ACADÉMIE HUMANITAIRE · HUMANITAIRES JOBS

Premiers secours en contexte humanitaire : gestes qui sauvent et urgences de terrain

Manuel complet

Formation certifiante de 3 jours : sécuriser la scène, faire le bilan d'une victime, alerter, pratiquer la réanimation cardio-pulmonaire, arrêter une hémorragie, prendre en charge l'étouffement, les brûlures, les fractures, la chaleur, la déshydratation et les morsures, et apporter les premiers secours psychologiques, avec une évaluation finale et un certificat vérifiable. Fondée sur les lignes directrices de la FICR, elle ne remplace pas une formation pratique sur mannequin auprès d'une Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge.

https://humanitairejobs.org/fr/academie/premiers-secours/

Document gratuit de l'Académie Humanitaire. Il peut être imprimé et partagé librement à des fins de formation, sans modification.

Sommaire

1. Jour 1 : Sécurité, bilan et alerte
2. Jour 2 : Urgences vitales : arrêt cardiaque, étouffement, hémorragies
3. Jour 3 : Traumatismes, environnement et premiers secours psychologiques
4. Jour 4 : Afflux de victimes, triage et blessures de guerre

Jour 1 : Sécurité, bilan et alerte

Objectifs

- Comprendre le rôle et les limites du secouriste.
- Sécuriser la scène et se protéger des infections.
- Faire le bilan d'une victime et transmettre une alerte complète.

Le rôle du secouriste : protéger, alerter, secourir

Les premiers secours sont les gestes réalisés par une personne présente, avec peu ou pas de matériel, en attendant une aide médicale. Ils visent trois buts : **préserver la vie**, **empêcher l'aggravation** et **favoriser le rétablissement**.

La démarche tient en trois mots : **protéger** (soi-même, la victime et les témoins), **alerter** (les secours ou la structure de santé la plus proche, selon le plan médical de l'organisation) et **secourir** (les gestes adaptés, dans les limites de sa formation).

En contexte humanitaire, l'aide médicale peut être à plusieurs heures de route. Le secouriste doit donc savoir **surveiller** longtemps une victime, et connaître le **plan d'évacuation médicale** (MEDEVAC) de son organisation : qui appeler, quel véhicule, quelle structure de santé, à quelle distance.

Sécuriser la scène et se protéger

Avant de toucher une victime, regardez autour de vous : circulation, feu, fils électriques, bâtiment instable, foule hostile, risque d'une **seconde explosion** après une première. Un secouriste blessé devient une victime de plus. Si le danger ne peut pas être supprimé, et seulement si c'est possible sans risque, on dégage la victime ; sinon, on attend les moyens adaptés.

- Portez des **gants** dès qu'il y a du sang ou des liquides biologiques ; à défaut, un sac plastique propre.
- Lavez-vous les mains avant et après, ou utilisez une solution hydroalcoolique.
- En cas de contact du sang de la victime avec une plaie ou une muqueuse, ou de piqûre : lavez, puis consultez immédiatement pour une éventuelle **prophylaxie post-exposition** (à débuter le plus tôt possible, au plus tard dans les 72 heures).

Le bilan : réponse, voies aériennes, respiration

Le bilan suit un ordre fixe, qui traite d'abord ce qui tue le plus vite.

1. **Réponse** : parlez fort, touchez les épaules. « Vous m'entendez ? Ouvrez les yeux. »
2. **Hémorragie massive** : un saignement abondant visible se traite immédiatement, avant tout le reste.

3. **Voies aériennes** : chez une victime qui ne répond pas, basculez doucement la tête en arrière et élevez le menton.
4. **Respiration** : regardez, écoutez et sentez pendant **10 secondes au plus**. Des « gasps » (respirations rares et bruyantes) ne sont **pas** une respiration normale.

Si la victime ne respire pas normalement : faites alerter, faites chercher un défibrillateur et commencez la réanimation (jour 2). Si elle respire : position latérale de sécurité, puis bilan complet de la tête aux pieds (plaies, douleurs, déformations) et surveillance.

Alerter : un message clair et complet

L'alerte dépend du contexte : numéro d'urgence national s'il existe et fonctionne, sinon le **point focal médical ou sécurité** de l'organisation, la structure de santé de référence ou le Croissant-Rouge ou la Croix-Rouge locale. Ces numéros doivent figurer dans chaque véhicule et dans le plan de sécurité.

Le message suit toujours le même ordre :

- **Où** : lieu précis, repères, coordonnées GPS si possible.
- **Quoi** : nature de l'accident ou du malaise, nombre de victimes.
- **État** : réponse, respiration, saignement, gestes déjà faits.
- **Qui** : votre nom et un numéro pour vous rappeler. Ne raccrochez qu'à la demande de votre interlocuteur.

Le cadre professionnel : standards, devoir de diligence et limites du secouriste

> Ce cours en ligne apporte les connaissances, la méthode et le raisonnement. Il ne remplace en aucun cas une formation pratique certifiée de premiers secours, avec mise en situation et entraînement sur mannequin, dispensée par une Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge ou par un organisme agréé dans votre pays. Les gestes s'apprennent avec les mains, sous le regard d'un formateur, et s'entretiennent par des recyclages réguliers.

Les premiers secours ne sont pas une version réduite de la médecine d'urgence : ils constituent une discipline à part entière, avec ses propres recommandations fondées sur les preuves. La référence internationale pour le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est constituée par les **Lignes directrices internationales de premiers secours, de réanimation et d'éducation** publiées par la Fédération internationale (FICR) en 2020. Elles s'appuient sur les revues systématiques de l'**ILCOR** (International Liaison Committee on Resuscitation), qui publie chaque année ses consensus scientifiques. En Europe, le **Conseil européen de réanimation (ERC)** traduit ces consensus en recommandations, dont la dernière édition complète date de 2021 et comporte un chapitre consacré aux premiers secours. Les recommandations nationales (par exemple celles d'un ministère de la santé ou d'une Société nationale) peuvent adapter ces textes au contexte local : en cas de divergence, le secouriste suit le protocole sur lequel il a été formé et certifié.

Ce que la FICR entend par premiers secours

Les lignes directrices de 2020 définissent les premiers secours comme l'aide immédiate apportée à une personne malade ou blessée jusqu'à l'arrivée d'une aide professionnelle, et y incluent explicitement la dimension psychologique et l'auto-assistance. Elles insistent sur trois principes qui structurent toute cette formation :

- **Les preuves d'abord** : un geste n'est enseigné que s'il est utile et sans danger. Des gestes autrefois répandus (points de compression à distance, surélévation systématique d'un membre qui saigne, collier cervical posé par un secouriste, aspiration d'une morsure) ne figurent plus dans les recommandations, faute de bénéfice démontré ou en raison d'un risque.
- **L'adaptation au contexte** : les lignes directrices reconnaissent que les secours professionnels peuvent être lointains, que le matériel peut manquer et que les risques de la scène peuvent être élevés. Elles distinguent ce qui est recommandé partout de ce qui dépend des ressources disponibles.
- **L'éducation comme intervention** : la compétence décline rapidement après une formation si elle n'est pas entretenue. Les recyclages courts et fréquents sont plus efficaces que de longues formations espacées de plusieurs années.

Le devoir de diligence de l'organisation

Pour une organisation humanitaire, la capacité de premiers secours relève du **devoir de diligence** (duty of care) envers son personnel et, dans de nombreux cas, envers les personnes qu'elle assiste sur ses sites. La Norme humanitaire fondamentale (CHS), dans son engagement 8, demande que le personnel soit soutenu et que sa sécurité et son bien-être soient pris en compte. Les guides du Global Interagency Security Forum (GISF) sur la gestion des risques de sécurité intègrent le plan médical et l'évacuation sanitaire au plan de sécurité. Concrètement, un auditeur ou un responsable sécurité vérifiera :

- qu'il existe un **plan médical** par base, à jour, connu des équipes ;
- que le nombre de secouristes formés est suffisant pour que chaque déplacement et chaque site ait au moins une personne formée présente (la législation du travail de certains pays fixe un ratio ; à défaut, l'organisation le définit selon le risque) ;
- que les certificats sont valides et que les recyclages sont planifiés selon la périodicité fixée par l'organisme certificateur ;
- que les trousses sont complètes, contrôlées et réapprovisionnées après usage ;
- que chaque incident médical fait l'objet d'un rapport et d'un retour d'expérience.

Les limites du secouriste

Le secouriste agit **dans les limites de sa formation**. Il ne pose pas de diagnostic, ne prescrit pas, n'administre pas de médicament sauf ceux que son protocole autorise explicitement (par exemple aider une personne à utiliser son propre auto-injecteur d'adrénaline ou à prendre du sucre en cas d'hypoglycémie). Il recueille le **consentement** de la victime consciente : une personne capable de décider peut refuser l'aide, et ce refus est respecté, expliqué, et consigné avec un témoin si possible. Chez une victime inconsciente, le consentement est présumé. Pour un mineur, on recherche le parent ou l'adulte responsable sans retarder un geste vital.

Le cadre juridique de l'intervention d'un témoin varie d'un pays à l'autre : certains pays imposent une obligation de porter secours, d'autres protègent explicitement le secouriste de bonne foi. L'organisation doit connaître la règle du pays d'intervention et l'intégrer dans son briefing. Dans tous les cas, un geste conforme à la formation reçue et réalisé de bonne foi est la meilleure protection.

> Règle de conduite : faire ce que l'on a appris, ne pas faire ce que l'on ne maîtrise pas, et ne jamais retarder l'alerte pour faire un geste secondaire.

Neutralité et non-discrimination

En contexte de conflit, le secouriste d'une organisation humanitaire porte secours selon la seule urgence médicale, sans distinction d'appartenance, d'ethnie, de religion ou de camp. Ce principe, issu du droit international humanitaire et des Principes fondamentaux du Mouvement, est aussi une condition de sécurité : une équipe perçue comme partiale devient une cible. Il s'applique au triage (jour 4) comme au simple bilan.

Le bilan complet pas à pas : primaire, secondaire et surveillance

Le bilan présenté dans les sections précédentes (réponse, hémorragie massive, voies aériennes, respiration) constitue le **bilan primaire** : il cherche ce qui tue en quelques minutes. Lorsque la victime ne présente pas de détresse vitale immédiate, ou une fois celle-ci prise en charge, le secouriste réalise un **bilan secondaire**, puis une **surveillance** continue. Dans les contextes où l'évacuation prend plusieurs heures, c'est souvent la qualité de cette surveillance et de sa transmission qui fait la différence.

Étape 1 : l'approche et l'impression générale (premières secondes)

En s'approchant, après avoir vérifié la sécurité, le secouriste observe : la victime bouge-t-elle, parle-t-elle, quelle est sa couleur, y a-t-il du sang au sol, quelle est la position du corps, quel est le mécanisme probable (chute de hauteur, choc de véhicule, explosion, malaise sans traumatisme) ? Le mécanisme oriente la suite : un choc violent impose de limiter les mouvements de la tête et du cou ; un malaise chez une personne âgée oriente vers une cause cardiaque ou un accident vasculaire cérébral.

Étape 2 : le bilan primaire structuré

Les recommandations récentes, comme les approches de soins d'urgence de base de l'OMS et du CICR, placent l'**hémorragie massive** en tête de la séquence, avant les voies aériennes. On peut retenir la séquence suivante, adaptée au niveau du secouriste :

Étape	Question	Ce que l'on fait
Hémorragie massive	Y a-t-il un saignement abondant, en jet ou qui imbibe rapidement les vêtements ?	Compression directe immédiate ou garrot sur un membre (jour 2).
Réponse	La victime répond-elle à la voix, au toucher ?	Si elle ne répond pas : appeler à l'aide, faire alerter.
Voies aériennes	L'air peut-il passer ?	Bascule de la tête et élévation du menton ; retirer un corps étranger visible seulement s'il est accessible.
Respiration	Respire-t-elle normalement ? (10 secondes au plus)	Non ou anormale : réanimation et défibrillateur. Oui : position latérale de sécurité si elle ne répond pas.
Circulation	Signes de choc ? Autres saignements ?	Allonger, couvrir, comprimer les saignements non massifs.
Conscience	La victime est-elle orientée, confuse, somnolente ?	Noter le niveau de conscience et l'heure.
Exposition et environnement	Blessures cachées ? Risque de froid ou de chaleur ?	Regarder sous les vêtements avec respect de la pudeur, protéger du sol, du soleil, de la pluie.

Pour décrire le niveau de conscience simplement et de façon transmissible, de nombreux services utilisent l'échelle **AVPU** (ou EVDA en français) : la victime est **A**lerte (éveillée, yeux ouverts), réagit à la **V**oix, réagit seulement à la douleur (**P**ain), ou ne réagit pas (**U**nresponsive). Toute dégradation d'un niveau à l'autre est une information essentielle à transmettre immédiatement.

Étape 3 : le bilan secondaire

Le bilan secondaire comprend deux volets, qui peuvent être menés en parallèle si deux secouristes sont présents.

L'interrogatoire, auprès de la victime ou des témoins. Un aide-mémoire répandu est l'acronyme anglais SAMPLE :

- **S**ignes et symptômes : que ressentez-vous, où avez-vous mal, depuis quand ?
- **A**llergies connues.
- **M**édicaments pris habituellement (traitement du cœur, de l'épilepsie, du diabète, anticoagulants).
- **P**assé médical : maladies connues, grossesse, opérations récentes.
- **L**ast meal : dernier repas et dernière boisson (utile si une chirurgie est probable).
- **E**vénement : que s'est-il passé exactement, dans quel ordre ?

L'examen de la tête aux pieds, avec des gants, en expliquant chaque geste : tête et visage (plaies, saignement du nez ou des oreilles), cou (douleur, déformation), thorax (mouvements

symétriques, plaies), abdomen (douleur, dureté), bassin (sans le comprimer ni le faire bouger), membres (déformation, plaie, mobilité, sensibilité et couleur des extrémités), dos si la victime peut être examinée sans être mobilisée inutilement.

Étape 4 : les paramètres observables par un secouriste

Sans matériel médical, le secouriste peut mesurer et noter :

- **La fréquence respiratoire** : compter les mouvements du thorax pendant 30 secondes et multiplier par deux, ou pendant une minute entière chez l'enfant. Chez l'adulte au repos, une fréquence habituelle se situe autour de 12 à 20 par minute. Chez l'enfant, la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) de l'OMS et de l'UNICEF retient comme respiration rapide : 60 par minute ou plus avant 2 mois, 50 ou plus de 2 à 12 mois, 40 ou plus de 1 à 5 ans.
- **Le pouls**, au poignet (radial) ou au cou (carotidien) : rapide ou lent, régulier ou non, bien ou mal perçu. Chez une victime qui ne répond pas, la recherche du pouls n'est **pas** utilisée pour décider de la réanimation par un secouriste : c'est l'absence de respiration normale qui compte.
- **La peau** : couleur (pâle, grise, bleutée), température, sueurs.
- **Le niveau de conscience** (AVPU) et l'orientation (nom, lieu, jour).
- **La douleur**, sur une échelle simple de 0 à 10 si la victime peut répondre.

Étape 5 : la surveillance et sa traçabilité

Une victime grave est réévaluée en permanence ; une victime stable au minimum toutes les 5 à 15 minutes selon la gravité et la consigne du protocole local. Chaque réévaluation est notée avec l'heure. Le secouriste note aussi tous les gestes réalisés (heure de pose d'un garrot, début de la réanimation, nombre de chocs délivrés par le défibrillateur). Cette feuille accompagne la victime et est remise à l'équipe médicale qui la prend en charge.

> Ce qui n'est pas écrit n'a pas été fait. Une feuille de surveillance simple, horodatée, remise à l'équipe médicale, vaut mieux qu'un long récit oral fait dans le bruit d'une salle d'urgence.

Alerte, MEDEVAC et CASEVAC : construire la chaîne de secours de terrain

Dans un pays doté d'un service d'urgence fonctionnel, l'alerte consiste à composer un numéro. Dans la plupart des contextes humanitaires, la chaîne de secours doit être **construite à l'avance** par l'organisation. Sans plan préparé, le temps perdu à chercher un véhicule, une structure capable d'opérer ou une autorisation de déplacement dépasse souvent le temps pendant lequel la victime peut survivre.

Vocabulaire

- **CASEVAC** (casualty evacuation) : transport d'un blessé ou d'un malade par un moyen non médicalisé (véhicule de l'organisation, pick-up, embarcation), généralement vers la première structure de soins.

- **MEDEVAC** (medical evacuation) : évacuation avec un accompagnement médical (ambulance équipée, avion sanitaire), souvent organisée par une compagnie d'assistance ou par le service médical de l'organisation ou des Nations Unies.
- **Structure de référence** : établissement de santé dont on connaît à l'avance le niveau de soins (poste de santé, centre de santé, hôpital de district avec bloc opératoire, hôpital de référence avec réanimation et banque de sang).

Construire le plan médical d'une base : méthode en huit étapes

1. **Cartographier les structures** dans un rayon pertinent : nom, niveau, capacité chirurgicale, présence d'un service de transfusion, d'un défibrillateur, de sérums antivenimeux, d'un vaccin antirabique ; horaires ; contact direct d'un responsable. Visiter les structures plutôt que se fier à une liste ancienne.
2. **Mesurer les temps de trajet réels** de jour, de nuit, en saison sèche et en saison des pluies, avec les points de contrôle et les heures de couvre-feu.
3. **Définir les moyens de transport** : véhicules disponibles, possibilité d'allonger une victime à l'arrière, embarcation, accord avec un opérateur aérien humanitaire (par exemple le service aérien humanitaire des Nations Unies là où il opère) et ses conditions d'acceptation d'un passager malade.
4. **Identifier les décideurs** : qui déclenche une évacuation (chef de base, point focal sécurité, référent médical), qui valide les dépenses, qui contacte la compagnie d'assistance et avec quelles informations (numéro de police d'assurance, passeport, groupe sanguin si connu).
5. **Établir les communications** : numéros et canaux radio vérifiés, téléphone satellite, indicatifs d'appel, procédure si le réseau tombe.
6. **Préparer les documents** : fiche d'urgence par membre du personnel (contacts, allergies, traitements, groupe sanguin si la personne accepte de le communiquer), conservée de façon confidentielle et accessible au seul responsable désigné.
7. **Prépositionner le matériel** : trousses de base et trousse traumatologique, kit de prophylaxie post-exposition selon la politique de l'organisation, couvertures de survie, brancard pliable, réserve d'eau.
8. **Tester le plan** : exercice au moins une fois par an et à chaque rotation majeure d'équipe, avec chronométrage réel entre l'appel et l'arrivée à la structure.

Le message d'alerte enrichi

Le message de base (où, quoi, état, qui) reste la règle. Pour une demande d'évacuation par radio vers la base ou le point focal médical, on ajoute les éléments dont les décideurs ont besoin. Le modèle ci-dessous s'inspire des formats de demande d'évacuation utilisés par les organisations et les missions des Nations Unies, simplifiés pour un usage civil.

Ligne	Contenu	Exemple
1. Lieu	Coordonnées GPS, repère, accessibilité	Piste Kalo–Mira, km 34, pont en béton, accessible en 4x4
2. Appelant	Nom, indicatif, moyen de rappel	Équipe Alpha 2, canal 5, satellite 0 0 00 00 00 (numéro fictif)
3. Nombre et gravité	Combien de victimes, combien en détresse vitale	2 victimes : 1 grave, 1 non grave
4. État de chaque victime	Réponse, respiration, saignement, AVPU, évolution	Homme adulte, répond à la douleur seulement, respire, pas d'hémorragie
5. Gestes réalisés	Avec les heures	Position latérale de sécurité à 10 h 42, surveillance toutes les 5 minutes
6. Besoins	Transport allongé, matériel, accompagnement	Véhicule pour transport allongé, demande d'avis médical
7. Sécurité	Situation sur place, menaces	Calme, foule d'une vingtaine de personnes, pas de menace
8. Destination proposée	Structure adaptée et temps de trajet	Hôpital de district de Mira (bloc opératoire), 1 h 20

Décider entre attendre et évacuer par ses propres moyens

Le principe général est simple : lorsqu'un service de secours compétent peut venir dans un délai raisonnable, on attend et on surveille. Lorsque ce n'est pas le cas, l'organisation décide d'un transport par ses propres moyens. Les critères qui pèsent dans la décision sont la gravité et l'évolution de l'état de la victime, la distance réelle jusqu'à une structure capable de traiter le problème (une victime qui saigne a besoin d'un bloc opératoire, pas d'un poste de santé), la sécurité de la route et de l'heure, et la possibilité de transporter la victime allongée et surveillée. La décision est prise par la personne désignée dans le plan, après avis médical à distance si possible, et notée avec l'heure.

> Le transport le plus rapide n'est pas toujours vers la structure la plus proche : un poste de santé sans chirurgien fait perdre du temps à une victime qui a besoin d'être opérée. C'est pourquoi le niveau des structures doit être connu avant l'incident.

Exemple complet : accident de la route sur une piste isolée

Contexte fictif : l'ONG « Horizons Partagés » conduit un programme d'eau et d'assainissement dans le district de Morelle. Une équipe de trois personnes (une ingénieure, un animateur communautaire, un chauffeur) revient d'un village situé à 2 h 30 de la base de Kalo. L'animateur et le chauffeur sont certifiés en premiers secours depuis huit mois ; l'ingénieure a suivi un recyclage il y a deux ans. Le véhicule dispose d'une trousse de base, d'un garrot commercial, de deux couvertures de survie, d'une radio HF et d'un téléphone satellite. Le plan

médical de la base désigne l'hôpital de district de Mira (bloc opératoire, pas de réanimation) à 1 h 20 et le centre de santé de Tobé (infirmier, pas de chirurgie) à 25 minutes.

La chronologie

Heure	Situation	Décision et raisonnement
10 h 38	Une moto a percuté un camion à l'arrêt. Le conducteur de la moto est au sol, immobile ; une passagère est assise, tient son avant-bras et pleure. Le camion fuit du carburant.	Le chauffeur arrête le véhicule à distance, feux de détresse, moteur coupé. Il demande au conducteur du camion de couper le contact et interdit de fumer. Danger identifié : carburant et circulation. Un villageois est chargé de signaler l'accident aux véhicules qui arrivent.
10 h 40	L'animateur aborde le motard par le côté, en lui parlant. Pas de réponse à la voix. Gants mis.	Pas d'hémorragie massive visible. Il maintient la tête dans l'axe sans retirer le casque, libère les voies aériennes et regarde, écoute, sent : respiration présente, régulière, environ 16 par minute.
10 h 41	L'ingénieure s'occupe de la passagère, qui parle et répond correctement.	Elle se présente, demande le consentement, constate une déformation de l'avant-bras sans plaie. Elle fait soutenir le bras par la victime elle-même dans la position la moins douloureuse.
10 h 42	Le motard respire mais ne répond qu'à la douleur (niveau P). Il commence à faire des bruits de gargouillement.	Risque d'inhalation de sang ou de vomissements : il est placé en position latérale de sécurité à deux secouristes, en limitant au maximum les mouvements de la tête et du cou. Le casque, intégral et fendu, gêne : il n'est retiré qu'à deux, selon la technique apprise, parce que les voies aériennes sont menacées.
10 h 45	Le chauffeur appelle la base par radio.	Message complet : lieu (piste Kalo–Mira, km 34), deux victimes, une grave (répond à la douleur, respire, gargouillements, placée sur le côté), une moins grave (fracture probable de l'avant-bras), sécurité de la scène maîtrisée, demande d'avis médical et de décision d'évacuation.
10 h 52	Le référent médical, joint par téléphone satellite, recommande l'hôpital de Mira : un traumatisme crânien avec troubles de la conscience nécessite une structure capable d'opérer et de surveiller.	Le centre de santé de Tobé, plus proche, est écarté pour le motard. La base fait prévenir l'hôpital de Mira. Le chef de base autorise le transport dans le véhicule de l'organisation, le délai d'une ambulance étant estimé à plus de deux heures.
11 h 00	Préparation du transport.	Le motard est installé allongé sur le côté sur la banquette arrière aménagée, couvert ; l'animateur l'accompagne pour surveiller. La passagère, avec une écharpe improvisée, monte à l'avant. Le frère du motard, arrivé sur place, est informé et accompagne.
12 h 22	Arrivée à l'hôpital de Mira.	La feuille de surveillance et un résumé oral structuré sont remis à l'infirmier de garde. Les gants et déchets souillés sont éliminés à l'hôpital.

La feuille de surveillance remplie (motard)

Heure	Conscience (AVPU)	Respiration (par minute, qualité)	Pouls radial	Peau	Gestes et remarques
10 h 40	U puis P	16, régulière	Perçu, rapide	Pâle	Voies aériennes libérées, tête maintenue
10 h 42	P	18, gargouillements	Perçu	Pâle	Position latérale de sécurité, casque retiré à deux
10 h 50	P	18, plus calme	Perçu	Pâle, fraîche	Vomissement unique, bouche dégagée, couverture
11 h 05	V	16, régulière	Perçu	Pâle	Ouvre les yeux à l'appel, agité, propos confus
11 h 35	V	16	Perçu	Pâle	Pas de nouveau vomissement
12 h 05	P	14	Perçu, plus lent	Pâle	Dégradation de la conscience signalée par radio, hôpital prévenu

L'analyse après l'incident

- **Ce qui a fonctionné** : sécurisation de la scène avant tout contact ; répartition immédiate des rôles ; message radio complet ; décision fondée sur le niveau de la structure plutôt que sur la distance ; surveillance horodatée qui a permis de signaler la dégradation de 12 h 05.
- **Ce qui doit être amélioré** : l'ingénieure n'était pas à jour de son recyclage et ne se sentait pas sûre d'elle ; la trousse ne contenait pas d'attelle ni de matériel d'écharpe ; le numéro de l'hôpital de Mira dans le plan médical n'était plus valide et la base a perdu cinq minutes à le retrouver.
- **Actions décidées** : recyclage de tout le personnel de terrain avant la fin du trimestre ; ajout d'attelles malléables et d'écharpes triangulaires dans toutes les trousses de véhicule ; vérification mensuelle des numéros du plan médical par le point focal sécurité ; rapport d'incident transmis au siège dans les 24 heures selon la procédure.

> Le point décisif de cet exemple n'est pas un geste technique : c'est la combinaison d'une scène sécurisée, d'une alerte structurée et d'une décision de destination fondée sur une connaissance préalable des structures. C'est exactement ce que le plan médical doit rendre possible.

Outils réutilisables : listes de contrôle et fiches de terrain

Les outils suivants sont conçus pour être imprimés, plastifiés et placés dans les véhicules, les bureaux et les trousses. Ils doivent être adaptés au protocole de l'organisme qui a certifié vos secouristes et validés par le référent médical de votre organisation.

Liste de contrôle 1 : sécurité de la scène (avant tout contact)

- Circulation : véhicule garé en sécurité, feux de détresse, signalisation en amont et en aval.
- Feu, carburant, gaz : contact coupé, interdiction de fumer, extincteur à portée.
- Électricité : câbles au sol, installation endommagée ; ne pas toucher la victime tant que le courant n'est pas coupé.
- Structure : bâtiment fissuré, mur instable, risque d'effondrement.
- Environnement : eau en crue, pente, animaux, chaleur extrême.
- Menace humaine : foule hostile, présence armée, risque de seconde explosion, engins non explosés.
- Risque biologique et chimique : sang, liquides, odeur inhabituelle, plusieurs victimes sans traumatisme apparent (penser à une intoxication collective).
- Protection personnelle : gants, protection des yeux si projections possibles, masque de poche pour les insufflations.

Liste de contrôle 2 : contenu minimal du plan médical de base

Élément	Présent	Date de vérification	Responsable
Liste des structures de santé avec niveau, capacités et contacts vérifiés			
Temps de trajet jour, nuit, saison des pluies			
Procédure de décision d'évacuation et noms des décideurs			
Coordonnées de la compagnie d'assistance et numéros de police			
Fiches d'urgence individuelles confidentielles			
Liste des secouristes certifiés et dates d'échéance			
Inventaire des trousses et dates de péremption			
Procédure d'exposition au sang et accès à la prophylaxie post-exposition			
Date du dernier exercice et principales conclusions			

Fiche 3 : bilan et transmission (une page)

Rubrique	À noter
Identification	Sexe, âge estimé, nom si connu, accompagnant
Circonstances	Heure, mécanisme (chute, choc, malaise, explosion), position trouvée
Bilan primaire	Hémorragie massive, réponse, voies aériennes, respiration, signes de choc
Interrogatoire	Plaintes, allergies, traitements, antécédents, dernier repas, déroulement
Examen	Lésions constatées de la tête aux pieds
Gestes réalisés	Nature et heure de chaque geste (garrot, position, réanimation, chocs)
Surveillance	Tableau horodaté : conscience, respiration, pouls, peau, douleur
Transmission	Nom de la personne et de la structure qui ont pris le relais, heure

Fiche 4 : transmission orale à l'équipe médicale

Une transmission orale efficace dure moins d'une minute et suit un ordre fixe, inspiré des formats structurés utilisés en milieu hospitalier :

1. Qui est la victime (âge, sexe) et ce qui s'est passé (mécanisme, heure).
2. Ce que l'on a trouvé (lésions et problèmes vitaux).
3. Ce que l'on a fait (gestes, heures).
4. Comment l'état a évolué (amélioration, stabilité, dégradation).
5. Ce qui inquiète le secouriste et les questions en suspens (par exemple : médicament inconnu, allergie possible).

Liste de contrôle 5 : après l'intervention

- Élimination des déchets souillés et des gants dans un contenant adapté.
- Lavage des mains ; en cas d'exposition au sang, application immédiate de la procédure d'exposition.
- Rapport d'incident selon la procédure de l'organisation, dans les délais fixés.
- Réapprovisionnement de la trousse utilisée le jour même.
- Temps d'échange avec les intervenants et proposition de soutien si nécessaire (jour 3 et jour 4).

Erreurs fréquentes, variations selon le contexte et regard des auditeurs

Les erreurs les plus fréquentes sur le terrain

Erreur	Conséquence	Comment l'éviter
Se précipiter sur la victime sans regarder la scène	Secouriste blessé (circulation, électricité, seconde explosion)	S'imposer un temps d'arrêt de quelques secondes ; faire de la sécurité de la scène un réflexe entraîné en exercice.
Retarder l'alerte pour faire des gestes	Les secours arrivent trop tard	Faire alerter immédiatement par un témoin, en lui donnant un message précis à transmettre, et lui demander de revenir confirmer.
Prendre des gasps pour une respiration normale	Réanimation non débutée	Retenir qu'une respiration rare, bruyante, irrégulière chez une victime qui ne répond pas est un signe d'arrêt cardiaque.
Chercher le pouls pour décider de la réanimation	Perte de temps, erreur fréquente même chez des soignants	Se fonder sur la réponse et la respiration, comme le prévoient les recommandations pour les secouristes.
Message d'alerte incomplet	Rappels, mauvaise orientation, mauvais moyen envoyé	Utiliser une fiche d'alerte affichée dans les véhicules ; entraîner le message en exercice.
Évacuer vers la structure la plus proche par défaut	Transfert secondaire, heures perdues	Connaître le niveau des structures avant l'incident.
Ne rien noter	L'équipe médicale ignore l'heure du garrot ou la dégradation	Feuille de surveillance dans chaque trousse, ou écrire directement sur la peau ou le garrot au marqueur pour l'heure de pose.
Trousse incomplète ou périmée	Gestes impossibles le jour où l'on en a besoin	Contrôle mensuel signé, réapprovisionnement le jour de l'utilisation.
Certificats expirés	Perte de confiance et de compétence, problème de conformité	Tableau de suivi des échéances tenu par les ressources humaines ou la sécurité.

Variations selon le contexte

Crise soudaine (séisme, inondation, cyclone) : les structures de santé sont elles-mêmes touchées, les routes coupées, les communications saturées. Les plans médicaux préétablis doivent être revérifiés dans les premières heures ; les équipes doivent disposer d'une autonomie de matériel plus importante. Les risques de scène (répliques, bâtiments fragilisés, eau contaminée) dominent.

Crise prolongée : le risque principal est la routine. Les trousses se vident, les numéros changent, le personnel formé part et n'est pas remplacé. Un calendrier de vérification et d'exercices s'impose.

Camp ou site de déplacés : forte densité de population, nombreux témoins, attroupements rapides. Les partenaires de santé présents sur le site (cliniques, équipes mobiles) doivent figurer dans le plan, avec leurs horaires. Les relais communautaires formés aux premiers secours sont un atout majeur.

Milieu urbain : les secours publics existent souvent mais peuvent être saturés ou inaccessibles selon les quartiers. Le trafic peut rendre le transport plus lent qu'en milieu rural. Les risques électriques, d'incendie et d'effondrement sont plus fréquents.

Gestion à distance : lorsque le personnel international ne peut pas se rendre sur le terrain, la responsabilité des premiers secours repose sur le personnel national et les partenaires. L'organisation doit financer leur formation et leur matériel au même niveau, et leur garantir le même accès à l'évacuation et à l'assurance. Une différence de traitement en matière de sécurité et de soins entre catégories de personnel est un manquement au devoir de diligence relevé par les auditeurs.

Insécurité élevée : les déplacements de nuit peuvent être interdits, les routes fermées, les points de contrôle longs. Le plan doit prévoir la prise en charge prolongée sur place (plusieurs heures), des itinéraires alternatifs, et des accords de passage pour les évacuations sanitaires. Le CICR et les Sociétés nationales sont souvent les seuls acteurs capables de négocier ce passage.

Partenaires locaux à faible capacité : la formation aux premiers secours est un élément concret et apprécié du renforcement des capacités. Elle doit être budgétée dans les propositions (formation certifiée, trousses, recyclages) et non laissée à la charge du partenaire.

Ce que regardent les auditeurs, les bailleurs et les assureurs

- Existence et mise à jour du plan médical et du plan de sécurité, et preuve de leur diffusion aux équipes.
- Registre des formations avec dates de certification et de recyclage, ventilé par catégorie de personnel et par partenaire.
- Rapports d'incident médicaux et retours d'expérience, et preuve que les actions décidées ont été mises en œuvre.
- Contrôles des trousses signés et datés.
- Cohérence entre le budget (lignes de formation et de matériel) et la réalité du terrain.
- Égalité de traitement entre personnel national, international et partenaires.

Questions d'entretien et références clés

Les questions suivantes sont fréquemment posées lors d'entretiens pour des postes de point focal sécurité, de chef de base, de coordinateur de terrain, de logisticien ou de responsable santé. Les éléments de réponse indiquent ce qu'un jury attend d'un candidat expérimenté.

1. « Vous arrivez le premier sur un accident de la route avec deux victimes. Décrivez vos premières minutes. »

Une réponse solide commence par la sécurité de la scène (véhicule garé, feux, carburant, circulation), puis la répartition des rôles, l'alerte précoce par un tiers, le bilan primaire en commençant par l'hémorragie massive, la décision de position selon la réponse et la respiration, et la surveillance horodatée. Elle mentionne la limitation des mouvements de la tête et du cou en cas de traumatisme violent et la transmission structurée.

2. « Comment construisez-vous un plan médical pour une nouvelle base ? »

Le candidat cite la cartographie et la visite des structures avec leur niveau de soins réel, les temps de trajet selon l'heure et la saison, les décideurs, les communications, les fiches individuelles confidentielles, le matériel, l'articulation avec la compagnie d'assistance, et le test par exercice chronométré. Il évoque la mise à jour régulière et l'inclusion des partenaires.

3. « Comment décidez-vous entre attendre une ambulance et transporter vous-même un blessé ? »

Il expose les critères : gravité et évolution, délai réel des secours, distance jusqu'à une structure capable de traiter le problème, sécurité de la route, possibilité de transporter la victime allongée et surveillée, avis médical à distance. Il précise que la décision revient à la personne désignée dans le plan et qu'elle est consignée.

4. « Un membre de votre équipe refuse d'être évacué après un malaise. Que faites-vous ? »

Il évalue la capacité de la personne à décider (conscience, orientation), explique les risques, cherche un avis médical, respecte un refus éclairé, le documente avec un témoin, organise une surveillance et une réévaluation, et informe la hiérarchie selon la procédure. Il distingue ce cas de celui d'une personne confuse dont la capacité de décision est altérée.

5. « Comment garantissez-vous le devoir de diligence envers le personnel national et les partenaires en gestion à distance ? »

Il parle d'égalité d'accès à la formation, au matériel, à l'assurance et à l'évacuation, de lignes budgétaires dédiées, de suivi des certifications, et de la nécessité de consulter le personnel concerné sur les risques qu'il juge prioritaires.

6. « Quelles recommandations internationales encadrent les premiers secours, et que faites-vous si elles diffèrent du protocole national ? »

Il cite les lignes directrices de la FICR de 2020, les consensus de l'ILCOR et les recommandations de l'ERC, et explique que le secouriste applique le protocole sur lequel il est certifié, tandis que l'organisation veille à la cohérence de ses formations avec les recommandations en vigueur.

Références clés

- *Lignes directrices internationales de premiers secours, de réanimation et d'éducation* (2020) : Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), avec son Centre mondial de référence pour les premiers secours.
- *International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations* : International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), publication annuelle.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), en particulier les chapitres sur la réanimation de base et sur les premiers secours : Conseil européen de réanimation.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* : Organisation mondiale de la Santé et Comité international de la Croix-Rouge.
- *Premiers secours en cas de conflit armé et d'autres situations de violence* : Comité international de la Croix-Rouge.

- *Le Manuel Sphère* (2018), chapitre Santé : Association Sphère.
- *Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité* (CHS), engagement 8 : CHS Alliance, Groupe URD et Sphère.
- *Security Risk Management: a basic guide for smaller NGOs* et guides associés : Global Interagency Security Forum (GISF).
- Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : OMS et UNICEF.

> Rappel : ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée de premiers secours. Inscrivez-vous à une session auprès de la Croix-Rouge, du Croissant-Rouge ou d'un organisme agréé, et entretenez vos gestes par des recyclages réguliers.

Exercice d'application : votre fiche d'urgence

Pour votre lieu de travail, remplissez une fiche d'une page : numéros d'urgence qui fonctionnent réellement, structure de santé la plus proche et son niveau (poste de santé, hôpital avec chirurgie), temps de trajet de jour et de nuit, emplacement de la trousse de secours et du kit PEP, procédure MEDEVAC de votre organisation. Affichez-la et mettez-en une copie dans chaque véhicule.

À retenir

- Protéger, alerter, secourir : toujours dans cet ordre.
- Sécurité de la scène d'abord, y compris le risque d'une seconde explosion.
- Gants et hygiène des mains ; exposition au sang : PEP dans les 72 heures.
- Bilan : réponse, hémorragie massive, voies aériennes, respiration (10 secondes au plus).
- Alerte : où, quoi, état, qui ; ne raccrochez pas le premier.

Quiz

1. Quelle est la première action en arrivant sur un accident ?
   A. Prendre une photo pour le rapport
   B. Toucher la victime pour la rassurer
   C. Donner à boire à la victime
   D. Vérifier que la scène est sûre pour soi, la victime et les témoins

2. Une victime qui ne répond pas fait des respirations rares et bruyantes (« gasps »). Elle :
   A. Doit être assise
   B. Dort profondément
   C. Ne respire pas normalement : il faut alerter et commencer la réanimation
   D. Respire normalement

3. Dans un message d'alerte, on donne d'abord :
   A. Son nom complet
   B. Le lieu précis de l'accident
   C. Le nom de l'organisation
   D. L'heure de départ de la mission

Corrigé du quiz : 1. B · 2. B · 3. B

Jour 2 : Urgences vitales : arrêt cardiaque, étouffement, hémorragies

Objectifs

- Réaliser une réanimation cardio-pulmonaire et utiliser un défibrillateur.
- Placer une victime en position latérale de sécurité et désobstruer les voies aériennes.
- Arrêter une hémorragie grave et reconnaître l'état de choc.

Arrêt cardiaque : la réanimation cardio-pulmonaire

Une victime qui ne répond pas et ne respire pas normalement est en **arrêt cardiaque**. Chaque minute sans massage réduit fortement ses chances de survie.

- Victime sur le dos, sur une surface dure. Mains l'une sur l'autre au **centre de la poitrine**.
- Compressions de **5 à 6 cm** de profondeur chez l'adulte, à un rythme de **100 à 120 par minute**, en laissant la poitrine remonter complètement.
- Si vous êtes formé et disposé à le faire : **30 compressions puis 2 insufflations**. Sinon, des compressions seules et continues sont déjà très utiles.
- Continuez jusqu'à l'arrivée des secours, la reprise d'une respiration normale ou l'épuisement ; relayez-vous toutes les deux minutes si vous êtes plusieurs.

Enfant : une ou deux mains, environ un tiers de l'épaisseur de la poitrine. **Nourrisson** : deux doigts, environ 4 cm. Chez l'enfant, l'arrêt est souvent d'origine respiratoire : les insufflations ont une place importante si vous êtes formé.

Le défibrillateur et la position latérale de sécurité

Le **défibrillateur automatisé externe (DAE)** analyse le rythme du cœur et délivre un choc si nécessaire. Allumez-le et suivez les instructions vocales ; collez les électrodes sur la poitrine nue et sèche ; personne ne touche la victime pendant l'analyse et le choc ; reprenez le massage dès que l'appareil le demande. Repérez à l'avance si votre bureau, l'aéroport ou l'hôpital voisin en possède un.

Une victime qui **ne répond pas mais respire normalement** est placée en **position latérale de sécurité** : sur le côté, tête basculée en arrière, bouche vers le sol pour que les vomissements s'écoulent. Vérifiez sa respiration régulièrement : si elle s'arrête, remettez-la sur le dos et commencez la réanimation.

Étouffement : désobstruer les voies aériennes

Un corps étranger (aliment, petit objet) peut bloquer les voies aériennes.

- **Obstruction partielle** : la personne tousse, parle, respire. Encouragez-la à tousser et ne faites rien d'autre.

- **Obstruction grave** : elle ne peut ni parler, ni tousser efficacement, ni respirer, et porte souvent les mains à la gorge. Donnez **5 claques dans le dos**, entre les omoplates, penchée en avant ; si sans effet, **5 compressions abdominales** (poing au creux de l'estomac, tirez vers vous et vers le haut). Alternez 5 et 5.
- **Nourrisson** : 5 claques dans le dos, à plat ventre sur votre avant-bras, tête plus basse, puis 5 compressions thoraciques avec deux doigts. Pas de compressions abdominales.
- Si la victime perd connaissance : alertez et commencez la réanimation.

Hémorragies graves et état de choc

Une hémorragie massive peut tuer en quelques minutes. Gants si possible, puis **compression directe** ferme sur la plaie, avec la main ou un pansement épais ; ne relâchez pas pour regarder. Ajoutez des compresses par-dessus si le sang traverse.

Si la compression directe ne suffit pas ou n'est pas possible sur un membre (amputation, plusieurs victimes, plaie inaccessible), posez un **garrot** : 5 à 7 cm au-dessus de la plaie, jamais sur une articulation, serré jusqu'à l'arrêt du saignement. **Notez l'heure** de pose et ne le desserrez jamais vous-même. Un garrot improvisé (bande large de tissu et bâton) est moins efficace qu'un garrot commercial : les véhicules de terrain devraient en avoir un.

L'**état de choc** (peau pâle, froide et moite, pouls rapide, agitation puis somnolence) suit souvent une hémorragie : allongez la victime, couvrez-la, rassurez-la, ne lui donnez ni à boire ni à manger et surveillez-la jusqu'à l'évacuation.

La chaîne de survie et la réanimation de qualité : ce qui fait réellement la différence

> Les gestes de réanimation, de désobstruction et de contrôle des hémorragies ne s'apprennent pas en lisant. Ce cours en ligne prépare et complète une formation pratique certifiée, avec entraînement sur mannequin et évaluation par un formateur ; il ne la remplace pas. Les recommandations évoluent : vérifiez que votre formation suit la version en vigueur des lignes directrices de la FICR et du Conseil européen de réanimation, ou le protocole national équivalent.

Les recommandations internationales décrivent la prise en charge de l'arrêt cardiaque comme une **chaîne de survie** : reconnaissance précoce et alerte, réanimation cardio-pulmonaire précoce par les témoins, défibrillation précoce, soins avancés, puis soins après la reprise d'une activité cardiaque. En contexte humanitaire, les deux derniers maillons sont souvent absents ou lointains. Cela ne rend pas la réanimation inutile, mais cela change sa place : le témoin et le défibrillateur portent presque toute la chance de survie, et il faut le dire honnêtement aux équipes.

Reconnaître l'arrêt cardiaque sans hésiter

Les recommandations de l'ERC et de la FICR retiennent deux critères simples pour un secouriste : la victime **ne répond pas** et elle **ne respire pas normalement**. La recherche du pouls n'est pas enseignée aux secouristes pour cette décision. Deux pièges sont fréquents :

- **Les gasps** : respirations agoniques lentes, profondes ou bruyantes, présentes dans les premières minutes chez de nombreuses victimes. Elles doivent être interprétées comme une absence de respiration normale.
- **Les mouvements convulsifs** au moment de l'arrêt : une brève crise de type convulsif peut accompagner l'arrêt. Une fois la crise terminée, on vérifie la respiration ; si elle n'est pas normale, on commence la réanimation.

Lorsqu'un service d'urgence est joignable, les recommandations insistent sur l'appel précoce, téléphone en haut-parleur, pour que l'opérateur guide le témoin. Dans un contexte sans service d'urgence, l'équivalent est l'alerte immédiate au point focal médical ou à la structure de référence, et l'envoi d'une personne chercher le défibrillateur s'il en existe un.

Les déterminants d'une réanimation efficace

Paramètre	Recommandation chez l'adulte	Erreur fréquente
Position des mains	Au centre de la poitrine, sur la moitié inférieure du sternum	Mains trop bas, sur l'estomac, ou décalées sur les côtes
Profondeur	5 à 6 cm	Compressions trop superficielles, surtout avec la fatigue
Fréquence	100 à 120 par minute	Rythme trop rapide sous l'effet du stress
Relâchement	Laisser la poitrine remonter complètement entre deux compressions	Rester appuyé sur la poitrine
Interruptions	Les réduire au minimum ; les deux insufflations ne doivent pas interrompre les compressions plus de quelques secondes	Pauses longues pour vérifier, discuter ou changer de place
Insufflations	Chacune dure environ une seconde, avec un soulèvement visible de la poitrine	Insufflations trop fortes ou trop longues qui gonflent l'estomac
Relais	Changer de sauveteur environ toutes les deux minutes	Un seul sauveteur qui s'épuise sans le dire
Surface	Victime sur une surface ferme	Massage sur un matelas mou

Les recommandations admettent que les témoins non formés, ou formés mais qui ne veulent pas ou ne peuvent pas faire d'insufflations, pratiquent des **compressions thoraciques seules** et continues. Pour les personnes formées, la séquence de 30 compressions et 2 insufflations reste la référence chez l'adulte. Un masque de poche à valve unidirectionnelle protège le sauveteur et devrait figurer dans chaque trousse.

L'enfant et le nourrisson

Chez l'enfant, l'arrêt est le plus souvent la conséquence d'une défaillance respiratoire (noyade, étouffement, infection respiratoire grave, déshydratation sévère). C'est pourquoi les

recommandations pédiatriques de l'ERC prévoient, pour les personnes formées à la réanimation pédiatrique, de commencer par **5 insufflations initiales**, puis d'alterner compressions et insufflations selon le rapport enseigné dans leur formation pédiatrique. Les recommandations précisent qu'un témoin formé uniquement à la réanimation de l'adulte doit appliquer ce qu'il connaît plutôt que de ne rien faire : une réanimation imparfaite vaut beaucoup mieux que l'absence de réanimation.

- Profondeur : au moins un tiers de l'épaisseur du thorax (environ 4 cm chez le nourrisson, environ 5 cm chez l'enfant).
- Technique : deux doigts ou deux pouces encerclants chez le nourrisson ; une ou deux mains chez l'enfant selon sa taille.
- Fréquence : 100 à 120 par minute, comme chez l'adulte.

Quand ne pas commencer, quand arrêter

Un secouriste ne commence pas de réanimation en présence de signes évidents de mort ancienne ou de lésions manifestement incompatibles avec la vie, ou lorsque la scène est dangereuse. Il arrête lorsqu'un professionnel prend le relais, lorsque la victime montre des signes de vie (mouvements, ouverture des yeux, respiration normale), lorsqu'il est épuisé ou lorsque la scène devient dangereuse. En contexte isolé, la question de la durée raisonnable d'une réanimation sans défibrillateur et sans renfort se pose ; la décision relève d'un avis médical, joint à distance si possible, et du protocole de l'organisation. Le secouriste ne doit pas porter seul cette décision.

Réanimation en équipe et défibrillation : rôles, minutage et situations particulières

Lorsque plusieurs personnes sont présentes, la qualité de la réanimation dépend davantage de l'organisation que de la technique individuelle. Les équipes humanitaires, souvent réunies sur un bureau, un site de distribution ou un camp de base, peuvent s'entraîner à une répartition simple des rôles.

La répartition des rôles

Rôle	Tâches	Qui
Coordinateur	Vérifie la scène, désigne les rôles, surveille la qualité (profondeur, rythme, relâchement), annonce les relais toutes les deux minutes, note les heures	Secouriste le plus expérimenté, qui ne masse pas lui-même tant que d'autres peuvent le faire
Sauveteur 1	Compressions thoraciques	Secouriste formé
Sauveteur 2	Insufflations au masque si formé ; prend le relais des compressions	Secouriste formé
Alerte	Appelle le service d'urgence ou le point focal médical, revient confirmer, guide les secours à l'entrée	Toute personne fiable
Défibrillateur	Va chercher le DAE et la trousse, revient en courant, allume l'appareil	Personne qui connaît l'emplacement
Gestion des témoins	Écarte la foule, préserve la dignité de la victime, informe les proches	Personne calme, idéalement parlant la langue locale

Utiliser le défibrillateur automatisé externe : séquence détaillée

1. Dès l'arrivée de l'appareil, **l'allumer** et suivre les instructions vocales. Les compressions continuent pendant ce temps.
2. **Dénuder la poitrine**. Sécher rapidement si elle est mouillée ; raser ou retirer rapidement les poils si l'appareil contient un rasoir et que les électrodes n'adhèrent pas ; retirer un patch médicamenteux visible à l'endroit où l'électrode doit être posée.
3. **Coller les électrodes** selon le schéma : en général l'une sous la clavicule droite, l'autre sur le côté gauche du thorax, sous l'aisselle. Éviter de les placer directement sur un boîtier implanté visible sous la peau (stimulateur cardiaque).
4. **Pendant l'analyse**, personne ne touche la victime. Le coordinateur annonce clairement l'écartement.
5. **Si un choc est indiqué**, vérifier que personne ne touche la victime, puis appuyer sur le bouton (ou laisser l'appareil le délivrer s'il est entièrement automatique). Reprendre immédiatement les compressions, sans attendre ni vérifier la respiration.
6. **Si aucun choc n'est indiqué**, reprendre immédiatement les compressions. L'absence de choc ne signifie pas que la victime va mieux.
7. Continuer en suivant les instructions de l'appareil, qui réanalyse à intervalles réguliers. **Ne pas retirer les électrodes**, même si la victime reprend une respiration normale.

Pour l'enfant, utiliser des électrodes pédiatriques ou le mode pédiatrique si l'appareil en dispose ; à défaut, les recommandations admettent l'utilisation d'électrodes adultes, placées de manière à ne pas se toucher (par exemple l'une devant, l'autre dans le dos).

Situations particulières

- **Noyade** : l'arrêt est d'origine respiratoire. Les recommandations prévoient, pour un sauveteur formé, de commencer par **5 insufflations** avant les compressions. Ne pas entrer

dans l'eau sans formation au sauvetage aquatique : tendre, lancer, ne pas plonger.

- **Grossesse avancée** : la réanimation se pratique de la même façon. Les recommandations spécialisées prévoient, lorsqu'un second sauveteur est disponible et que l'utérus est visiblement augmenté de volume, de le déplacer manuellement vers la gauche pour améliorer le retour du sang vers le cœur.
- **Traumatisme** : l'arrêt cardiaque traumatique a des causes spécifiques (hémorragie, obstruction des voies aériennes). Le secouriste contrôle d'abord une hémorragie massive, puis réanime.
- **Intoxication par les opioïdes** : dans les programmes qui les autorisent, des secouristes formés peuvent administrer de la naloxone. Ce geste ne remplace ni l'alerte ni la réanimation.
- **Électrisation** : couper le courant avant tout contact.
- **Épidémie de maladie à transmission respiratoire** : les recommandations publiées pendant la pandémie de COVID-19 ont conseillé aux témoins de privilégier les compressions seules et de couvrir la bouche et le nez de la victime d'un tissu. Suivre les consignes en vigueur au moment de l'épidémie.

Les signes d'alerte qui précèdent l'arrêt

Une partie des arrêts cardiaques est précédée de signes qui permettent d'agir plus tôt.

- **Douleur thoracique évocatrice d'une crise cardiaque** : douleur ou oppression au centre de la poitrine, pouvant irradier vers le bras, la mâchoire ou le dos, avec sueurs, nausées, essoufflement. Installer la personne au repos dans la position où elle se sent le mieux, alerter immédiatement, et, si le protocole de l'organisation et la formation le prévoient, en l'absence d'allergie ou de contre-indication connue, lui faire mâcher de l'aspirine chez l'adulte conscient, comme le permettent les recommandations européennes de premiers secours. Préparer le défibrillateur.
- **Accident vasculaire cérébral** : visage asymétrique, faiblesse d'un bras, trouble de la parole, d'apparition brutale. L'outil FAST (Face, Arm, Speech, Time) ou une échelle équivalente aide à le reconnaître. Noter l'heure de début des signes, alerter, ne rien donner par la bouche.

Étouffement et hémorragies : techniques détaillées et points de vigilance

Obstruction des voies aériennes par un corps étranger

Le principe des recommandations est de reconnaître la gravité, puis d'appliquer une séquence simple et répétée.

Situation	Adulte et enfant de plus d'un an	Nourrisson (moins d'un an)
Toux efficace, parole possible	Encourager à tousser, rester à côté, surveiller	Surveiller, laisser tousser
Toux inefficace, victime consciente	Jusqu'à 5 claques dans le dos, penché en avant ; puis jusqu'à 5 compressions abdominales ; alterner	Jusqu'à 5 claques dans le dos, tête plus basse que le corps ; puis jusqu'à 5 compressions thoraciques à deux doigts ; alterner
Perte de connaissance	Allonger au sol, alerter, commencer la réanimation	Alerter, commencer la réanimation pédiatrique

- Après chaque claque ou compression, vérifier si l'obstruction est levée : il n'est pas nécessaire d'aller au bout des cinq.
- Ne pas faire de balayage à l'aveugle avec le doigt dans la bouche ; retirer seulement un objet clairement visible et accessible.
- Chez une femme enceinte à un stade avancé ou une personne dont on ne peut pas encercler l'abdomen, de nombreux programmes enseignent des compressions thoraciques à la place des compressions abdominales : suivre le protocole de sa formation.
- Toute personne ayant reçu des compressions abdominales doit être examinée par un professionnel de santé, en raison du risque de lésion interne.

Hémorragies : la hiérarchie des gestes

Les lignes directrices de la FICR de 2020 et les recommandations de l'ERC de 2021 convergent sur une hiérarchie claire :

1. **Compression directe manuelle** ferme et continue sur la plaie, avec des gants si possible, à travers un pansement ou un tissu propre. C'est le premier geste pour la grande majorité des saignements.
2. **Pansement hémostatique** (pansement imprégné d'un agent favorisant la coagulation), lorsque le secouriste est formé et que le matériel est disponible, notamment pour les plaies sur lesquelles un garrot n'est pas possible.
3. **Garrot** pour une hémorragie menaçant la vie sur un membre, lorsque la compression ne suffit pas ou n'est pas réalisable. Un garrot commercial est préférable ; un garrot improvisé n'est recommandé qu'à défaut, par un secouriste formé à sa fabrication, car il échoue souvent.

Les recommandations récentes ne retiennent plus la surélévation du membre ni la compression à distance sur un « point de compression » comme gestes de contrôle des hémorragies, faute de preuve d'efficacité.

Le garrot : technique et pièges

- Le placer sur le membre, au-dessus de la plaie (entre la plaie et le cœur), à quelques centimètres de celle-ci, jamais sur une articulation. Si la plaie est difficile à localiser, de nombreux protocoles de traumatologie de guerre enseignent de le placer haut sur le membre.

- Serrer jusqu'à l'**arrêt du saignement**. Un garrot insuffisamment serré peut augmenter le saignement en bloquant le retour veineux sans bloquer l'arrivée artérielle.
- Si le saignement persiste malgré un garrot correctement serré, un second garrot peut être placé juste au-dessus du premier, selon la formation reçue.
- La pose est douloureuse : prévenir la victime, ne pas desserrer pour la soulager.
- **Noter l'heure** de pose de façon visible (sur le garrot, sur la peau, sur la fiche). Ne pas recouvrir le garrot de vêtements ou de couvertures qui le cacheraient à l'équipe médicale.
- Seule une équipe médicale décide du desserrage ou de la conversion vers une autre méthode.

Plaies de jonction et remplissage

Aux zones de jonction (aine, aisselle, base du cou), un garrot de membre est impossible. Le secouriste formé remplit la plaie avec des compresses ou un pansement hémostatique en les tassant au fond, puis comprime fermement et longtemps. Ce geste est enseigné dans les formations de traumatologie ; il est repris au jour 4.

L'état de choc : surveiller et prévenir l'aggravation

Le choc est une défaillance de la circulation. Le secouriste ne peut pas le traiter, mais peut éviter l'aggravation : arrêter le saignement, allonger la victime, la protéger du froid (couverture isolante dessous et dessus), la rassurer, ne rien lui donner à boire ni à manger, surveiller et faire évacuer. Les recommandations européennes admettent de surélever les jambes d'une victime en choc sans traumatisme, pour une durée limitée ; en cas de traumatisme, on la laisse à plat. Les signes à transmettre : pâleur, sueurs froides, pouls rapide et filant, respiration rapide, soif, agitation puis somnolence.

> L'ordre ne se discute pas : une hémorragie massive se traite avant tout le reste. Une victime qui saigne abondamment d'une cuisse peut mourir en quelques minutes ; ni l'alerte ni le bilan complet ne doivent retarder la compression ou le garrot, qui peuvent être confiés à un témoin guidé si le secouriste doit alerter.

Exemple complet : arrêt cardiaque dans l'enceinte d'un bureau de terrain

Contexte fictif : bureau de l'organisation « Solidarité Vallée Verte » à Kalo, 22 employés, situé à 15 minutes de l'hôpital régional, qui dispose d'un service d'urgence et d'une ambulance. Le bureau possède un défibrillateur, acheté l'année précédente à la suite d'un audit de sécurité, placé à l'accueil. Quatre employés sont certifiés en premiers secours. Le plan médical a été exercé trois mois plus tôt.

La chronologie minute par minute

Temps écoulé	Événement	Action et responsable
0 min 00	Pendant une réunion, M. T., comptable de 56 ans, s'effondre sur sa chaise puis glisse au sol.	Mme A., logisticienne certifiée, vérifie la scène (aucun danger), le stimule à la voix et aux épaules : aucune réponse.
0 min 15	Elle bascule la tête, élève le menton et regarde la respiration : deux mouvements lents et bruyants en dix secondes.	Elle reconnaît des gasps. Elle désigne nommément un collègue : « Karim, appelle l'hôpital, dis arrêt cardiaque au bureau, mets le haut-parleur et reviens » ; et une autre : « Lina, le défibrillateur à l'accueil, cours. »
0 min 30	Début des compressions par Mme A.	La victime est allongée au sol, sur le carrelage. Rythme compté à voix haute.
1 min 10	M. B., second secouriste certifié, arrive avec le masque de poche de la trousse.	Il se place à la tête. La séquence 30 compressions et 2 insufflations commence. Mme A. lui confie aussi le rôle de chronométreur.
1 min 40	Le défibrillateur arrive.	Lina l'allume. Les compressions continuent pendant que M. B. dénude et sèche la poitrine et colle les électrodes.
2 min 05	Analyse : choc recommandé.	Mme A. annonce l'écartement, vérifie visuellement, délivre le choc. Les compressions reprennent immédiatement.
2 min 10	Karim confirme que l'ambulance est partie, délai annoncé de 12 minutes.	Le coordinateur demande à Karim d'aller accueillir l'ambulance au portail et à une collègue de dégager le couloir.
4 min 05	Deuxième analyse : choc recommandé.	Relais aux compressions (M. B. masse, Mme A. passe à la tête). Choc délivré, reprise immédiate.
6 min 05	Troisième analyse : pas de choc recommandé.	Reprise des compressions.
6 min 40	La victime bouge un bras et respire de façon plus régulière.	Arrêt des compressions, vérification de la respiration : normale. Victime placée en position latérale de sécurité, électrodes laissées en place, défibrillateur allumé.
13 min 30	Arrivée de l'ambulance.	Transmission par Mme A. avec la feuille horodatée : heure de l'effondrement, début de la réanimation, nombre de chocs et heures, reprise de la respiration, traitement habituel signalé par un collègue.

Pourquoi ce résultat a été possible

- **Délai entre l'effondrement et les compressions** : 30 secondes, grâce à une reconnaissance immédiate des gasps.
- **Délai jusqu'au premier choc** : environ 2 minutes, parce que l'appareil était à moins d'une minute de course et que son emplacement était connu de tous.

- **Ordres nominatifs** : « Karim, appelle » est plus efficace que « que quelqu'un appelle ».
- **Interruptions limitées** : pose des électrodes pendant les compressions, reprise immédiate après le choc.
- **Traçabilité** : le chronométreur a noté les heures, ce qui a permis une transmission complète.

La même situation dans une base isolée

Si la même victime s'effondre dans une base située à quatre heures de l'hôpital le plus proche, sans défibrillateur, les chances de survie sont beaucoup plus faibles. La réanimation de qualité doit pourtant être débutée immédiatement, l'alerte donnée et un avis médical recherché. Cet écart illustre deux décisions de gestion : l'achat de défibrillateurs pour les bases où le personnel est nombreux ou exposé à un risque cardiovasculaire, et la prise en compte des antécédents médicaux lors des visites médicales avant affectation, dans le respect de la confidentialité.

Un second cas court : hémorragie à un point de distribution

Lors d'une distribution, une bousculade fait tomber un homme sur une tôle. Plaie profonde de la face interne de la cuisse, saignement abondant et continu. Le secouriste comprime immédiatement des deux mains avec un pansement épais, en pesant de tout son poids, puis demande le garrot de la trousse. La compression ne suffit pas : le sang traverse rapidement. Il pose le garrot commercial sur la cuisse au-dessus de la plaie, serre jusqu'à l'arrêt du saignement, note l'heure au marqueur sur le garrot et sur la fiche, allonge la victime, la couvre, et fait alerter le partenaire de santé du site, qui organise le transfert vers l'hôpital doté d'un bloc opératoire. La distribution est suspendue le temps de reprendre le contrôle de la foule.

Outils : composition des trousses, fiche de réanimation et contrôle du matériel

Les compositions ci-dessous sont indicatives. Elles doivent être validées par le référent médical de l'organisation, adaptées aux risques du contexte et au niveau de formation du personnel, et conformes à la réglementation du pays. Aucun médicament ne doit être ajouté à une trousse sans protocole et sans formation correspondante.

Trousse de véhicule et trousse de bureau

Catégorie	Contenu	Remarque
Protection	Gants non stériles de plusieurs tailles, masque de poche à valve, lunettes de protection, solution hydroalcoolique, sacs à déchets	Les gants sont le consommable le plus vite épuisé
Hémorragie	Garrot commercial (au moins un par véhicule, davantage en zone à risque), pansements compressifs d'urgence, compresses, pansement hémostatique si formation	Former à la pose sur soi-même et sur un collègue
Plaies et brûlures	Compresses stériles, bandes, sparadrap, film alimentaire ou pansement pour brûlure, eau propre en quantité	Le film alimentaire couvre une brûlure après refroidissement
Immobilisation	Écharpes triangulaires, attelles malléables, ciseaux à bout rond	Souvent oubliées dans les trousses de véhicule
Environnement	Couvertures isolantes, sels de réhydratation orale	Couverture utile même par temps chaud pour un blessé qui saigne
Documentation	Fiches de bilan et de surveillance, marqueur, crayon, fiche d'alerte et numéros d'urgence	Vérifier les numéros chaque mois
Équipement de bureau	Défibrillateur avec électrodes adultes et pédiatriques de rechange, brancard ou portoir souple	Vérifier l'indicateur de l'appareil et la date des électrodes et de la batterie

Fiche de contrôle mensuel

Point de contrôle	Conforme	Action
Scellé de la trousse intact ou inventaire complet		
Dates de péremption (pansements stériles, sels de réhydratation, électrodes)		
Garrot présent, emballé, accessible sans tout déballer		
Indicateur de bon fonctionnement du défibrillateur		
Numéros d'urgence testés		
Signature du contrôleur et date		

Fiche mémo de réanimation (à plastifier)

1. Scène sûre ?
2. Ne répond pas ? Appeler à l'aide.
3. Libérer les voies aériennes, regarder la respiration (10 secondes au plus).
4. Pas de respiration normale : faire alerter (haut-parleur) et faire chercher le défibrillateur, par des personnes désignées par leur nom.
5. Compressions : centre de la poitrine, 5 à 6 cm, 100 à 120 par minute, relâchement complet.

6. Si formé : 30 compressions, 2 insufflations. Sinon : compressions seules et continues.
7. Défibrillateur : allumer, suivre les instructions, personne ne touche pendant l'analyse et le choc, reprendre aussitôt.
8. Relais toutes les deux minutes ; noter les heures.

Fiche de traçabilité d'une réanimation

Information	Heure ou valeur
Heure de l'effondrement ou de la découverte	
Témoin de l'effondrement (oui ou non)	
Heure de début des compressions	
Heure d'arrivée et de mise en marche du défibrillateur	
Heures et nombre des chocs délivrés	
Insufflations réalisées (oui ou non)	
Heure de reprise d'une respiration normale, le cas échéant	
Heure d'arrivée des secours et nom de la personne qui a pris le relais	

Erreurs fréquentes, variations selon le contexte et attentes des évaluateurs

Erreurs fréquentes et parades

- **Hésiter à commencer** par peur de mal faire ou de faire mal. Les côtes peuvent se fracturer pendant une réanimation efficace ; ce n'est pas une raison d'arrêter. Une victime en arrêt cardiaque ne peut pas être aggravée par une réanimation : sans elle, elle meurt.
- **Compressions trop superficielles**, surtout après la première minute. Les relais réguliers et le contrôle du coordinateur sont la parade.
- **Arrêter les compressions pour vérifier** régulièrement la respiration ou le pouls : seuls le défibrillateur ou des signes de vie évidents justifient l'arrêt.
- **Retarder le choc** pour terminer un cycle ou pour vérifier : suivre l'appareil.
- **Défibrillateur inutilisable** : batterie vide, électrodes périmées, appareil enfermé à clé dans un bureau. Contrôle mensuel et emplacement accessible en permanence.
- **Garrot trop lâche, mal placé, ou desserré** par le secouriste « pour soulager » ; garrot caché sous une couverture sans heure notée.
- **Compression directe relâchée** pour regarder si le saignement s'est arrêté : on maintient sans relâcher.
- **Donner à boire** à une victime en choc ou qui devra être opérée.
- **Balayage à l'aveugle** de la bouche lors d'un étouffement.

Variations selon le contexte

Crise soudaine : nombre de victimes élevé, défibrillateurs rares, priorité au contrôle des hémorragies et aux voies aériennes. Un arrêt cardiaque traumatique dans un contexte d'afflux de victimes relève du triage (jour 4) : les ressources sont orientées vers les victimes qui peuvent être sauvées.

Crise prolongée : les compétences s'érodent. Les recommandations sur l'éducation insistent sur des recyclages fréquents et courts ; une séance pratique de quelques dizaines de minutes sur mannequin plusieurs fois par an maintient mieux les gestes qu'une longue formation rarement renouvelée.

Camp et site de distribution : prévoir un poste de premiers secours visible, un secouriste dédié qui ne participe pas à la distribution, et un circuit d'évacuation vers la clinique du site. Former des volontaires communautaires.

Milieu urbain : des défibrillateurs publics peuvent exister ; les identifier et les inscrire dans le plan.

Insécurité : la réanimation d'une victime dans une zone exposée aux tirs n'est pas réalisable ; la priorité est de se mettre à couvert, puis de contrôler les hémorragies. Les formations de premiers secours en zone de conflit, comme celles du CICR, distinguent clairement ce qui peut être fait sous la menace et ce qui ne peut l'être qu'en zone sûre.

Partenaires à faible capacité : prévoir dans le budget les mannequins de formation, les garrots d'entraînement, les trousses et les recyclages. Un garrot commercial coûte peu au regard d'une vie ; son absence dans un véhicule exposé est difficile à justifier lors d'une enquête après incident.

Ce que regardent les évaluateurs

- Taux de personnel de terrain certifié et à jour, par base et par partenaire.
- Présence de garrots commerciaux dans les véhicules exposés et de défibrillateurs dans les bureaux et bases où cela se justifie.
- Exercices de réanimation réalisés et chronométrés.
- Rapports d'incident décrivant les gestes, les délais et les leçons tirées.
- Conformité des formations avec les recommandations en vigueur (FICR 2020, ERC 2021 ou protocole national).

Questions d'entretien et références clés

1. « Comment reconnaissez-vous un arrêt cardiaque, et que faites-vous dans la première minute ? »

Une bonne réponse cite les deux critères (ne répond pas, ne respire pas normalement), le piège des gasps, l'alerte précoce et l'envoi d'une personne nommée chercher le défibrillateur, puis le début immédiat de compressions de qualité. Elle mentionne la possibilité des compressions seules et la séquence 30/2 pour les personnes formées.

2. « Pourquoi installer un défibrillateur dans une base, et comment s'assurer qu'il servira ? »

Le candidat explique que la défibrillation précoce est le facteur le plus déterminant de la survie dans certains arrêts cardiaques, puis parle d'emplacement accessible et connu, de formation du personnel, de contrôle régulier de l'appareil, des électrodes et de la batterie, et d'exercices.

3. « Un collègue saigne abondamment de la jambe après un accident. Décrivez vos gestes. »

Il commence par la sécurité et les gants si possible, puis compression directe ferme, garrot si la compression ne suffit pas ou n'est pas possible, heure notée, garrot laissé visible et non desserré, lutte contre le froid, alerte et évacuation vers une structure chirurgicale. Il mentionne l'abandon de la surélévation et des points de compression.

4. « Un enfant s'étouffe pendant une activité dans un espace ami des enfants. Que doit savoir faire l'équipe ? »

Il distingue la toux efficace de l'obstruction grave, décrit l'alternance claques dans le dos et compressions abdominales chez l'enfant de plus d'un an, et claques et compressions thoraciques chez le nourrisson, la conduite en cas de perte de connaissance, et la consultation médicale après des compressions abdominales. Il ajoute la formation de l'équipe et la présence d'une personne formée à chaque activité.

5. « Comment maintenez-vous les compétences de réanimation dans une équipe qui tourne beaucoup ? »

Il cite les recyclages courts et fréquents, l'entraînement sur mannequin, les exercices chronométrés, le suivi des certifications, la formation intégrée à l'accueil des nouveaux arrivants et la diffusion de fiches mémo.

Références clés

- *Lignes directrices internationales de premiers secours, de réanimation et d'éducation* (2020) : FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021) : chapitres sur la réanimation de base de l'adulte, la réanimation pédiatrique, les circonstances particulières et les premiers secours.
- Consensus scientifiques annuels de l'ILCOR sur la réanimation et les premiers secours.
- *Premiers secours en cas de conflit armé et d'autres situations de violence* : CICR.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* : OMS et CICR.
- *Le Manuel Sphère* (2018), standards de santé relatifs aux soins des traumatismes et aux urgences.

> Rappel : ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée. La réanimation, la désobstruction et la pose d'un garrot exigent un entraînement pratique encadré et des recyclages réguliers.

Exercice d'application : la trousse du véhicule

Vérifiez la trousse de secours d'un véhicule ou d'un bureau de votre organisation. Contient-elle des gants, des pansements compressifs, un garrot, une couverture de survie, des sachets de sels de réhydratation orale, des ciseaux, un masque de poche pour les insufflations et la liste des numéros d'urgence ? Dressez la liste de ce qui manque et des dates de péremption, et transmettez-la au logisticien.

À retenir

- Ne répond pas et ne respire pas normalement : alerter, DAE, massage cardiaque.
- Compressions de 5 à 6 cm, 100 à 120 par minute ; 30/2 si formé, sinon compressions seules.
- Respire mais ne répond pas : position latérale de sécurité et surveillance.
- Étouffement grave : 5 claques dans le dos, 5 compressions abdominales, en alternance.
- Hémorragie : compression directe ; garrot si elle ne suffit pas, heure notée.

Quiz

1. Le bon rythme des compressions thoraciques chez l'adulte est :
   A. Une toutes les 5 secondes
   B. 60 par minute
   C. 100 à 120 par minute
   D. 200 par minute

2. Une personne s'étouffe mais tousse fortement et parle. Vous :
   A. L'encouragez à tousser et restez près d'elle
   B. Faites des compressions abdominales
   C. Donnez 5 claques dans le dos
   D. Lui donnez à boire

3. Après la pose d'un garrot, il faut :
   A. Le cacher sous un vêtement
   B. Noter l'heure de pose et ne pas le desserrer
   C. Le retirer dès que le saignement s'arrête
   D. Le desserrer toutes les 10 minutes

Corrigé du quiz : 1. B · 2. C · 3. B

Jour 3 : Traumatismes, environnement et premiers secours psychologiques

Objectifs

- Prendre en charge brûlures, plaies, fractures et traumatismes de la tête.
- Reconnaître et traiter le coup de chaleur, l'hypothermie, la déshydratation et les morsures.
- Apporter les premiers secours psychologiques.

Brûlures, plaies et fractures

Brûlure : refroidissez immédiatement à l'eau propre et fraîche, pendant **au moins 20 minutes** ; retirez bagues et vêtements non collés ; couvrez avec un film plastique ou un pansement propre non adhérent. Jamais de beurre, d'huile, de dentifrice ni de glace ; ne percez pas les cloques. Brûlure étendue, du visage, des mains, des organes génitaux, ou chez un enfant : avis médical.

Plaie simple : lavez à l'eau propre et au savon, couvrez d'un pansement propre ; vérifiez la vaccination antitétanique. **Corps étranger planté** : ne le retirez pas, maintenez-le avec des pansements autour.

Fracture ou entorse : ne cherchez pas à remettre l'os en place ; immobilisez dans la position trouvée (attelle improvisée, écharpe), surveillez la couleur et la sensibilité des doigts ou des orteils. Fracture ouverte : couvrez la plaie d'un pansement propre.

Tête et colonne : après une chute ou un accident de la route, limitez les mouvements de la tête et du cou d'une victime consciente. Perte de connaissance, vomissements répétés, confusion ou somnolence après un choc à la tête : évacuation médicale.

Chaleur, froid et déshydratation

Coup de chaleur (température très élevée, confusion, peau chaude, parfois convulsions) : urgence vitale. Refroidissez immédiatement, de préférence par immersion dans l'eau froide jusqu'au cou si c'est possible ; sinon, mouillez largement et ventilez, à l'ombre. **Épuisement par la chaleur** (fatigue, crampes, sueurs) : repos à l'ombre et solution de réhydratation.

Hypothermie : mettez la personne à l'abri, retirez les vêtements mouillés, isolez du sol, couvrez (couverture de survie), réchauffez progressivement et manipulez avec douceur.

Diarrhée et déshydratation : donnez des **sels de réhydratation orale** (SRO) par petites gorgées fréquentes ; chez le nourrisson, poursuivez l'allaitement. Signes de danger qui imposent une consultation : enfant léthargique ou incapable de boire, yeux enfoncés, sang dans les selles, diarrhée aqueuse abondante (penser au choléra).

Morsures, piqûres, convulsions et malaises

- **Morsure de serpent** : calmez et allongez la victime, immobilisez le membre, retirez bagues et bracelets, et transportez vers une structure qui dispose d'antivenin. Pas de garrot, pas d'incision, pas d'aspiration, pas de glace.
- **Morsure d'animal** (chien, singe, chauve-souris) : lavez la plaie 15 minutes à l'eau et au savon, puis consultez rapidement pour la prévention de la rage.
- **Convulsions** : protégez des objets autour, ne mettez rien dans la bouche, ne retenez pas les mouvements ; notez la durée ; ensuite, position latérale de sécurité. Alertez si la crise dure plus de 5 minutes ou se répète.
- **Hypoglycémie** chez une personne diabétique consciente et capable d'avaler : sucre, jus ou boisson sucrée.
- **Réaction allergique grave** (gonflement du visage, difficulté à respirer) : aidez la personne à utiliser son auto-injecteur d'adrénaline si elle en a un, et alertez.

Les premiers secours psychologiques

Après un événement violent, la plupart des personnes ont des réactions normales (peur, pleurs, sidération, colère). Les **premiers secours psychologiques** (OMS, 2011) offrent un soutien humain et pratique, sans forcer à raconter.

- **Observer** : la sécurité, les besoins urgents, les personnes en détresse grave.
- **Écouter** : se présenter, proposer de l'aide, écouter sans juger, aider la personne à se calmer.
- **Mettre en lien** : avec les besoins essentiels (eau, abri, nouvelles des proches), l'information et les services (santé, santé mentale, protection).

Évitez de promettre ce que vous ne pouvez pas tenir, de forcer quelqu'un à parler ou de donner votre interprétation. Pensez aussi à vous : après une intervention difficile, parlez-en avec un collègue ou le soutien psychologique de l'organisation.

Traumatismes : brûlures, plaies, tête, colonne et membres en détail

> Ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée de premiers secours. Les techniques d'immobilisation, de pansement et de mobilisation d'un blessé exigent un apprentissage pratique, encadré par un formateur qualifié, et un entretien régulier.

Brûlures thermiques : la méthode complète

1. **Arrêter le processus** : éloigner de la source ; si les vêtements brûlent, faire rouler la personne au sol ou étouffer les flammes avec une couverture.
2. **Refroidir** immédiatement avec de l'eau propre, fraîche, de préférence courante, pendant **au moins 20 minutes**, comme le recommandent les lignes directrices de la FICR et de l'ERC. Le refroidissement reste utile s'il est commencé avec un peu de retard. Pas de glace ni d'eau glacée.

3. **Retirer** bagues, montres, bracelets et vêtements non collés pendant le refroidissement, avant l'apparition du gonflement.
4. **Protéger contre l'hypothermie** : chez l'enfant et lorsque la brûlure est étendue, refroidir la zone brûlée tout en gardant le reste du corps au chaud. C'est un point de vigilance important dans les sites de déplacés, où l'eau peut être froide et les abris mal isolés.
5. **Couvrir** sans serrer avec un film alimentaire posé en bandes, ou un pansement propre non adhérent. Ne pas percer les cloques, ne rien appliquer d'autre (pas de pâte, d'huile, de beurre, de dentifrice, ni de remède traditionnel).
6. **Évaluer la gravité** pour décider de l'orientation.

Pour estimer l'étendue, une règle simple consiste à considérer que la paume de la main de la victime, doigts compris, représente environ 1 % de la surface de son corps. Les brûlures doivent être vues par un professionnel lorsqu'elles sont étendues, profondes (peau blanche, cartonnée ou noircie, peu douloureuse), qu'elles touchent le visage, les mains, les pieds, les articulations, le périnée ou les organes génitaux, qu'elles font tout le tour d'un membre, qu'elles concernent un jeune enfant ou une personne âgée, ou lorsqu'il existe un risque d'atteinte des voies aériennes (brûlure dans un espace clos, suie autour de la bouche ou du nez, voix rauque, toux).

Brûlures chimiques et électriques

- **Produit chimique** : se protéger (gants, lunettes), retirer les vêtements contaminés, brosser une poudre sèche avant de rincer, puis rincer abondamment et longuement à l'eau. Identifier le produit (étiquette, fiche) et le transmettre.
- **Œil atteint par un produit chimique** : rinçage immédiat, abondant et prolongé à l'eau propre, paupières maintenues ouvertes, en dirigeant l'eau de façon à ne pas contaminer l'autre œil ; orientation médicale urgente.
- **Électricité** : couper le courant avant tout contact. La brûlure visible peut être petite alors que les lésions internes et le risque de trouble du rythme cardiaque sont importants : toute victime d'une électrisation doit être évaluée médicalement. Préparer la réanimation.

Plaies : nettoyer, couvrir, orienter

Les lignes directrices recommandent de nettoyer les plaies superficielles avec de l'eau propre en quantité, courante si possible. Couvrir ensuite d'un pansement propre. L'orientation vers un soignant s'impose pour une plaie profonde, large, souillée de terre, une plaie par morsure, une plaie de la main ou du visage, ou une plaie chez une personne dont la vaccination contre le tétanos n'est pas à jour ou inconnue. Un objet planté n'est pas retiré : il est stabilisé avec des pansements disposés autour.

Traumatisme de la tête

Après un choc à la tête, le secouriste recherche des **signes d'alerte** imposant une évaluation médicale urgente : perte de connaissance même brève, confusion, somnolence croissante, vomissements répétés, maux de tête qui s'aggravent, convulsions, faiblesse ou engourdissement d'un membre, trouble de la parole ou de la vision, écoulement de sang ou de liquide clair par le nez ou les oreilles, comportement inhabituel. Les recommandations européennes déconseillent qu'un secouriste utilise seul une échelle simplifiée pour décider

qu'une commotion est bénigne : en cas de doute, l'avis d'un professionnel est nécessaire. La victime ne doit pas rester seule ni conduire dans les heures qui suivent.

Suspicion d'atteinte de la colonne vertébrale

Les lignes directrices actuelles **ne recommandent pas** la pose d'un collier cervical par un secouriste, en raison des effets indésirables possibles et de l'absence de bénéfice démontré. Chez une victime consciente, on lui demande de ne pas bouger et on limite les mouvements de la tête et du cou ; si nécessaire, on maintient manuellement la tête dans la position trouvée. Chez une victime inconsciente qui respire, la protection des voies aériennes prime : si elle doit être placée sur le côté, on le fait en limitant au maximum les mouvements de l'axe tête-cou-tronc, à plusieurs si possible.

Membres : fractures, entorses, luxations

- Ne pas chercher à réaligner un membre déformé ; immobiliser dans la position trouvée ou la moins douloureuse, en prenant les articulations au-dessus et au-dessous.
- Vérifier avant et après l'immobilisation la couleur, la chaleur et la sensibilité des extrémités.
- Fracture ouverte : couvrir la plaie d'un pansement propre, contrôler un éventuel saignement, ne pas remettre l'os en place.
- Entorse et contusion fermée : le froid (glace enveloppée dans un linge ou poche de froid) peut soulager, par périodes limitées et sans contact direct avec la peau.
- Douleur importante de la cuisse ou du bassin après un traumatisme violent : risque d'hémorragie interne ; surveiller les signes de choc et faire évacuer.

Environnement et urgences médicales : chaleur, froid, déshydratation, morsures, intoxications

Les maladies liées à la chaleur

Forme	Signes	Conduite à tenir
Crampes de chaleur	Douleurs musculaires pendant ou après l'effort, à la chaleur	Repos à l'ombre, étirements doux, boisson contenant des électrolytes (solution de réhydratation)
Épuisement par la chaleur	Fatigue, faiblesse, sueurs abondantes, nausées, maux de tête, vertiges, conscience normale	Repos à l'ombre ou au frais, allonger, refroidir (mouiller, ventiler), faire boire une solution de réhydratation ou une boisson contenant des électrolytes ; si pas d'amélioration rapide, avis médical
Coup de chaleur	Troubles du comportement, confusion, convulsions, perte de connaissance ; peau chaude, sèche ou en sueur ; température très élevée	Urgence vitale. Refroidissement immédiat et actif, de préférence par immersion du corps jusqu'au cou dans l'eau froide ; à défaut, toute méthode de refroidissement disponible (arroser d'eau, ventiler, linges mouillés). Alerter. Ne pas donner à boire si la conscience est altérée.

Les recommandations de l'ERC et de la FICR insistent sur la précocité du refroidissement : il doit commencer sur place, avant le transport, et ne pas attendre une mesure de température. La décision de l'arrêter relève du protocole et, si possible, d'un avis médical.

En prévention, les organisations peuvent utiliser l'indice de température au thermomètre-globe mouillé (WBGT) pour adapter le travail physique, prévoir des horaires frais pour les distributions, de l'ombre, de l'eau et des pauses, et prêter une attention particulière aux personnes âgées, aux jeunes enfants, aux femmes enceintes, aux personnes malades et aux travailleurs qui portent des équipements lourds.

Le froid

Hypothermie : frissons, peau froide, gestes maladroits, puis confusion, somnolence et disparition des frissons dans les formes graves. Mettre à l'abri du vent et de l'humidité, retirer les vêtements mouillés, isoler du sol, couvrir y compris la tête, manipuler avec douceur (les mouvements brusques peuvent déclencher un trouble du rythme cardiaque), donner une boisson chaude et sucrée uniquement si la personne est consciente et avale normalement. **Gelure** : ne pas frotter, ne pas réchauffer si un nouveau gel est possible avant l'arrivée en lieu sûr ; protéger et orienter.

Diarrhée et déshydratation

Les sels de réhydratation orale (SRO) à osmolarité réduite recommandés par l'OMS et l'UNICEF se préparent strictement selon les instructions du sachet, avec de l'eau potable ou traitée, et la solution se conserve une durée limitée. Une solution trop concentrée est dangereuse, en particulier pour le nourrisson. Chez l'enfant, la PCIME recommande de poursuivre l'allaitement et l'alimentation ; le traitement par le zinc relève d'un soignant.

Signes de déshydratation sévère selon la PCIME, qui imposent une prise en charge en structure de santé : léthargie ou inconscience, incapacité à boire ou boit très mal, yeux enfoncés, pli cutané qui s'efface très lentement. Une diarrhée aqueuse abondante, d'apparition brutale, surtout chez l'adulte et en contexte épidémique, doit faire évoquer le choléra et déclencher l'alerte au système de surveillance sanitaire.

Morsures et piqûres

- **Serpent** : selon les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des morsures de serpent, rassurer, allonger et immobiliser le membre et si possible toute la personne, retirer bagues et vêtements serrés, et transporter sans délai vers une structure disposant de sérum antivenimeux et capable de surveiller. Pas de garrot, pas d'incision, pas d'aspiration, pas de glace, pas de produit appliqué sur la plaie, pas de remède traditionnel. Certains protocoles régionaux prévoient un bandage de compression-immobilisation pour certaines espèces : il ne s'applique que si le protocole local le prévoit et si le secouriste y a été formé. Noter l'heure de la morsure et l'évolution des signes (gonflement, saignement, paupières tombantes, difficulté à avaler ou à respirer).
- **Animal susceptible de transmettre la rage** (chien, chat, singe, chauve-souris) : l'OMS recommande un lavage immédiat et abondant de la plaie à l'eau et au savon pendant une quinzaine de minutes, puis une consultation rapide pour la prophylaxie post-exposition antirabique, qui est une urgence médicale. Vérifier la vaccination antitétanique.

- **Scorpion** : rassurer, immobiliser, appliquer du froid sur le point de piqûre, orienter rapidement, en particulier les jeunes enfants, plus exposés aux formes graves.
- **Réaction allergique grave (anaphylaxie)** : difficulté respiratoire, gonflement du visage ou de la gorge, malaise, éruption. Aider la personne à utiliser son auto-injecteur d'adrénaline (face externe de la cuisse), alerter ; les recommandations européennes prévoient une seconde dose après 5 minutes si les signes persistent et qu'un second injecteur est disponible. Position assise si la gêne respiratoire domine, allongée si la personne se sent mal.

Autres urgences médicales

- **Hypoglycémie** chez une personne diabétique consciente et capable d'avaler : les recommandations européennes préconisent 15 à 20 grammes de glucose (comprimés), ou à défaut un autre sucre rapide (boisson sucrée, sucre), puis une réévaluation après une quinzaine de minutes ; si la personne ne s'améliore pas ou perd connaissance, alerter et ne rien donner par la bouche.
- **Convulsions** : protéger, ne rien mettre dans la bouche, ne pas contenir les mouvements, chronométrer ; alerter si la crise dure plus de 5 minutes, se répète, survient chez une femme enceinte, une personne blessée ou une personne sans antécédent connu ; ensuite, position latérale de sécurité et surveillance.
- **Intoxication** (pesticide, produit ménager, médicament, carburant) : se protéger, éloigner de la source, retirer les vêtements contaminés, ne pas faire vomir, identifier le produit et la quantité, contacter le centre antipoison s'il existe ou la structure de santé. Les intoxications par pesticides organophosphorés sont fréquentes en milieu rural : la contamination des secouristes par la peau ou les vomissements est un risque réel.

Les premiers secours psychologiques appliqués : méthode, communication et limites

Les premiers secours psychologiques (PSP) décrits dans le guide de l'OMS, de la War Trauma Foundation et de World Vision International (2011), et repris par le Centre de référence pour le soutien psychosocial de la FICR, ne sont ni une thérapie ni un débriefing. Ils constituent une réponse humaine, de soutien et pratique, apportée à une personne qui souffre et qui peut avoir besoin d'aide, dans le respect de sa dignité, de sa culture et de ses capacités. Ils s'inscrivent dans le premier niveau de la pyramide d'intervention des Directives du Comité permanent interorganisations (IASC) concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2007).

La méthode pas à pas

1. **Se préparer** : s'informer sur l'événement, les services disponibles (santé, protection, recherche de familles, distribution), les questions de sécurité et les normes culturelles (qui peut parler à qui, comment aborder une femme, un aîné, un enfant).
2. **Observer** : la sécurité de la zone ; les besoins essentiels urgents ; les personnes en détresse aiguë (agitation extrême, sidération totale, incapacité à prendre soin de soi ou de ses enfants, propos suicidaires) ; les personnes à risque particulier (enfants non accompagnés, personnes âgées isolées, personnes handicapées, survivantes de violences).

3. **Écouter** : se présenter (nom, organisation), demander si l'on peut aider, trouver un endroit calme et sûr, demander de quoi la personne a besoin et ce qui l'inquiète, écouter sans forcer à raconter, aider à retrouver le calme (respiration lente, repères concrets sur le lieu et l'heure, présence).
4. **Mettre en lien** : avec les besoins essentiels et les services, avec l'information fiable (ce que l'on sait, ce que l'on ne sait pas, quand on en saura plus), avec les proches et le soutien social. Accompagner physiquement vers un service lorsque c'est nécessaire, plutôt que de seulement indiquer une direction.
5. **Clôturer** : dire ce qui va se passer ensuite, s'assurer que la personne n'est pas laissée seule si elle est vulnérable, ne pas promettre de revenir si ce n'est pas certain.

Ce qu'il faut dire et ne pas dire

À faire	À éviter
Être honnête et digne de confiance	Promettre ce que l'on ne peut pas tenir
Respecter le droit de la personne à prendre ses propres décisions	Décider à sa place, faire pression
Parler calmement, avec des phrases simples, dans sa langue si possible	Utiliser un jargon technique, parler trop vite
Reconnaître ses pertes et sa détresse (« ce que vous vivez est très difficile »)	Minimiser (« ce n'est rien », « il y a pire »), donner des explications religieuses ou personnelles
Laisser des silences, écouter	Forcer à raconter, poser des questions détaillées sur l'événement
Préserver la confidentialité	Raconter l'histoire de la personne à d'autres, la photographier
Orienter vers un professionnel lorsque c'est nécessaire	Jouer au thérapeute, poser un diagnostic

Ce que les PSP ne sont pas : le débriefing psychologique

Les recommandations de l'OMS sur la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress (programme mhGAP) déconseillent le **débriefing psychologique** en séance unique, qui consiste à faire raconter en détail l'événement et les émotions associées peu après celui-ci, car il n'a pas montré de bénéfice et pourrait être nuisible pour certaines personnes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les PSP ne demandent jamais de raconter l'événement.

Les enfants

Les réactions des enfants dépendent de leur âge : régression (énurésie, collage aux parents), troubles du sommeil, jeu répétitif sur l'événement, irritabilité. Les priorités sont de les garder avec leurs parents ou les personnes qui s'en occupent habituellement, de signaler immédiatement un enfant non accompagné ou séparé aux acteurs de protection de l'enfance, de lui parler à sa hauteur avec des mots simples, et de soutenir les parents, qui sont le premier

facteur de protection de l'enfant. Ne jamais photographier ni consigner l'identité d'un enfant en dehors des procédures de protection prévues.

Quand orienter immédiatement

Une orientation vers un service spécialisé, en urgence si nécessaire, s'impose lorsque la personne est blessée ou malade, présente une détresse telle qu'elle ne peut pas prendre soin d'elle-même ou de ses enfants, exprime des idées de se faire du mal ou de faire du mal à autrui, ou est survivante de violences sexuelles (orientation vers les services de prise en charge médicale et psychosociale dans les délais médicaux, selon le choix de la personne et le circuit de référencement établi).

Exemple complet : une journée de distribution sous forte chaleur

Contexte fictif : site de déplacés de Bassa-Nord, 9 400 personnes, saison chaude. L'ONG « Terres Communes » organise une distribution de kits d'abri et d'articles ménagers pour 1 150 ménages sur deux jours. La température prévue dépasse 40 °C l'après-midi. Le poste de santé du site, géré par un partenaire, est ouvert de 8 h à 16 h, avec un infirmier et deux aides-soignants ; l'hôpital de district est à 50 minutes. L'équipe de distribution compte 14 personnes, dont 3 secouristes certifiés ; un poste de premiers secours est installé sous une tente, avec une secouriste dédiée qui ne participe pas à la distribution.

Préparation : décisions prises la veille

- Distribution de 6 h 30 à 11 h 30, puis reprise à 15 h 30, sur la base de l'indice de chaleur et de l'avis du partenaire de santé.
- Files d'attente sous des bâches tendues ; points d'eau tous les 50 mètres ; file prioritaire pour les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes handicapées et les personnes malades.
- Poste de premiers secours équipé : eau en quantité, SRO, bassines et seaux pour refroidir, couvertures, trousse complète, fiches de bilan, radio.
- Circuit d'orientation convenu avec l'infirmier du poste de santé, et véhicule désigné pour un transfert vers l'hôpital.

Registre des prises en charge de la journée

Heure	Personne	Problème	Gestes	Orientation
8 h 10	Femme, environ 70 ans	Vertiges, sueurs, nausées, conscience normale	Repos allongée à l'ombre, linges mouillés, SRO par petites gorgées	Amélioration en 30 minutes ; sa part remise par la file prioritaire, raccompagnée par un voisin
9 h 25	Homme, porteur de kits, environ 30 ans	Crampes des mollets	Repos, étirements doux, boisson avec électrolytes	Reprise d'une tâche légère après une heure, rotation des porteurs instaurée
10 h 40	Femme, environ 25 ans, enceinte	Malaise sans perte de connaissance dans la file	Installée sur le côté gauche, à l'ombre, eau, surveillance	Orientée vers le poste de santé pour examen, accompagnée
11 h 05	Homme, environ 45 ans, volontaire de la distribution	Propos incohérents, titube, peau brûlante, puis brève convulsion	Alerte radio ; installation immédiate dans une bassine improvisée (bâche relevée par les bords et remplie d'eau), tête soutenue hors de l'eau par un secouriste, arrosage continu, ventilation ; position latérale de sécurité après la convulsion	Infirmier sur place en 6 minutes ; refroidissement poursuivi ; transfert vers l'hôpital après amélioration de la conscience, avec refroidissement pendant le trajet
11 h 20	Garçon d'environ 8 ans, accompagné de sa mère	Brûlure de l'avant-bras par une marmite renversée près de l'aire de cuisine	Refroidissement à l'eau propre pendant 20 minutes, en gardant l'enfant couvert, bracelet retiré, film alimentaire posé en bandes	Brûlure d'environ deux paumes, avec cloques : orientation vers le poste de santé, mère présente et informée
11 h 30	Homme, environ 35 ans	Morsure de chien au mollet	Lavage à l'eau et au savon pendant environ 15 minutes, pansement propre	Orienté vers le poste de santé pour l'évaluation de la prophylaxie antirabique et du tétanos ; information transmise au point focal santé du site

L'analyse du cas le plus grave

Le volontaire victime d'un coup de chaleur avait refusé une pause à 10 h, pour terminer une rangée. Ce qui l'a protégé : la reconnaissance rapide des troubles du comportement comme un signe de gravité (et non de fatigue ou de consommation d'alcool), le refroidissement immédiat sur place sans attendre le transport, et la préparation du matériel (eau, bâche, bassines). Ce

qui a manqué : une règle de pauses obligatoires pour le personnel et les volontaires, et un suivi de leur consommation d'eau.

Décisions pour le second jour

- Pauses obligatoires de 15 minutes à l'ombre toutes les heures pour les porteurs et les volontaires ; binômes chargés de se surveiller mutuellement.
- Arrêt de la distribution dès 10 h 30 et reprise à 16 h.
- Déplacement de l'aire de cuisine du personnel à l'écart des files d'attente.
- Brève séance d'information des volontaires sur les signes du coup de chaleur.
- Rapport d'incident pour le volontaire, transmis selon la procédure ; suivi de son état par le responsable des volontaires.

Le volet psychologique

La mère de l'enfant brûlé était très agitée et se reprochait l'accident. La secouriste s'est présentée, l'a fait asseoir près de son fils pendant le refroidissement, lui a expliqué chaque geste, a reconnu sa peur sans la juger, et l'a accompagnée jusqu'au poste de santé en lui indiquant où elle pourrait recevoir son kit plus tard. C'est une application directe des PSP : observer, écouter, mettre en lien, sans débriefing ni interrogatoire.

Outils, erreurs fréquentes et variations selon le contexte

Outil 1 : arbre de décision brûlure

Question	Si oui
Brûlure par flamme, liquide, objet chaud ?	Refroidir au moins 20 minutes, retirer bijoux, couvrir de film alimentaire
Produit chimique ?	Se protéger, brosser la poudre, rincer abondamment et longtemps, identifier le produit
Électricité ?	Couper le courant, évaluation médicale systématique, se préparer à réanimer
Visage, mains, pieds, périnée, articulations, brûlure circulaire ?	Orientation médicale
Étendue de plus d'une ou deux paumes, brûlure profonde, enfant ou personne âgée ?	Orientation médicale
Signes respiratoires (suie, voix rauque, toux, espace clos) ?	Urgence : alerter, surveiller la respiration

Outil 2 : liste de prévention des maladies liées à la chaleur pour une activité

- Prévision météorologique consultée et horaires adaptés.
- Ombre pour les files d'attente et les équipes.
- Eau potable accessible pour tous, SRO au poste de premiers secours.
- File prioritaire pour les personnes vulnérables.

- Pauses obligatoires et rotation pour les travaux physiques.
- Matériel de refroidissement prêt (eau en quantité, récipient, bâche).
- Secouriste dédié et circuit d'orientation connu.

Outil 3 : fiche PSP de poche

- **Observer** : sécurité, besoins urgents, détresse grave, personnes à risque.
- **Écouter** : me présenter, proposer mon aide, demander les besoins, écouter sans forcer, aider à retrouver le calme.
- **Mettre en lien** : besoins essentiels, information fiable, proches, services ; accompagner si nécessaire.
- **Orienter en urgence** : blessure, incapacité à prendre soin de soi, idées de se faire du mal, violences sexuelles, enfant non accompagné.
- **Prendre soin de moi** : pause, échange avec un collègue, soutien de l'organisation.

Erreurs fréquentes

- Refroidir une brûlure quelques secondes seulement, ou avec de la glace ; appliquer des remèdes traditionnels ou du dentifrice.
- Refroidir la brûlure d'un enfant sans le garder au chaud, au risque de provoquer une hypothermie.
- Prendre un coup de chaleur pour de la fatigue ou de l'ivresse et retarder le refroidissement jusqu'à l'hôpital.
- Préparer des SRO avec une quantité d'eau différente de celle indiquée sur le sachet.
- Poser un garrot ou inciser après une morsure de serpent ; perdre du temps à chercher à capturer ou tuer le serpent.
- Négliger une morsure de chien parce que la plaie est petite.
- Poser un collier cervical improvisé ou laisser une victime de traumatisme crânien seule.
- Demander à une personne choquée de raconter « pour se libérer ».

Variations selon le contexte

Crise soudaine : afflux de blessés légers et moyens (plaies, fractures, brûlures), eau propre rare, structures débordées. Les secouristes communautaires prennent en charge les blessures simples et orientent les cas graves. Les PSP sont une priorité dans les premiers jours.

Crise prolongée : les maladies liées à l'environnement (diarrhées, chaleur, froid dans les abris) et les brûlures domestiques dans des abris surpeuplés dominent. La prévention (aménagement des espaces de cuisine, isolation des abris, accès à l'eau) relève des secteurs abris, EHA et santé, et les secouristes peuvent signaler les risques observés.

Camp : forte densité, foyers ouverts, risque d'incendie ; plan d'évacuation incendie et premiers secours aux brûlés à préparer avec le gestionnaire du site.

Milieu urbain : intoxications par monoxyde de carbone (chauffage ou générateur dans un espace clos), électrisations, chutes. Aérer et sortir les victimes d'un espace clos seulement sans s'exposer soi-même.

Gestion à distance et partenaires : les PSP sont accessibles à des non-spécialistes formés et constituent une compétence prioritaire pour les équipes de partenaires locaux et les volontaires, à condition que des circuits d'orientation existent vers des services spécialisés.

Insécurité : les personnes peuvent être exposées à des violences répétées ; ne pas créer d'attentes de retour si l'accès n'est pas garanti ; protéger strictement les informations recueillies.

Ce que regardent les évaluateurs

- Intégration des risques de santé liés à l'environnement dans la planification des activités (chaleur, froid, eau).
- Formation aux PSP du personnel en contact avec les populations et existence d'un circuit d'orientation fonctionnel.
- Registre des prises en charge sur les sites d'activité et suivi des orientations.
- Prise en compte du bien-être du personnel et des volontaires (pauses, eau, soutien après incident).

Questions d'entretien et références clés

1. « Comment organisez-vous une distribution par forte chaleur pour réduire les risques sanitaires ? »

Une réponse solide parle d'horaires, d'ombre, d'eau, de files prioritaires, de pauses obligatoires pour le personnel et les volontaires, d'un poste de premiers secours avec un secouriste dédié et du matériel de refroidissement, d'un circuit d'orientation convenu avec le partenaire de santé, et de la capacité à suspendre l'activité.

2. « Quelle est la différence entre l'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur, et pourquoi est-elle importante ? »

Le candidat cite l'altération de la conscience ou du comportement comme signe du coup de chaleur, explique qu'il s'agit d'une urgence vitale imposant un refroidissement actif immédiat sur place, de préférence par immersion dans l'eau froide, et que l'épuisement se traite par le repos, le refroidissement et la réhydratation.

3. « Un collègue est mordu par un serpent sur le terrain, à trois heures de l'hôpital. Que faites-vous ? »

Il décrit la mise au repos, l'immobilisation, le retrait des bijoux, l'interdiction du garrot, de l'incision, de l'aspiration et de la glace, l'alerte, le choix d'une structure disposant d'antivenin, la surveillance des signes de gravité, et mentionne la préparation en amont (cartographie des structures disposant d'antivenin dans le plan médical).

4. « Qu'est-ce que les premiers secours psychologiques, et en quoi diffèrent-ils d'un débriefing ? »

Il présente les principes observer, écouter, mettre en lien, l'absence de pression pour raconter, le caractère pratique et humain de l'aide, et explique que l'OMS déconseille le débriefing psychologique en séance unique. Il cite les situations qui imposent une orientation spécialisée.

5. « Comment formeriez-vous des volontaires communautaires aux premiers secours dans un camp ? »

Il mentionne un partenariat avec la Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, un contenu adapté aux risques fréquents du camp (brûlures, diarrhées, chaleur, plaies), une formation pratique certifiée, du matériel, un circuit d'orientation vers les structures de santé, des recyclages et une supervision.

Références clés

- *Lignes directrices internationales de premiers secours, de réanimation et d'éducation* (2020) : FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), chapitre « First Aid » : Conseil européen de réanimation.
- *Les premiers secours psychologiques : guide pour les acteurs de terrain* (2011) : OMS, War Trauma Foundation et World Vision International.
- *A Guide to Psychological First Aid* : Centre de référence pour le soutien psychosocial de la FICR.
- *Directives du IASC concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (2007) : Comité permanent interorganisations.
- Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des affections spécifiquement liées au stress (programme mhGAP, 2013).
- Lignes directrices de l'OMS pour la prise en charge des morsures de serpent, et position de l'OMS sur les vaccins antirabiques.
- Stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) : OMS et UNICEF.
- *Le Manuel Sphère* (2018), chapitres Santé et Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène.

> Rappel : ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée de premiers secours ni une formation spécifique aux premiers secours psychologiques. Les deux s'apprennent en situation, avec un formateur.

Exercice d'application : trois situations à décider

Pour chacune de ces situations, écrivez les trois premiers gestes et la personne à prévenir : (1) un enfant s'est renversé de l'eau bouillante sur le bras dans un site de déplacés ; (2) un chauffeur est confus et brûlant après une crevaison réparée en plein soleil ; (3) une femme est mordue par un serpent au bord d'un champ, à deux heures de l'hôpital.

À retenir

- Brûlure : eau fraîche au moins 20 minutes, puis pansement propre ; rien d'autre.
- Fracture : immobiliser sans réaligner ; choc à la tête avec signes d'alerte : évacuer.
- Coup de chaleur : refroidir immédiatement ; diarrhée : SRO et signes de danger.
- Serpent : immobiliser et évacuer ; pas de garrot, pas d'incision.
- Premiers secours psychologiques : observer, écouter, mettre en lien, sans forcer à parler.

Quiz

1. Une brûlure se refroidit avec de l'eau fraîche pendant :
   A. 30 secondes
   B. On ne refroidit pas une brûlure
   C. Jusqu'à l'apparition de cloques
   D. Au moins 20 minutes

2. Face à une morsure de serpent, il faut :
   A. Mettre de la glace
   B. Inciser et aspirer le venin
   C. Immobiliser le membre, calmer la victime et l'évacuer vers une structure avec antivenin
   D. Poser un garrot serré

3. Les trois actions des premiers secours psychologiques sont :
   A. Interroger, diagnostiquer, traiter
   B. Raconter, revivre, oublier
   C. Observer, écouter, mettre en lien
   D. Isoler, calmer, renvoyer

Corrigé du quiz : 1. B · 2. C · 3. A

Jour 4 : Afflux de victimes, triage et blessures de guerre

Objectifs

- Organiser les secours lors d'un afflux de victimes.
- Appliquer le triage START et prioriser les gestes.
- Prendre en charge les blessures de guerre et prendre soin de l'équipe après l'événement.

Afflux massif de victimes : organiser avant de soigner

Quand le nombre de blessés dépasse les moyens présents, l'objectif change : il s'agit de **faire le plus grand bien au plus grand nombre**. Le chef d'équipe ne soigne pas : il **organise**. Il vérifie la sécurité (seconde explosion, tirs, effondrement), alerte, désigne une zone de regroupement sûre, répartit les secouristes et tient un registre des victimes.

Les organisations qui travaillent en zone de conflit préparent un **plan d'afflux de victimes** avec les structures de santé locales : rôles, trousses supplémentaires (garrots, pansements compressifs, couvertures), moyens de transport, contacts du Croissant-Rouge ou de la Croix-Rouge et du CICR.

Le triage START

Le triage START classe chaque victime en moins d'une minute :

- **Vert** : la victime marche. On la regroupe dans une zone sûre ; elle sera revue.
- **Noir** : elle ne respire pas, même après ouverture des voies aériennes.
- **Rouge** (urgence absolue) : elle respire plus de 30 fois par minute, ou son pouls radial est absent (ou la recoloration de l'ongle dépasse 2 secondes), ou elle n'obéit pas à des ordres simples.
- **Jaune** : toutes les autres victimes qui ne marchent pas.

Pendant le triage, on ne fait que deux gestes : **arrêter une hémorragie massive** (garrot) et **placer en position latérale de sécurité** une victime inconsciente qui respire. Le triage se répète, car l'état des victimes évolue.

Blessures de guerre en attendant l'évacuation

En traumatologie de guerre, on traite d'abord les **hémorragies massives**, avant même les voies aériennes : garrot sur les membres, compression ferme et remplissage de la plaie avec des compresses pour les plaies de jonction (aine, aisselle, cou). Ensuite viennent les voies aériennes, la respiration, la circulation et la lutte contre l'**hypothermie** (couverture de survie, même par temps chaud, car un blessé qui saigne se refroidit vite).

Une **plaie du thorax** qui fait des bulles est laissée à l'air ou couverte d'un pansement non occlusif. Une plaie de l'abdomen avec des organes sortis est couverte d'un linge propre humide, sans rien remettre en place. On ne retire jamais un objet planté. On ne donne rien à boire à un blessé qui devra être opéré.

Après l'événement : l'équipe et les témoins

Les intervenants sont exposés à des scènes traumatisantes. Dans les jours qui suivent, proposez un **temps d'échange volontaire** centré sur les besoins pratiques, sans obliger personne à raconter. Allégez la charge, surveillez les signes qui persistent au-delà de quelques semaines (troubles du sommeil, évitement, irritabilité) et orientez vers un soutien psychologique professionnel.

Faites aussi un **retour d'expérience** opérationnel : ce qui a fonctionné, le matériel manquant, les contacts à mettre à jour. Réapprovisionnez immédiatement les trousses utilisées.

Préparer un plan d'afflux de victimes : organisation, zones et rôles

> Ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée de premiers secours, ni les formations spécialisées aux premiers secours en situation de conflit ou d'afflux massif de victimes proposées par le CICR, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ou les autorités sanitaires. Le triage et les gestes de traumatologie s'apprennent par la pratique et les exercices de simulation.

Un afflux de victimes se définit moins par un nombre que par un rapport : il y a afflux lorsque le nombre et la gravité des blessés dépassent la capacité immédiate des personnes et des moyens présents. Pour une équipe de quatre secouristes sur un marché, cinq blessés graves suffisent. Le guide de l'OMS sur les systèmes de gestion des afflux massifs de victimes rappelle que la réponse est d'abord une affaire d'organisation préalable : ce qui n'a pas été préparé et exercé ne fonctionnera pas le jour de l'événement.

Les principes qui changent par rapport à une victime isolée

- **Le plus grand bien pour le plus grand nombre** : les ressources vont en priorité aux victimes qui peuvent être sauvées par des gestes simples et rapides.
- **Organiser avant de soigner** : la première personne formée qui arrive prend la coordination, évalue et organise, plutôt que de s'arrêter sur la première victime.
- **Gestes limités pendant le tri** : contrôle des hémorragies massives et ouverture ou protection des voies aériennes, puis on passe à la victime suivante.
- **Triage répété** : l'état des victimes évolue ; chaque victime est réévaluée régulièrement et à chaque étape (zone de soins, évacuation, arrivée à l'hôpital).
- **Non-discrimination** : la priorité est fixée par la seule urgence médicale, conformément au droit international humanitaire, qui protège les blessés et les malades sans distinction défavorable.

Les zones

Zone	Fonction	Points d'attention
Zone de danger	Lieu de l'événement	Accès seulement après évaluation de la sécurité (seconde explosion, tirs, effondrement, incendie, engins non explosés) ; personnel réduit au minimum
Point de regroupement des victimes	Victimes extraites de la zone de danger, triage	À distance de sécurité, à l'abri, accessible aux véhicules
Zone de soins	Victimes regroupées par catégorie (rouge, jaune, vert)	Un responsable par catégorie ; la zone verte à l'écart pour éviter qu'elle n'envahisse les autres
Point d'évacuation	Embarquement vers les structures de santé	Registre de chaque départ : qui, vers où, par quel véhicule, à quelle heure
Zone des défunts	Corps des personnes décédées	À l'écart, dans la dignité, sans les manipuler inutilement ; information des autorités compétentes

Les rôles

- **Coordinateur** : ne soigne pas. Il évalue la sécurité avec le point focal sécurité, alerte la base et les structures de santé, désigne les zones et les rôles, suit le nombre de victimes par catégorie, demande des renforts et des moyens de transport, décide de l'arrêt des opérations si la sécurité se dégrade.
- **Trieur** : parcourt les victimes, applique la méthode de triage, réalise les seuls gestes autorisés pendant le tri, marque chaque victime (bracelet, étiquette ou marquage de couleur).
- **Secouristes de zone** : prennent en charge les victimes de leur catégorie, surveillent, réévaluent, signalent toute dégradation.
- **Responsable des transports** : organise les évacuations selon les priorités et la capacité des structures, tient le registre.
- **Communication et logistique** : liaison radio, réapprovisionnement des trousses, eau, éclairage, gestion des témoins et des familles.

Ce que le plan écrit doit contenir

1. Seuils de déclenchement et chaîne d'alerte interne.
2. Règle de sécurité : qui décide qu'une intervention est possible, et sur quels critères.
3. Liste des structures de santé avec leur capacité chirurgicale réelle et leur capacité à recevoir plusieurs blessés à la fois, et contacts de garde vérifiés.
4. Coordination avec le cluster santé, le CICR, la Société nationale et les autorités sanitaires ; connaissance des équipes médicales d'urgence déployées, le cas échéant, selon la classification de l'initiative de l'OMS pour les équipes médicales d'urgence.
5. Stocks prépositionnés : garrots, pansements compressifs et hémostatiques, couvertures isolantes, gants, étiquettes ou rubans de couleur, brancards souples, lampes frontales,

registres.

6. Moyens de transport mobilisables et accords avec d'autres organisations.
7. Procédure de soutien du personnel après l'événement.
8. Calendrier d'exercices.

Le triage en pratique : START, retriage et autres méthodes

Le triage START (Simple Triage and Rapid Treatment), présenté dans les sections précédentes, est l'une des méthodes de tri de terrain les plus enseignées. D'autres existent, comme SALT ou des outils de tri simplifiés utilisés par certains services. Aucune méthode n'est parfaite : les études montrent des taux de sur-triage et de sous-triage non négligeables. L'essentiel est que toute l'équipe utilise **la même méthode**, celle de sa formation et du système de santé local, et qu'elle l'ait exercée.

START : la séquence détaillée

Étape	Question	Résultat
1	La victime peut-elle marcher ?	Oui : vert. On lui demande de se rendre au point de regroupement désigné.
2	Respire-t-elle ?	Non : ouvrir les voies aériennes. Si la respiration ne reprend pas : noir. Si elle reprend : rouge, et position qui protège les voies aériennes.
3	Fréquence respiratoire supérieure à 30 par minute ?	Oui : rouge.
4	Pouls radial absent, ou recoloration capillaire supérieure à 2 secondes ?	Oui : rouge. Contrôler une hémorragie massive.
5	Obéit-elle à des ordres simples (« serrez ma main ») ?	Non : rouge. Oui : jaune.

La recoloration capillaire est peu fiable dans le froid ou la pénombre : la recherche du pouls radial est alors préférable. Le trieur ne passe que peu de temps par victime ; il ne fait pas de bilan complet.

Le triage des enfants

Les seuils de START sont conçus pour l'adulte : chez l'enfant, la fréquence respiratoire normale est plus élevée et l'arrêt respiratoire est plus souvent réversible par quelques insufflations. Des adaptations pédiatriques existent (par exemple JumpSTART, qui prévoit des insufflations chez l'enfant qui ne respire pas mais a un pouls). Elles relèvent d'une formation spécifique. À défaut, le principe est de ne pas classer trop vite un enfant en noir.

Le retriage

Le premier tri est rapide et approximatif. Il est suivi d'un second tri, plus complet, dans la zone de soins, puis d'un tri pour l'évacuation, qui tient compte du nombre de places dans les

véhicules, de la capacité des structures et du délai de transport. Une victime jaune qui devient confuse, dont la respiration s'accélère ou qui pâlit passe en rouge ; une victime rouge stabilisée peut attendre pour laisser partir une victime plus grave. Les catégories inscrites sur les étiquettes sont mises à jour, avec l'heure.

Le tri à l'hôpital

Le tri de terrain n'est pas le tri chirurgical. Dans les hôpitaux qui reçoivent des blessés de guerre, le CICR enseigne un tri fondé sur le besoin et l'urgence de la chirurgie, qui distingue notamment les blessés nécessitant une intervention immédiate, ceux dont la chirurgie peut attendre, les blessés légers et ceux dont les blessures sont si graves qu'ils ne peuvent pas être sauvés avec les ressources disponibles. Le secouriste n'a pas à appliquer ce tri, mais sa transmission (gestes réalisés, heures des garrots, évolution) facilite ce travail.

Documenter

Chaque victime triée reçoit un marquage visible (étiquette de triage, ruban de couleur ou inscription au marqueur sur le front ou le bras) indiquant la catégorie, l'heure et les gestes réalisés, en particulier l'heure de pose d'un garrot. Le coordinateur tient un registre avec un numéro par victime, la catégorie, la destination et l'heure de départ. Ce registre permet de répondre aux familles, d'éviter les doublons et de rendre compte aux autorités et au cluster santé.

> Le triage est éprouvant moralement : classer une victime en noir, c'est accepter de ne pas s'arrêter auprès d'elle. Ce choix, fondé sur une méthode partagée, permet de sauver d'autres vies. Il doit être préparé en formation et reconnu dans le soutien apporté au personnel après l'événement.

Blessures de guerre et d'explosion : prise en charge détaillée jusqu'à l'évacuation

Les blessures par balle, éclats et explosion ont des caractéristiques propres : énergie élevée, lésions internes plus étendues que la plaie visible, contamination, et souvent plusieurs plaies chez une même victime. Le manuel du CICR *Premiers secours en cas de conflit armé et d'autres situations de violence* et l'approche des soins d'urgence de base de l'OMS et du CICR structurent la prise en charge selon une séquence qui commence par l'hémorragie massive.

Se protéger d'abord

Sous le feu ou dans une zone exposée, le seul geste raisonnable est souvent de se mettre à couvert et, si cela peut être fait sans s'exposer davantage, d'amener la victime à couvert. Un garrot peut être posé rapidement sur un membre qui saigne abondamment avant le déplacement. Tout autre soin attend une zone sûre. Les organisations humanitaires ne demandent jamais à leur personnel de s'exposer aux tirs pour porter secours ; leur politique de sécurité doit le dire explicitement.

La séquence en zone sûre

Priorité	Problème	Gestes du secouriste
1	Hémorragie massive	Garrot sur un membre ; compression directe ; remplissage et compression des plaies de jonction (aine, aisselle, base du cou) avec compresses ou pansement hémostatique si formé
2	Voies aériennes	Libérer ; placer sur le côté une victime inconsciente qui respire ; laisser une victime consciente avec un traumatisme du visage adopter la position qui lui permet de respirer (souvent assise, penchée en avant)
3	Respiration	Rechercher des plaies du thorax, y compris dans le dos et sous les aisselles ; laisser une plaie soufflante à l'air ou la couvrir d'un pansement non occlusif ; surveiller l'aggravation de la gêne respiratoire
4	Circulation	Rechercher les autres saignements, comprimer ; reconnaître les signes de choc ; allonger
5	Hypothermie et autres lésions	Isoler du sol, couvrir, même par temps chaud ; couvrir les plaies ; immobiliser les fractures ; rechercher les plaies de sortie

Points techniques essentiels

- **Plaie thoracique ouverte** : les lignes directrices de la FICR et de l'ERC recommandent de ne pas appliquer de pansement occlusif par un secouriste, car il peut favoriser une accumulation d'air sous pression dans le thorax. On laisse la plaie à l'air ou on la couvre d'un pansement non occlusif, et l'on contrôle un saignement par une compression locale si nécessaire. Toute aggravation de la respiration est signalée immédiatement.
- **Plaie abdominale avec issue d'organes** : ne rien remettre en place ; couvrir d'un linge propre humidifié ; allonger la victime, genoux légèrement fléchis si cela la soulage ; rien par la bouche.
- **Amputation traumatique** : garrot au-dessus de la lésion. Le fragment amputé, s'il est retrouvé sans retarder les soins, est enveloppé dans un linge propre, placé dans un sac, et tenu au frais sans contact direct avec la glace. En contexte de guerre, la réimplantation est exceptionnelle : le temps et l'énergie vont à la victime.
- **Objet planté** : ne pas le retirer ; le stabiliser.
- **Brûlures associées** : refroidir selon la règle habituelle, sans provoquer d'hypothermie chez un blessé qui saigne.
- **Victime coincée sous des décombres** : la libération d'un membre comprimé longtemps peut entraîner une dégradation brutale. Lorsque c'est possible, un avis médical est recherché avant ou pendant la libération, et la victime est surveillée de près ensuite. La sécurité de la structure prime : pas de dégagement sans évaluation.
- **Boisson** : rien à boire pour un blessé grave qui devra probablement être opéré, sauf instruction médicale en cas d'évacuation très prolongée.

Les blessures par explosion

On distingue classiquement quatre mécanismes : l'onde de choc (lésions des organes contenant de l'air : poumons, oreilles, intestins), les projectiles et éclats, la projection de la

victime contre des obstacles, et les autres effets (brûlures, inhalation de fumées, écrasement, aggravation de maladies existantes). Deux conséquences pratiques pour le secouriste : une victime qui semble peu atteinte peut développer secondairement une détresse respiratoire, et une surdité temporaire rend la communication difficile. Toute personne proche d'une explosion doit être revue, même si elle marche.

Transmettre et évacuer

Le secouriste transmet pour chaque victime : catégorie et heure du tri, mécanisme, lésions repérées, gestes réalisés et heures (en particulier les garrots), évolution. Les garrots restent visibles. Pendant le transport, la surveillance continue et la lutte contre l'hypothermie se poursuivent. En contexte de conflit, le respect de l'emblème, des règles de passage aux points de contrôle et la neutralité de l'équipe conditionnent souvent la possibilité même d'évacuer.

Exemple complet : explosion sur le marché de Doran

Contexte fictif : ville de Doran, zone de conflit de basse intensité. L'ONG « Main Tendue » y gère un programme de protection et de santé communautaire. À 9 h 50, un engin explose sur le marché. L'équipe de l'ONG, six personnes dont trois secouristes certifiés (Mme N., chef d'équipe, M. R., M. S.) et un chauffeur, se trouve à 300 mètres, avec deux véhicules et deux trousses traumatologiques contenant chacune quatre garrots commerciaux. L'hôpital de Doran dispose de deux blocs opératoires ; le délai annoncé des secours de la Société nationale est de 25 minutes.

Les dix premières minutes

- **9 h 50 à 9 h 55** : Mme N. met l'équipe à l'abri derrière un bâtiment et contacte le point focal sécurité. Décision conjointe : attendre quelques minutes, observer, ne pas s'approcher du cratère, utiliser un accès opposé à celui de l'explosion. Alerte de la base, qui prévient l'hôpital et la Société nationale.
- **9 h 56** : le point focal sécurité autorise une intervention limitée en périphérie, avec retrait immédiat à toute alerte. Mme N. prend la coordination et ne soigne pas. Point de regroupement fixé dans la cour d'une école à 80 mètres, à l'abri, accessible aux véhicules.
- **9 h 58** : M. R. annonce en langue locale, à voix forte : « Si vous pouvez marcher, venez à l'école. » Onze personnes s'y rendent : catégorie verte, prises en charge par deux membres non secouristes de l'équipe, qui comptent, installent et observent.
- **10 h 00 à 10 h 08** : M. R. et M. S. trient les victimes restées au sol.

Le registre de triage

N°	Victime	Constat	Geste pendant le tri	Catégorie
1	Homme, environ 40 ans	Jambe droite arrachée sous le genou, saignement massif, répond	Garrot à 10 h 01, heure notée	Rouge
2	Femme, environ 30 ans	Ne respire pas, ne respire pas après ouverture des voies aériennes	Aucun	Noir
3	Homme, environ 60 ans	Respire 34 par minute, plaie thoracique, obéit	Plaie laissée non occluse	Rouge
4	Adolescent	Ne marche pas (fracture de jambe probable), respire 22, pouls radial perçu, obéit	Aucun	Jaune
5	Femme, environ 50 ans	Inconsciente, respire	Placée sur le côté	Rouge
6	Homme, environ 25 ans	Plaie de l'avant-bras qui saigne abondamment, ne marche pas (choc, sidération), pouls radial absent	Garrot à 10 h 04	Rouge
7	Femme, environ 35 ans	Plaies multiples des jambes par éclats, respire 24, pouls perçu, obéit	Aucun	Jaune
8	Homme, environ 70 ans	Respire 20, pouls perçu, ne répond pas aux ordres simples (désorienté, surdité ?)	Aucun	Rouge (à réévaluer : la surdité peut fausser le critère)

Bilan à 10 h 08 : 19 victimes, dont 5 rouges, 2 jaunes, 11 vertes et 1 noire. Cinq garrots disponibles restent après la pose de deux.

Les décisions de la coordinatrice

- **10 h 09** : message radio à la base : « 19 victimes : 5 rouges, 2 jaunes, 11 vertes, 1 décédée. Deux garrots posés à 10 h 01 et 10 h 04. Besoin de 3 véhicules pour transport allongé. Hôpital à prévenir : 5 blessés graves, dont deux amputations ou plaies de membre avec garrot et une plaie thoracique. »
- **10 h 12** : retriage. La victime 8, revue avec des gestes, serre la main sur demande : elle passe en jaune. La victime 3 respire plus vite et devient agitée : priorité d'évacuation.
- **10 h 15** : premier véhicule de l'ONG vers l'hôpital avec les victimes 3 et 1, accompagnées par M. S. ; registre d'évacuation rempli. Le second véhicule reste disponible pour l'équipe en cas de repli.

- **10 h 22** : arrivée de deux ambulances de la Société nationale. Transmission par Mme N. : nombre par catégorie, garrots et heures, victimes prioritaires (5 et 6), localisation de la victime décédée. Les secouristes de la Société nationale prennent la direction des soins ; l'équipe de l'ONG reste en appui pour la zone verte.
- **10 h 40** : une rumeur de second engin circule. Le point focal sécurité ordonne le retrait de l'équipe. Mme N. vérifie que chaque membre est présent et informe les secouristes de la Société nationale avant de partir.

Le registre d'évacuation

N°	Catégorie au départ	Véhicule	Heure de départ	Destination	Accompagnant
3	Rouge	Véhicule ONG 1	10 h 15	Hôpital de Doran	M. S.
1	Rouge (garrot 10 h 01)	Véhicule ONG 1	10 h 15	Hôpital de Doran	M. S.
5	Rouge	Ambulance SN 1	10 h 26	Hôpital de Doran	Société nationale
6	Rouge (garrot 10 h 04)	Ambulance SN 1	10 h 26	Hôpital de Doran	Société nationale
4, 7, 8	Jaune	Ambulance SN 2	10 h 35	Hôpital de Doran	Société nationale

Ce que montre cet exemple

- La décision de sécurité a précédé toute intervention et l'a encadrée jusqu'au retrait.
- La coordinatrice n'a soigné personne : c'est ce qui a permis le tri complet en moins de dix minutes, l'alerte chiffrée et le retriage.
- Le critère « obéit aux ordres » peut être faussé par une surdité liée à l'explosion ; le retriage a corrigé un sur-triage.
- Les heures de garrot ont été transmises à deux reprises (radio et transmission orale), et figuraient sur les garrots.
- Le passage de relais à la Société nationale a été explicite et l'équipe a su se retirer.

Après l'événement : soutien du personnel, retour d'expérience et outils

Le soutien du personnel : une méthode en trois temps

Les intervenants d'un afflux de victimes sont exposés à des scènes graves, à des décisions de triage difficiles et parfois à un danger personnel. Les Directives du IASC sur la santé mentale et le soutien psychosocial, les recommandations de l'OMS et les lignes directrices de la Fondation Antares sur la gestion du stress des travailleurs humanitaires convergent vers une approche graduée, sans débriefing psychologique imposé.

Moment	Actions	Responsable
Le jour même	Vérifier que chacun est en sécurité et indemne ; besoins pratiques (repos, repas, contact avec la famille) ; premiers secours psychologiques ; information claire sur ce qui va se passer ; prise en charge immédiate de toute exposition au sang	Chef d'équipe, chef de base
Les jours suivants	Temps d'échange volontaire centré sur les besoins et le soutien mutuel, sans obligation de raconter ; allègement de la charge ; information sur les réactions habituelles et sur l'accès au soutien psychologique confidentiel	Chef de base, référent ressources humaines ou bien-être
Les semaines suivantes	Suivi individuel discret ; orientation vers un professionnel si des difficultés persistent ou s'aggravent (troubles du sommeil, reviviscences, évitement, irritabilité, consommation d'alcool, difficultés au travail)	Ressources humaines, prestataire de soutien psychologique

Ce soutien concerne tout le personnel, y compris le personnel national, les chauffeurs, les gardiens et les volontaires, souvent plus exposés et moins souvent suivis. La CHS (engagement 8) et le devoir de diligence l'exigent.

Le retour d'expérience opérationnel

Distinct du soutien psychologique, le retour d'expérience porte sur l'organisation et le matériel. Il se tient dans les jours qui suivent, avec un animateur qui n'a pas dirigé l'intervention si possible.

1. Que devait-il se passer selon le plan ?
2. Que s'est-il réellement passé (chronologie factuelle, à partir des registres) ?
3. Pourquoi y a-t-il eu des écarts ?
4. Que garder, que changer, qui s'en charge, pour quand ?

Les conclusions alimentent la mise à jour du plan, le réapprovisionnement (garrots, pansements, étiquettes), les besoins de formation, et le rapport d'incident transmis au siège et, selon les accords, au bailleur.

Outil 1 : registre de triage et d'évacuation

N°	Sexe, âge estimé	Catégorie et heure	Gestes et heures	Retriage	Évacuation (véhicule, heure, destination)

Outil 2 : liste de contrôle de la trousse d'afflux de victimes

- Garrots commerciaux en nombre adapté au risque, et garrots d'entraînement séparés.
- Pansements compressifs d'urgence, compresses, pansements hémostatiques si le personnel est formé.
- Gants en grande quantité, protection oculaire.
- Couvertures isolantes.

- Étiquettes de triage ou rubans de quatre couleurs, marqueurs indélébiles.
- Brancards souples, lampes frontales, chasubles d'identification pour le coordinateur et le trieur.
- Registres de triage et d'évacuation, fiche mémo START.

Erreurs fréquentes

- Intervenir avant l'évaluation de la sécurité, et exposer l'équipe à une seconde explosion.
- Le coordinateur qui se met à soigner la première victime et perd la vue d'ensemble.
- Rester longtemps auprès d'une victime pendant le tri, ou tenter une réanimation prolongée au détriment des autres.
- Ne pas retrier, ou évacuer selon l'ordre d'arrivée et non selon la priorité.
- Envoyer tous les blessés vers la même structure sans prévenir, alors qu'une autre a de la capacité.
- Garrots sans heure, cachés sous les couvertures.
- Laisser la zone verte envahir la zone rouge.
- Imposer un débriefing collectif où chacun doit raconter l'événement.

Variations selon le contexte

Crise soudaine (séisme, effondrement) : victimes coincées, poussière, répliques ; coordination avec les équipes de recherche et de sauvetage. **Conflit prolongé** : événements répétés, usure des équipes et des stocks ; exercices réguliers et rotation du personnel. **Camp** : incendies, bousculades lors des distributions ; plan conjoint avec le gestionnaire du site et les partenaires de santé. **Milieu urbain** : nombreux acteurs, risque de désorganisation ; s'intégrer au dispositif des autorités plutôt que de créer un circuit parallèle. **Gestion à distance** : le personnel national et les partenaires portent la réponse ; ils doivent disposer de la même formation, du même matériel, de la même assurance et du même soutien. **Partenaires à faible capacité** : budgétiser la formation, les trousses et les exercices, et organiser la formation avec la Société nationale.

Ce que regardent les évaluateurs et les bailleurs

- Existence d'un plan d'afflux de victimes exercé, articulé avec les structures de santé et les autres acteurs.
- Formation du personnel aux premiers secours en contexte de conflit et au triage.
- Stocks prépositionnés contrôlés.
- Rapports d'incident, retours d'expérience et suivi des actions.
- Soutien psychosocial accessible à toutes les catégories de personnel.

Questions d'entretien et références clés

1. « Vous entendez une explosion à proximité de votre équipe. Que faites-vous dans les cinq premières minutes ? »

Une réponse solide commence par la mise à l'abri et le décompte de l'équipe, le contact du point focal sécurité, l'alerte de la base, l'évaluation du risque de seconde explosion, puis la

décision d'intervenir ou non selon la politique de l'organisation. Le candidat ne se précipite pas vers les victimes.

2. « Expliquez le triage START et ses limites. »

Il décrit la séquence (marche, respiration, fréquence respiratoire, pouls radial ou recoloration, obéissance aux ordres), les deux gestes autorisés, la nécessité du retriage, et les limites : seuils adultes, critères faussés par la surdité, le froid ou la pénombre, sur-triage et sous-triage. Il insiste sur l'usage d'une méthode commune et exercée.

3. « Comment prenez-vous en charge un blessé par balle au thorax en attendant l'évacuation ? »

Il contrôle d'abord une hémorragie massive ailleurs, recherche toutes les plaies y compris dans le dos, laisse la plaie thoracique à l'air ou la couvre d'un pansement non occlusif conformément aux recommandations actuelles, installe la victime dans la position qui facilite sa respiration, la protège du froid, surveille et transmet.

4. « Comment préparez-vous une base à un afflux de victimes ? »

Il cite le plan écrit (déclenchement, sécurité, zones, rôles, structures et capacités, transports, stocks, coordination avec le cluster santé, le CICR et la Société nationale, soutien du personnel), la formation, les exercices et les retours d'expérience.

5. « Comment soutenez-vous votre équipe après un événement traumatisant ? »

Il décrit l'approche graduée : besoins pratiques et premiers secours psychologiques le jour même, échange volontaire sans obligation de raconter, allègement de la charge, suivi, orientation professionnelle si les difficultés persistent, attention au personnel national, aux chauffeurs et aux volontaires. Il mentionne que le débriefing psychologique imposé n'est pas recommandé.

6. « Un groupe armé exige que vous soigniez d'abord ses combattants. Comment répondez-vous ? »

Il rappelle le principe d'impartialité et la protection des blessés et malades par le droit international humanitaire, sans distinction défavorable, la priorité fixée par la seule urgence médicale, la sécurité de l'équipe, et le recours à la négociation et à l'appui de la coordination et, le cas échéant, du CICR.

Références clés

- *Lignes directrices internationales de premiers secours, de réanimation et d'éducation* (2020) : FICR.
- *European Resuscitation Council Guidelines* (2021), chapitre « First Aid » : Conseil européen de réanimation.
- *Premiers secours en cas de conflit armé et d'autres situations de violence* : CICR.
- *La chirurgie de guerre* (volumes 1 et 2) : CICR.
- *Mass Casualty Management Systems: strategies and guidelines for building health sector capacity* (2007) : OMS.
- *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured* : OMS et CICR.

- *Classification and Minimum Standards for Emergency Medical Teams* : OMS.
- Initiative *Les soins de santé en danger* : Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
- Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels, dispositions relatives aux blessés et aux malades.
- *Directives du IASC concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence* (2007) ; *Les premiers secours psychologiques : guide pour les acteurs de terrain* (OMS, 2011).
- *Managing Stress in Humanitarian Workers: guidelines for good practice* : Fondation Antares.
- *Norme humanitaire fondamentale de qualité et de redevabilité* (CHS), engagement 8.

Rappel : ce cours en ligne ne remplace pas une formation pratique certifiée de premiers secours, ni les formations spécialisées au triage et aux premiers secours en zone de conflit. Seuls l'entraînement pratique et les exercices de simulation préparent réellement à un afflux de victimes.

Exercice d'application : votre plan d'afflux de victimes

Pour votre base, écrivez un plan d'une page : qui organise, zone de regroupement, matériel supplémentaire à stocker, structures de santé et capacité chirurgicale, moyens de transport, contacts d'urgence, procédure de soutien de l'équipe après l'événement.

À retenir

- Afflux de victimes : le chef organise, il ne soigne pas ; sécurité d'abord.
- START : vert marche, noir ne respire pas, rouge si respiration > 30, pas de pouls radial ou n'obéit pas, sinon jaune.
- Pendant le triage : seulement garrot et position latérale de sécurité.
- Guerre : hémorragies massives d'abord, puis voies aériennes, respiration, circulation, hypothermie.
- Après : échange volontaire, soutien psychologique, retour d'expérience, réapprovisionnement.

Quiz

1. Lors d'un afflux de victimes, le rôle du chef d'équipe est surtout de :
   A. Soigner la victime la plus grave
   B. Prendre des photos
   C. Négocier avec les médias
   D. Organiser : sécurité, alerte, triage, répartition des secouristes, registre
2. Pendant le triage START, quels gestes fait-on ?
   A. Des perfusions
   B. Aucun geste
   C. Seulement arrêter une hémorragie massive et mettre en position latérale de sécurité
   D. Tous les soins nécessaires à chaque victime
3. Pourquoi couvrir un blessé qui saigne, même par temps chaud ?
   A. Pour le cacher
   B. Pour qu'il dorme
   C. Parce qu'il se refroidit vite et que l'hypothermie aggrave le saignement
   D. Ce n'est pas nécessaire

Corrigé du quiz : 1. B · 2. B · 3. B