> <li>2. D'autre part, certains signes cliniques, apparemment sans gravité, peuvent être révélateurs d'une situation pouvant à tout moment entraîner une détresse vitale.</li> </ol> <p>Cette nouvelle formulation insiste sur l'importance de l'observation et de l'interrogatoire de la victime par le sauveteur. C'est ainsi qu'il pourra transmettre le plus d'informations pertinentes à la régulation médicale</p> <p>- Dans la conduite à tenir, les deux pathologies particulières qui imposent un diagnostic rapide et la prise en charge de la victime dans une filière de soins spécifique sont individualisées : l'AVC et le SCA. En effet, la reconnaissance précoce de ces pathologies par le recueil des signes et leur transmission à la régulation accélère la prise en charge thérapeutique de la victime, diminue les séquelles et améliore sa survie. Chaque année, 15 millions de personnes au monde présentent un AVC. Plus de 6 millions décèdent et 5 millions présentent des séquelles. L'AVC est la deuxième cause de décès chez les personnes de plus de 60 ans et la deuxième cause de handicaps (Perte de la vision, troubles de la parole, paralysie complète ou partielle).</p> <p><b>.L'admission rapide d'une victime qui présente un AVC dans un service neurovasculaire et la mise en place d'une thérapeutique précoce, améliore grandement le devenir de ces victimes et soulève l'importance pour le sauveteur et le grand public de reconnaître très précocement les signes d'AVC.</b></p>
--	--	---	---

<p><b>FP « Malaise » (1.2.1) Suite</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>		<p>La prise en charge des victimes qui présentent une douleur thoracique d'origine cardio-vasculaire répond aux mêmes modalités que l'AVC. A savoir que le sauveteur doit identifier le plus précocement la douleur thoracique et demander un avis médical. Les maladies cardio-vasculaires sont fréquentes et la prise en charge précoce des SCA permet la mise en place de techniques de désobstructions vasculaires qui diminuent la mortalité ou les séquelles de cette pathologie.</p>
<p><b>FP « Obstruction aiguë des voies aériennes par un corps étranger » (1.1.2)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification des causes et des risques</li>   <li>- précisions des compressions thoraciques (personne obèse et femme enceinte dans les derniers mois de grossesse) en cas d'inefficacité des claques dans le dos</li>   <li>- précision sur la réalisation de la RCP si la victime perd connaissance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette partie n'envisageait que les risques de l'OAVA totale alors qu'un certain nombre de complications secondaires peuvent avoir lieu notamment après une obstruction partielle. D'autre part, les OAVA sont des urgences respiratoires particulièrement fréquentes chez l'enfant</li>   <li>- si le sauveteur est dans l'impossibilité de faire le tour de l'abdomen de la victime avec ses membres supérieurs pour placer ses 2 mains au creux de l'estomac, alors il lui est recommandé de réaliser des compressions thoraciques car il lui sera plus facile d'encercler le thorax que l'abdomen de la victime.</li>   <li>- Lorsque la victime qui présente une OAVA perd connaissance alors que l'on est en train de pratiquer des techniques de désobstruction, le sauveteur doit immédiatement réaliser une RCP. Le diagnostic d'OAVA étant déjà réalisé et les compressions thoraciques ayant montrées leur efficacité dans la désobstruction des voies aériennes, la RCP doit commencer par les compressions thoraciques directement sans réaliser une LVA ni rechercher la présence de respiration et ce pour ne pas perdre du temps. Enfin, après chaque série de 30 compressions thoraciques, il faut vérifier la présence du corps étranger dans la bouche et le retirer s'il est visible et accessible.</li> </ul>

<p><b>FP Perte de connaissance (1.1.2)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<p>- Intégration des notions « ne répond pas, ne réagit pas »</p> <p>- Ajout de la notion « en permanence » pour la surveillance</p>	<p>Les termes d'inconscient ou de perte de connaissance sont de moins en moins utilisés pour la formation du grand public. En termes de simplification, il est préférable de préciser que la victime ne répond pas et ne réagit pas. C'est ce vocabulaire qui est recommandé et utilisé dans les recommandations internationales</p>
<p><b>FP Plaies (1.2.1)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<p>- Modification dans la conduite à tenir et précision de la prise en charge d'une plaie au thorax.</p> <p>- Ajout d'un autre professionnel de santé dans le cadre d'un avis médical</p>	<p>- La prise en charge correcte d'une plaie du thorax est essentielle. En effet, la réalisation d'un pansement ou de toute autre sorte de pansement qui peut par inadvertance devenir occlusif peut entraîner une complication qui peut mettre en jeu la vie de la victime.</p> <p>- Il est rajouté « autres professionnels de santé » pour des conseils éventuels sur la surveillance d'une plaie et la vaccination antitétanique. Ainsi, le recours à une infirmière ou un pharmacien est possible. D'autre part, la fréquence des rappels antitétaniques est retirée. Les sauveteurs et les formateurs pourront se référer au « Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales » édité et mis en ligne chaque année par le ministère des affaires sociales et de la santé : <a href="http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal">http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal</a></p>
<p><b>FP « Protection » (1.1.2)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<p>- Ajout d'une partie relative à une attaque terroriste ou situation de violence</p>	<p>- A la suite des attentats du 13 novembre 2015, le Gouvernement a lancé une campagne de sensibilisation pour mieux préparer et protéger les citoyens face à la menace terroriste. Pour cela, il a diffusé une affiche "réagir en cas d'attaque terroriste" qui donne des instructions pratiques qui s'articulent autour du triptyque : "s'échapper, se cacher, alerter", ainsi qu'une vidéo. Lien de téléchargement de l'affiche et de la vidéo : <a href="http://www.gouvernement.fr/reagir-attaque-terroriste">http://www.gouvernement.fr/reagir-attaque-terroriste</a> Ainsi, dans cette situation, la conduite à tenir pour le sauveteur pourrait être la suivante : s'échapper, se cacher, alerter, réaliser les gestes de premiers secours, rester vigilant.</p>

<p><b>FP « Traumatismes » (2.1.1)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification définition, signes et causes</li> <li>- Modification dans la conduite à tenir</li> <li>- Intégration de la fracture de membre déplacée</li> </ul>	<p>Les recommandations précisent que devant une victime qui présente une suspicion de traumatismes du rachis cervical, le maintien manuel de la tête de la victime dans la position où elle se trouve permet de limiter les mouvements angulaires du rachis dans l'attente de l'arrivée des secours spécialisés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration du maintien de la tête, si possible</li> <li>- Devant une victime qui présente un traumatisme de membre, le sauveteur doit demander à la victime de ne pas bouger en attendant l'arrivée des secours. Il ne doit en aucun cas réaligner ou réduire une fracture déplacée.</li> </ul>
<p><b>FT n° 1 « compression locale » (1.2.1)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En l'absence de tissu, la victime si elle le peut ou le sauveteur....</li> <li>- Précision de la situation où le pansement compressif doit être posé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en cohérence avec la procédure des hémorragies externes. La première action réalisée par le sauveteur est d'obtenir l'aide de la victime pour quelle réalise elle-même la compression manuelle du saignement. Cela permet ainsi au sauveteur d'une part de ne pas entrer en contact avec le sang de la victime et d'autre part de rester disponible, éventuellement pour alerter les secours.</li> <li>- ajout du cas où le pansement compressif doit être posé dès lors que le sauveteur doit se libérer et que la victime ne peut pas appuyer elle-même sur la plaie qui saigne. Là aussi, il s'agit d'une mise en cohérence avec la procédure.</li> </ul>
<p><b>FT n° 2 « compressions thoraciques » (1.2.1)</b></p>	<p>Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environ 5 cm sans dépasser 6 cm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En 2015, l'ILCOR s'appuie sur une étude de 2011 concernant les lésions traumatiques liées à la RCP sur 160 patients selon laquelle on observait des cas de lésions traumatiques. Cette étude soulignait comme conséquence une durée de séjour en réanimation plus longue pour les survivants.</li> <li>Alors que la différence n'est pas significative chez la femme, elle le devient chez l'homme où l'on constate 29 % de lésions avec une amplitude inférieure à 50 mm, 33 % lorsque l'amplitude est comprise entre 50 et 60 mm et 63 % si</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>FT n° 2</b> <b>« compressions thoraciques »</b> <b>(1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<p><b><u>Chez l'enfant :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>un travers</b> de doigt...</li> <li>- compressions sternales comme chez l'adulte sur le tiers de son épaisseur <b>soit 5 cm</b></li> <li>- si l'enfant est grand ou le sauveteur est petit et n'a pas suffisamment de force...</li> </ul> <p><b><u>Chez le nourrisson :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un <b>travers</b> de doigt</li> <li>- en veillant à enfoncer le thorax sur le tiers de son épaisseur soit 4 cm.</li> </ul>	<p>l'amplitude est supérieure à 60 mm. En conséquence, lors d'un massage cardiaque externe, il est recommandé de comprimer le sternum d'environ 5 cm sans dépasser 6cm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Précision de la technique</li> <li>- Comme chez l'adulte, les Guidelines ERC 2015 recommandent de réaliser une amplitude de compression thoracique du tiers de l'épaisseur du thorax de l'enfant soit 5 cm.</li> <li>- Ces dernières recommandations essayent de s'adapter à la réalité et de tenir compte de la corpulence de la victime et du sauveteur.</li> <li>- Comme chez l'enfant, les Guidelines ERC 2015 recommandent de réaliser une amplitude de compressions thoraciques du tiers de l'épaisseur du thorax du nourrisson soit 4 cm en utilisant la pulpe de deux doigts</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>FT n° 3</b> <b>« défibrillation »</b> <b>(1.1.2)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précision dans la partie « justification »</li> <li>- Si plus d'un sauveteur est présent....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'usage du défibrillateur est sûr et sans risque même si elle est utilisée par des personnes qui sont peu ou pas formées</li> <li>- Si le sauveteur est seul et qu'un DAE est visible à proximité, il peut se munir du DAE et l'utiliser en interrompant les manœuvres de RCP pour installer le DAE. Dès lors qu'un deuxième sauveteur est présent, ce dernier se munit du DAE et l'installe pendant que le premier sauveteur pratique la RCP.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>FT n° 4</b>  <b>« Désobstruction par la méthode des claques dans le dos »</b>  <b>(1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La technique prend en compte le gabarit de la victime</li>   <li>- précisions sur la technique du nourrisson notamment lors du maintien de la tête avant les claques dans le dos</li>   <li>- pencher la victime vers l'avant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plutôt que proposer une conduite à tenir différente en fonction de l'âge de la victime, le groupe de travail préfère parler de gabarit de la victime et de tenir compte ainsi non seulement du poids de la victime mais aussi de la force et des possibilités du sauveteur.</li>   <li>- Cette description de la technique est plus précise</li>   <li>- Cela permet au corps étranger de sortir de la bouche dès qu'il est débloqué plutôt que de rester dans les voies aériennes ou descendre plus profondément.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>FT n° 5</b>  <b>« Désobstruction par la méthode des compressions abdominales »</b>  <b>(1.1.2)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajout dans la partie « indication » et « technique » du sauveteur qui peut se tenir debout ou à genoux derrière elle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les recommandations de l'ERC 2015 indiquent cette technique chez l'adulte et l'enfant de plus de 1 an. Le groupe de travail insiste sur le gabarit de la victime et la nécessité, particulièrement pour l'enfant, que le sauveteur puisse se tenir debout ou à genou derrière elle.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>FT n° 6</b>  <b>« Désobstruction par la méthode des compressions thoraciques »</b>  <b>(1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précision dans la partie « indication »</li> <li>- dans la partie technique : un travers de doigt...</li>   <li>- Ajout de cas particuliers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Précision de la technique</li>   <li>- Devant la fréquence de survenue de l'obstruction des voies aériennes chez la personne âgée, éventuellement grabataire et en position allongée ou demi-assise sur un lit, le groupe de travail propose au sauveteur, s'il est dans l'impossibilité de réaliser une méthode classique de désobstruction des voies aériennes, de pratiquer des compressions thoraciques identiques à celles du massage cardiaque.</li> </ul>

<p style="text-align: center;"><b>FT n° 7</b> <b>« Garrot »</b> <b>(2.1.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Néant</p>	<p>Nouvelle fiche technique</p>	<p>- La recommandation issue du consensus de la science de 2015 (ILCOR), concernant l'utilisation du garrot précise : Devant une victime qui présente une hémorragie externe de membre pour laquelle la compression manuelle avec ou sans pansement compressif est impossible ou inefficace (saignement abondant persistant), le sauveteur doit réaliser un garrot tourniquet.</p> <p>Aucune étude comparative n'existe ou ne mentionne le fait qu'un garrot réalisé à la racine du membre soit plus efficace qu'un garrot réalisé au dessus de la plaie même si celui-ci est placé sur l'avant bras ou la jambe. Le mécanisme de l'efficacité d'un garrot n'est pas d'écraser une artère sur un os mais bien d'élever la pression sous le garrot pour entraîner une contre-pression qui arrête l'écoulement du sang dans l'ensemble des vaisseaux du membre. C'est pourquoi, les recommandations ne précisent pas la zone de pose du garrot sur un membre mais seulement que celui-ci doit être situé au dessus de la plaie.</p>
<p style="text-align: center;"><b>FT n° 8</b> <b>« Insufflations »</b> <b>(1.1.2)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<p>- se redresser tout en maintenant la bascule de la tête en arrière....</p> <p><b><u>Chez le nourrisson :</u></b> Précision sur la technique</p>	<p>- La description de la technique d'insufflation est conforme aux recommandations ERC 2015.</p> <p>- La description de la technique d'insufflation est conforme aux recommandations ERC 2015.</p>

<p style="text-align: center;"><b>FT n° 9</b>  <b>« Libération des voies aériennes »</b>  <b>(1.1.2)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<p>- Précision de l'indication</p> <p><u><b>Chez le nourrisson :</b></u></p> <p>- Précision de la technique</p>	<p>- Mise en cohérence avec la procédure de la perte de connaissance. Les termes d'inconscient ou de perte de connaissance sont de moins en moins utilisés pour la formation du grand public.</p> <p>En termes de simplification, il est préférable de préciser que la victime ne répond pas et ne réagit pas. C'est ce vocabulaire qui est recommandé et utilisé dans les recommandations internationales.</p> <p>- Allongé sur un plan dur et du fait du volume de sa tête, un nourrisson a la tête en position de flexion., ce qui a pour effet d'obstruer les voies aériennes. Pour maintenir les voies aériennes libres, il faut décoller son menton de son thorax en amenant la tête du nourrisson en arrière, en position neutre.</p>
<p style="text-align: center;"><b>FT n° 10</b>  <b>« Maintien de la tête »</b>  <b>(2.1.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Néant</p>	<p>Nouvelle fiche technique</p>	<p>- Le maintien de la tête d'un blessé (si possible) du rachis a pour objectif de stabiliser le rachis cervical et de limiter ainsi les mouvements. Il n'est pas obligatoire de faire le maintien si la victime peut rester immobile. Cette stabilisation à 2 mains de la tête peut aussi être demandé au sauveteur par le médecin régulateur.</p> <p>- Le sauveteur doit être dans l'axe de la victime au niveau de sa tête et être stable pour ne pas bouger.</p> <p>- Contrairement à l'action des secouristes, il n'est pas demandé au sauveteur de placer la tête en position neutre mais bien de la maintenir dans la position où elle se trouve.</p>



<p style="text-align: center;"><b>FT n° 11</b>  <b>« Position latérale de sécurité »</b>  <b>(1.2.1)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modification de la partie « indication »</li>   <li>- Dans le 3ème temps de la mise en PLS, ajout du contrôle de la respiration en permanence</li>   <li>- suppression d'une technique particulière pour la femme enceinte et chez le traumatisé</li>   <li>- <b><u>Modification des points clefs :</u></b> suppression « n'occasionner aucune pression de la poitrine ». Il est remplacé par « permettre de contrôler la respiration ».</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en cohérence avec la fiche procédure de la perte de connaissance.</li>   <li>- Insister sur le contrôle permanent de la respiration chez une victime en PLS. En effet, devant le risque de survenu d'un arrêt de la respiration, le sauveteur doit contrôler la respiration de la victime sans relâche. Si la respiration de la victime s'arrête ou en cas de doute, il doit remettre la victime sur le dos et réaliser une RCP.</li>   <li>- En l'absence de preuves scientifiques évidentes , le groupe de travail ne souhaite pas dans le cadre d'un enseignement grand public, préciser lors de la mise en PLS, un côté de retournement de la victime à privilégier. (traumatisé ou femme enceinte).</li>   <li>- Mise en cohérence avec le 3<sup>e</sup> temps de la PLS sur le contrôle de la respiration en permanence.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>FM n°1</b>  <b>« Défibrillateur automatisé externe »</b>  <b>(1.1.3)</b></p>	<p style="text-align: center;">Version 1.1.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- modification de certaines tournures de phrases</li> </ul>	