

NOUVEAU RÉFÉRENTIEL 2026

IFSI

Réussir toute l'UE B.3 Pratiques et interventions infirmières

Prises en soin spécifiques

Tout pour réviser
et s'entraîner

90
FICHES

150
EXERCICES

- > Des fiches **en couleur et illustrées**
- > Toutes les thématiques **au programme**
INCLUS Santé mentale, soins de plaies,
pédiatrie, psychiatrie, urgences et
consultation infirmière
- > Des corrigés **détaillés**



Vuibert

Anne Barrau – Magali Briane – Anne Filly – Jérôme Kern –
Steven Lagadec – Eloise Lequet – Sandrine Lescure –
Laure-Hélène Préta – Valérie Terrier – Anthony Vallat

Réussir toute

Pratiques
et interventions
infirmières

Prises en soin spécifiques

I'UE
B.3

Vuibert

Création de la maquette : CB Defretin

Mise en pages : Christine Porchat

Couverture : Primo & Primo

Illustrations : Anne-Christel Rolling, Sandrine Marchand, Magnard, Carl Voyer

ISBN : 978-2-311-66658-8

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle. La fouille de textes et de données est interdite conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

Dans le cas où le livre comporte des ressources numériques en ligne, ces dernières sont des compléments offerts à l'achat du livre. Par respect du droit d'auteurs, ces ressources sont incessibles, interdites de reproduction et réservées à un usage strictement personnel. Elles sont soumises aux conditions d'utilisation en vigueur (CGU) accessibles sur notre site et peuvent, pour des raisons commerciales, légales, d'évolution technique ou de contenu, être supprimées ou interrompues à tout moment, sans garantie de maintien ou de compensation. Dans le cas où les QR codes et liens hypertextes permettent d'accéder à des sites internet tiers, la responsabilité des éditions Vuibert n'est pas engagée, notamment quant à leur éventuel dysfonctionnement ou à leur indisponibilité d'accès.

© Septembre 2026, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2^e DB – 75015 Paris

www.vuibert.fr

Les auteurs

Anne Barrau est infirmière, cadre de santé ayant exercé dans des établissements de santé publics et privés. Actuellement, elle est cadre santé formateur en IFSI et titulaire d'un master 2 en sciences de l'éducation.

Magali Briane est psychiatre et addictologue, psychothérapeute TCCE, coordinatrice de l'hôpital de jour de la clinique Mon repos à Ecully et vice-présidente de l'association Soins aux professionnels de la santé (SPS).

Anne Filly est cadre santé formatrice et référente handicap à l'IFSI de Mende.

Jérôme Kern est infirmier libéral, formateur et consultant spécialisé dans la prise en charge des plaies et la cicatrisation. Il est membre de la SFFPC et de la SFE.

Steven Lagadec est infirmier au SAMU 91 et SMUR du Centre Hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes), formateur en Gestes et Soins d'Urgences (GSU), Assistant de recherche épidémiologique et clinique au SAMU 91.

Eloise Lequet est sage-femme hospitalière et créatrice de contenu.

Sandrine Lescure est cadre de santé formateur et coordinatrice pédagogique à l'IFSI Tenon (Paris).

Laure-Hélène Préta est pharmacien et pharmacologue à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Valérie Terrier est cadre de santé, formatrice en IFSI depuis 2009. Son parcours professionnel est riche (infirmière en urologie, cardiologie, radiologie interventionnelle et cancérologie).

Anthony Vallat est directeur des soins, responsable de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) et du pôle Santé, précarité, handicap et dépendance de l'Hôpital Lozère.

Sommaire

Formations obligatoires : AFGSU et santé mentale	5
Fiches de révision	7
Entraînement	75
Préventions et contrôle des infections	85
Fiches de révision	87
Entraînement	104
Prise en charge de la douleur	111
Fiches de révision	113
Entraînement	121
Consultation infirmière	125
Fiches de révision	127
Entraînement	132
Soins techniques, éducatifs et relationnels	135
Fiches de révision	137
Entraînement	153
Soins spécifiques en pédiatrie	155
Fiches de révision	157
Corrigé	167
Entraînement	168
Prise en soins psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte	171
Fiches de révision	173
Entraînement	184
Situations critiques et urgences collectives	187
Fiches de révision	189
Entraînement	197
Prise en charge des plaies et pansements	201
Fiches de révision	203
Entraînement	234
Produits de santé	243
Fiches de révision	245
Entraînement	294

Formations obligatoires : AFGSU et santé mentale

Fiche 1	Évaluation de l'adulte et de l'enfant	7
Fiche 2	Protection	13
Fiche 3	Les numéros d'urgence	16
Fiche 4	Le message d'alerte.....	17
Fiche 5	Les obstructions des voies aériennes supérieures (OVAS)	20
Fiche 6	L'inconscient qui respire.....	27
Fiche 7	L'arrêt cardiaque de l'adulte.....	31
Fiche 8	Les compressions thoraciques chez l'adulte.....	35
Fiche 9	La défibrillation automatisée externe de l'adulte	37
Fiche 10	Les insufflations chez l'adulte	40
Fiche 11	La réanimation cardiopulmonaire avancée de l'adulte.....	43
Fiche 12	L'arrêt cardiaque de l'enfant	45
Fiche 13	Les insufflations chez l'enfant.....	48
Fiche 14	Les compressions thoraciques chez l'enfant.....	52
Fiche 15	La défibrillation automatisée externe de l'enfant.....	54
Fiche 16	La réanimation cardiopulmonaire avancée de l'enfant.....	56
Fiche 17	Les hémorragies	57

Fiche 18	Les malaises : pertes de connaissance brèves.....	60
Fiche 19	Les brûlures	63
Fiche 20	Introduction à la santé mentale et aux interventions	66
Fiche 21	Interventions de première intention en santé mentale et dépression	69
Fiche 22	Crise suicidaire et troubles anxieux	71
Fiche 23	Troubles psychotiques et usage de substances.....	73

Évaluation de l'adulte et de l'enfant

① Les paramètres physiologiques

L'individu en bonne santé présente des paramètres cliniques observables compris dans un intervalle physiologique témoignant du bon fonctionnement de l'organisme. Ce sont ces valeurs que nous cherchons à maintenir ou rétablir lorsqu'un problème de santé vient compromettre le processus biologique nécessaire au maintien de la vie de l'organisme.

► Les paramètres physiologiques de l'adulte

Les paramètres physiologiques présentés ici ont une simple valeur indicative qu'il conviendra toujours d'adapter au contexte ou à l'âge. Les situations d'urgence grave associent volontiers des douleurs ou des émotions intenses pouvant influencer ces intervalles physiologiques.

Paramètres physiologiques de l'adulte sain	
Fréquence cardiaque (FC)	Entre 60 et 100 battements par minute
Fréquence respiratoire (FR)	Entre 14 et 18 respirations par minute
Pression Artérielle Systolique (PAS)	Environ 120 mmHg
Pression Artérielle Diastolique (PAD)	Environ 70 à 80 mmHg
Pression Artérielle Moyenne (PAM)	Environ 80 à 90 mmHg
Saturation Pulsée en Oxygène (SpO ₂)	Comprise entre 94 et 100 % en air ambiant
Température corporelle	Comprise entre 36,5 et 37,5 °C

► Les paramètres physiologiques de l'enfant

Le tableau ci-dessous présente les paramètres physiologiques du nourrisson et de l'enfant, ainsi que la limite supérieure de la fréquence respiratoire (FR) et de la fréquence cardiaque (FC) et les limites inférieures de la pression artérielle (PA). À l'âge de 12 ans, soit approximativement à la puberté, l'enfant présente des paramètres physiologiques identiques à ceux observés chez l'adulte. Ces valeurs sont données à titre indicatif et doivent tenir compte du contexte dans lequel sont réalisées les observations (pleurs, douleur, fièvre, etc.).

Âge	FR normale (FR maximum)	FC normale (FC maximum)	PAS systolique normale (PAS minimum)	PA moyenne normale (PAM minimum)
1 mois	35 (55) rpm	120 (175) bpm	60 (50) mmHg	45 (35) mmHg
1 an	30 (40) rpm	110 (170) bpm	80 (70) mmHg	55 (40) mmHg
2 ans	25 (30) rpm	100 (160) bpm	90 + (2 × âge) (70 + (2 × âge))	55 + (1,5 × âge) (40 + (1,5 × âge))
6 ans	20 (25) rpm	90 (130) bpm		
12 ans	15 (20) rpm	80 (100) bpm	120 (90) mmHg	80 (65) mmHg

► Estimation du poids de l'enfant

Un nouveau-né pèse environ 3 kg à la naissance, 6 kg à 6 mois et 10 kg à 1 an. Il est toujours préférable de peser un enfant pour déterminer son poids avec précision. En cas d'impossibilité, il est possible d'utiliser des formules pour prédire le poids, cependant le calcul repose sur un âge administratif sans tenir compte du gabarit. En cas de doute il est parfois préférable de consulter l'âge indiqué sur l'étiquette des vêtements de l'enfant pour appliquer les formules ci-dessous :

- Poids (kg) < 12 mois $\approx$ [âge en mois + 9] / 2 ;
- Poids (kg) > 1 an $\approx$ [âge en années + 4] $\times$ 2 (max 50 kg) ;
- Poids (kg) 5 à 14 $\approx$ 4 $\times$ âge en années.

② La première évaluation : le rapide coup d'œil (Quick Look)

La première évaluation consiste en un rapide coup d'œil, qui doit permettre d'identifier un péril imminent ou une menace potentielle pour le sauveteur ou la victime.

Le rapide coup d'œil doit permettre d'identifier au plus vite un état grave comme un arrêt cardiaque ou une obstruction des voies aériennes. Cette évaluation rapide repose sur des éléments observables tel que la présence de sang, l'état de conscience, le comportement, la respiration ou la coloration. Cette évaluation s'applique à identifier des signes de vie évidents préalable nécessaire à la réalisation d'une évaluation systématiques des principales fonctions (**voir page suivante**).

► Quick look de l'adulte

- Danger dans l'environnement, positionnement de la victime.
- Présence de sang, hémorragie visible.
- État de conscience, ouverture spontanée des yeux, paralysie, convulsions.
- Présence d'une respiration spontanée, parle spontanément, cyanose, présence d'un gasp, signes de suffocation.

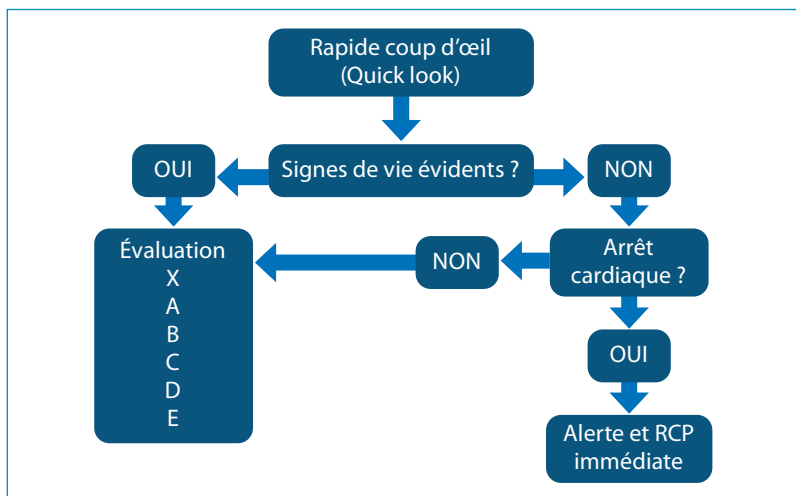
► Quick look de l'enfant

Chez l'enfant, cette évaluation repose essentiellement sur l'observation et l'écoute décrite à travers 3 étapes nommées « CRC » qu'il convient d'enchaîner en respectant l'ordre suivant :

Évaluation par rapide coup d'œil chez l'enfant	
Conscience ou comportement	• État de vigilance • Absence de mouvements spontanés • Anomalie du tonus postural • Anomalie dans l'interaction avec l'environnement • Réponses inadaptées pour l'âge • Enfant inconsolable, cris faibles • Mouvements anormaux ou convulsions
Respiration	• Présence d'un gasp • Absence de respiration ou pauses respiratoires • Bruits respiratoires • Signes de lutte ou tirages visibles
Coloration	• Cyanose • Marbrures • Pâleur cutanée

À l'issu du rapide coup d'œil :

- la victime ne présente pas de signes de vie évidents ou semble inconsciente, il convient d'évaluer l'état de conscience et la respiration afin d'identifier au plus vite un éventuel arrêt cardiaque (inconscient qui ne respire pas ou qui gasp) (**voir fiche 7 page 31**) ou un état comateux (inconscient qui respire) (**voir fiche 6 page 27**) ;
- la victime présente des signes de vie évidents, on procède alors à une évaluation systématisée de type XABCDE.



③ L'évaluation XABCDE

En l'absence d'arrêt cardiaque, il est proposé de procéder à une évaluation systématisée de type XABCDE, avec bilan lésionnel de la tête aux pieds si le contexte est traumatique.

Cette approche doit permettre d'identifier puis de traiter en priorité les défaillances les plus critiques.

Il faut donc respecter l'ordre proposé dans l'ordre alphabétique du **A** au **E**, chaque lettre étant associée à une fonction supposée plus vitale que la suivante. En contexte traumatique, on débute par la lettre **X** d'e**X**sanguination de façon à prioriser le traitement d'éventuelles hémorragies puis de poursuivre l'évaluation en tenant compte du retentissement de certains traumatismes sur les différentes fonctions évaluées (en gras dans le tableau).

En pratique l'évaluation XABCDE fait appel à l'ensemble des techniques maîtrisées par les soignants :

- **l'examen clinique :**

- ◆ **l'interrogatoire** qui doit identifier les antécédents de santé, des traitements en cours et d'éventuelles allergies ainsi que le contexte et les circonstances de survenue, le siège d'une douleur et tout élément pertinent pour évaluer la gravité. Cette collecte d'informations peut être menée auprès de la victime consciente, des proches mais aussi des témoins présents,

◇ **l'observation** : l'examen des téguments doit permettre d'identifier une cyanose, des marbrures cutanées (coloration violacée de la peau), une froideur et une décoloration des extrémités ou un temps de recoloration cutanée augmenté > 3 secondes (TRC) témoignant d'une défaillance circulatoire grave. L'examen des téguments doit aussi chercher à localiser une anomalie visible telle qu'un œdème, une éruption cutanée ou le siège d'une lésion traumatique. L'observation peut mettre en évidence une paralysie faciale ou l'impotence d'un membre évocateur d'un AVC,

◇ **la palpation** : pouls, abdomen, œdèmes des membres inférieurs, etc. ;

- **l'examen paraclinique** : PA, T°, SpO₂, ECG, glycémie capillaire et l'ensemble des examens pertinents en fonction du contexte.

Pour chaque fonction évaluée, on corrige immédiatement les éventuelles anomalies observées et on s'assure que la fonction est stabilisée avant de poursuivre l'évaluation par la fonction suivante. La réalisation d'une action implique de reprendre l'évaluation du début en débutant par le quick look.

Évaluation XABCDE		
Évaluation	Rechercher	Actions à réaliser immédiatement
X (eXsanguination) Hémorragie traumatique	• Présence de sang ? • Hémorragie externe ou extériorisée ? • Siège de l'hémorragie ? • Volume des pertes sanguines ? • Plaie compressible ?	• Compression directe de la plaie • Pansement compressif • Garrot artériel
A (Airway) Voies aériennes	• Libres et sûres ? • À risque ? • Obstruées ? • Douleur rachis cervical contexte traumatique ?	• Sécuriser les voies aériennes • Désobstruer • Collier cervicale si contexte traumatique
B (Breathing) Respiration	• Fréquence respiratoire ? • Travail respiratoire (signes de lutte) ? • Volume (compliance thoracique) ? • SpO₂, cyanose ? • Bruits respiratoires ? • Asymétrie ou plaie thoracique contexte traumatique ?	• Positionnement demi assis • Administrer de l'oxygène • Ventilation assistée • Pansement 3 cotés si plaie thoracique ou exsufflation pneumothorax par médecin si contexte traumatique



C (Circulation) Fonction cardio-circulatoire	• Fréquence cardiaque ? • Pouls ? • Pression artérielle ? • Précharge (déshydratation ou hyperinflation) ? • Perfusion périphérique (marbrures, TRC...) ? • Choc hémorragique contexte traumatique ?	• Mise au repos immédiat • Positionnement adapté en position couchée, jambes relevées en l'absence de gêne respiratoire • Sur prescription : ◊ ECG si indiqué ◊ accès vasculaire • Traitement du choc hémorragique si contexte traumatique
D (Disability) Déficit neurologique	• Score de Glasgow ? • Pupilles ? • Glycémie capillaire ? • FAST ? • Traumatisme crânien ? • Vomissements post traumatique ?	• Décubitus dorsal strict si AVC • PLS si coma • Resucrage si hypoglycémie • Surveillance des ACSOS • Immobilisation si contexte traumatique
E (Exposure) Environnement	• Interrogatoire AMPLE : ◊ A : Allergies ? ◊ M : Médicaments en cours ? ◊ P : Problèmes de santé ? ◊ L : L'heure du dernier repas ◊ E : Événements récents ? • Température ? • Douleur ? • Éléments de cinétique si contexte traumatique (vitesse, hauteur d'une chute, etc.)	• Prévenir les déperditions thermiques • Traiter une hyperthermie • Évaluer et soulager la douleur
F (Family) Famille ou proche	• Identifier les personnes de confiance et recueillir les contacts • Informer et rassurer les proches et la famille • Permettre aux proches d'assister aux soins	

Références

- Smyth MA, Van Goor S, Hansen CM, Fijačko N, Nakagawa NK, Raffay V, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support. Resuscitation. oct 2025;215:110771.
- Djakow J, Turner NM, Skellett S, Buysse CMP, Cardona F, De Lucas N, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. Resuscitation. oct 2025;215:110767.
- Recommandations nationales sur les gestes et soins d'urgences. Recommandations formalisées d'experts de la Société Française de Médecine d'Urgence en collaboration avec l'association nationale des centres d'enseignement des soins d'urgence (ANCESU)- mise au point 2026.
- Tinning K, Acworth J. Make your Best Guess : an updated method for paediatric weight estimation in emergencies. Emerg Med Australas. 2007 Dec;19(6):528-34

Protection

① Protection de soi-même

La protection de soi-même doit en toutes circonstances demeurer la priorité absolue des personnes impliquées dans le secours des victimes. En effet, il faut être conscient qu'un sauveteur blessé devient une victime possiblement critique compliquant de fait l'organisation des secours.

La protection de soi-même se décline en fonction des situations rencontrées et fera donc appel à l'analyse des risques identifiés ou supposés dans l'environnement ou au contact des victimes.

► Les précautions standard

Les précautions standard doivent permettre d'empêcher les contaminations infectieuses. En fonction des situations rencontrées, elles comprennent :

- le port de gants à usage unique ;
- le port d'une blouse ou d'une surblouse ;
- le port d'un masque de protection type FFP (*Filtering Facepiece Particles*) ;
- le port de lunettes de protection.

Ces précautions standard recommandées ne doivent cependant pas retarder la réalisation de certains gestes salvateurs à faible risque infectieux (comme les manœuvres de désobstruction, les compressions thoraciques, etc.).

Lorsqu'un risque de contamination est clairement établi, il convient d'appliquer les précautions standard ainsi que toutes les mesures de précautions complémentaires nécessaires.

► Les accidents d'exposition au sang

Les accidents d'exposition au sang ou AES sont définis comme tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée, soit une projection sur une muqueuse (œil, bouche) ou sur une peau lésée.

Ces accidents sont une réalité d'autant plus fréquente qu'ils surviennent volontiers lors des situations d'urgence propices à un certain désordre.

► La prise en compte de ce risque doit être standardisée et anticipée.

Il paraît raisonnable d'encourager la vaccination VHB (hépatite B) et la mise en œuvre de toutes les mesures qui doivent permettre de limiter ce risque. La survenue d'un accident d'exposition au sang impose un **contact médical urgent**.

► La vaccination

La vaccination permet à l'organisme d'acquérir une immunité particulière à un agent infectieux spécifique. Les vaccins obligatoires pour les soignants concernent la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la tuberculose et l'hépatite B (ainsi que la typhoïde pour les personnels des laboratoires d'analyses médicales).

② Protection de la victime

La protection d'une victime doit permettre d'éviter un sur-accident. Les mesures de protection consistent à sécuriser la victime ou l'environnement en écartant une menace identifiée ou en réalisant une extraction d'urgence en cas de péril imminent.

Les mesures de protection des victimes s'appliquent en fonction du risque identifié.

► Protection des voies aériennes

Le positionnement latéral de sécurité (PLS) permet la protection des voies aériennes chez les victimes inconscientes (**voir Fiche 6 page 27**).

► Protection de l'hypothermie

La déperdition thermique contribue à aggraver le pronostic des états graves. Il est donc recommandé de lutter activement contre l'hypothermie en isolant les victimes du froid ambiant et en les couvrant chaudement.

► Protection des traumatismes secondaires

La survenue d'une chute lors d'un malaise avec perte de connaissance peut être évitée si on allonge la victime (**voir Fiche 18 page 60**).

L'immobilisation d'un membre traumatisé permet de protéger ce dernier d'une lésion secondaire telle que le déplacement d'une fracture, une compression vasculaire ou une atteinte cutanée.

► Protection des fonctions vitales

Les victimes d'un AVC seront allongées à plat dos afin de protéger le cerveau des complications survenant lors d'un défaut de perfusion cérébrale.

► Protection d'un péril imminent et dégagement d'urgence

Le dégagement d'urgence doit permettre de soustraire une victime d'un péril imminent. Ce procédé d'exception consiste à éloigner la victime du danger en utilisant la méthode la plus simple et la plus rapide à mettre en place.

La soustraction au danger immédiat prime sur le risque d'aggraver une lésion traumatique. La technique doit être simple et surtout rapide à mettre en œuvre, le plus souvent en tirant les victimes par les pieds ou par les poignets.

© Magnard

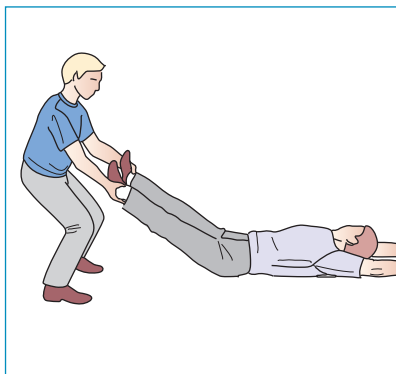


Figure 1 : Dégagement en tirant la victime par les pieds

© Magnard

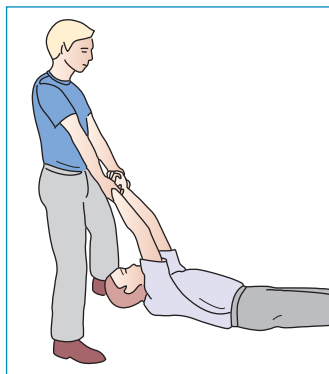


Figure 2 : Dégagement en tirant la victime par les bras

Références

- Recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) - Actualisation des Précautions standard. Établissements de santé. Établissements médicosociaux. Soins de ville. Hygiènes ». Volume XXV-N° hors-série. Juin 2017.
- « Recommandations relatives à l'unité d'enseignement premiers secours en équipe ». Ministère de l'intérieur et des outre-mer. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. 2023.
- « Aggressions collectives par armes de guerre. Conduites à tenir pour les professionnels de santé ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018.
- Cesaro E, Raux M, Soulat L, Huot-Marchand F, Voiglio E, Puidupin A, et al. « Recommandations de bonne pratique clinique concernant la prise en charge médicale des victimes d'une "tuerie de masse" ». Annales françaises de médecine d'urgence. 2018.

Les numéros d'urgence

Quel que soit le numéro composé, les centres de réception des appels d'urgence sont interconnectés afin d'assurer l'optimisation et la cohérence de la réponse apportée par la chaîne de secours. Tous les numéros d'urgence sont gratuits et joignables 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En France, les principaux numéros d'urgence sont le 15, le 18 et le 112.

Les services d'urgence utilisent un numéro unique pour rappeler si besoin les témoins. Le numéro de rappel affiché est le 08 00 112 112 quel que soit le service impliqué SAMU ou pompiers. Il faut donc décrocher immédiatement si ce numéro s'affiche sur votre téléphone.

112	Numéro d'urgence commun à tous les pays européens
15	Numéro du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) via le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA)
18	Numéro des sapeurs-pompiers via le centre de traitement des appels (CTA)
114	Numéro d'urgence qui permet de transmettre une alerte par Fax. Il existe une application mobile 114.
115	Numéro d'urgence du SAMU Social et de SOS Sans-Abri
17	Numéro de Police Secours

Le message d'alerte

① Préalable

Le message d'alerte regroupe l'ensemble des informations nécessaires à la description d'une situation critique.

Ce message a plusieurs objectifs :

- il informe la régulation médicale du problème de santé rencontré en tenant compte de l'urgence et/ou de la gravité évidente ou supposée associée ;
- il doit permettre la mobilisation rapide des renforts humains et matériels ;
- il décrit le contexte et ses contraintes associées (nombre de victimes, géographie particulière des lieux, danger identifié, etc.).

② Technique

► Le cri d'alerte

Le cri d'alerte doit permettre la venue immédiate de renforts présents dans l'environnement du sauveteur. Très largement recommandé, le cri d'alerte permet la réalisation des premiers gestes sans quitter la victime, dès l'identification d'une situation critique.

Le message doit être bref mais clairement explicite. Il doit signifier le caractère « grave » et/ou « urgent », pourquoi pas « urgence vitale ! », « renfort immédiat ! » ou encore « chariot d'urgence ! » : ce qui compte, c'est le résultat obtenu.

On ne dira pas « quelqu'un peut m'aider ? » : la notion d'urgence n'est pas explicite. On ne dira pas « au secours » ou « à l'aide » : cela implique une notion de danger qui pourrait faire fuir les personnes alentour.

► Le message d'alerte téléphonique

L'alerte téléphonique sera idéalement transmise par une seconde personne afin de pouvoir demeurer auprès de la victime.

L'utilisation du haut-parleur du téléphone doit permettre de maintenir le contact avec l'assistant de régulation médicale du SAMU sans retarder les premiers gestes (**voir page précédente**).

Contenu

Le message d'alerte doit être systématisé et comprendra nécessairement les informations suivantes, dans l'ordre :

- nom, prénom de l'appelant et profession (si pertinent) ;
- un numéro téléphonique pour être joignable ;
- la localisation avec précision (adresse, étage, numéro de chambre ou d'appartement, code d'interphone, etc.) ;
- la description de la situation (de façon synthétique) ;
- les informations pertinentes sur la ou les victimes : identité, date de naissance et à défaut, âge approximatif ;
- les actions déjà entreprises.



Focus

Le SAED

L'outil de communication « Situation », « Antécédents », « Évaluation » et « Demande » (SAED) est un outil mnémotechnique utilisé pour structurer la communication entre professionnels de santé. L'intérêt de cet outil standardisé est de **prévenir les erreurs de compréhension** lors d'une communication entre soignants et de faciliter la transmission d'un bilan documenté, clair et concis tout en évitant les oublis.

SAED		
S	Situation	• Votre identité : nom, prénom, fonction • Le service d'où vous appelez et la localisation actuelle du patient • L'identité et l'âge du patient • Le motif de votre appel de manière concise, la situation actuelle motivant votre appel, basée sur des faits objectifs
A	Antécédents	• La date d'admission et le diagnostic posé à l'admission du patient • Les antécédents médicaux • Les interventions ou examens invasifs réalisés, liés à la prise en charge • Les traitements en cours, les allergies, les résultats d'examens • L'état habituel du patient • Depuis quand la situation actuelle a évolué.
E	Évaluation	Évolution de l'état de votre patient, des constantes vitales, des signes cliniques, et la raison essentielle de votre préoccupation avec des termes précis et clairs
D	Demande	Expliquez de manière concise ce dont vous avez besoin. Faites des suggestions. Clarifiez vos attentes en allant à l'essentiel : quelle est votre demande ?

Conseils

- On reste en ligne de façon à pouvoir répondre à d'éventuelles questions.
- Écouter attentivement les consignes données par l'opérateur téléphonique.
- On ne raccroche jamais le premier.
- Si le nombre de témoins le permet, il est conseillé de missionner une personne pour accueillir et guider les secours.

Références

- « Recommandations Prévention et secours civiques de niveau 1 ». Ministère de l'intérieur. Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Septembre 2018.
- Haute Autorité de santé (HAS). « Situation antécédents évaluation demande (SAED), un guide pour faciliter la communication entre professionnels de santé ». Octobre 2014.

Les obstructions des voies aériennes supérieures (OVAS)

1 Définition

L'obstruction se produit lorsqu'un corps étranger s'engage dans les voies aériennes supérieures, venant ainsi réduire ou bloquer le passage de l'air vers les poumons.

En fonction de sa nature, de sa taille et/ou de son positionnement dans le conduit respiratoire, le corps étranger conduit à une obstruction complète ou incomplète.

2 Les obstructions des voies aériennes supérieures de l'adulte

► Évaluer

La reconnaissance repose sur un ensemble d'arguments observables tels que : l'agitation brutale de la victime qui se tient la gorge, la bouche ouverte et l'absence de bruits respiratoires si l'obstruction des VAS est complète.

On peut rapidement questionner la victime consciente : « êtes-vous en train d'étouffer ? ». Si la victime est incapable de produire le moindre son, il s'agit d'une obstruction complète qui aboutira rapidement à un arrêt cardiaque en l'absence d'un geste salvateur.

► Secourir

Une fois l'obstruction complète identifiée, il faut réaliser sans délai les manœuvres de désobstruction.

Claques dorsales

- Se saisir de la victime en se positionnant sur son côté et légèrement en arrière.
- Soutenir la victime en la basculant vers l'avant sur votre bras.
- Réaliser jusqu'à 5 claques vigoureuses dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main (**voir page suivante**).
- La réussite ou l'échec des manœuvres repose avant tout sur la présence ou l'absence de bruit respiratoire qu'il faut donc rechercher entre deux manœuvres.

- En cas d'échec à l'issu des 5 claques dorsales, réaliser des compressions abdominales (manœuvre de Heimlich).

Compressions abdominales (manœuvre de Heimlich)

- Se positionner derrière la victime contre son dos, en passant les bras sous les siens et placer le poing fermé au-dessus du nombril. Positionner l'autre main sur la première de façon à ceinturer la victime de vos deux bras.
- Réaliser jusqu'à 5 compressions abdominales en réalisant un mouvement brutal d'avant en arrière et de bas en haut.
- Évaluer la présence d'un bruit respiratoire entre deux compressions abdominales.
- En l'absence de bruit respiratoire, alterner les 5 claques dorsales et les 5 compressions thoraciques.

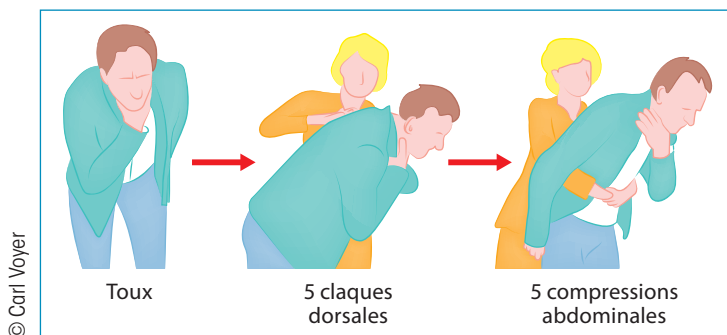


Figure 3 : Manœuvre de désobstruction chez l'adulte

- Si un bruit respiratoire survient (le plus souvent une toux), cesser les manœuvres, asseoir la victime et l'encourager à tousser pour se dégager complètement.
- Si la victime s'épuise et présente des signes d'aggravation malgré les efforts de toux, reprenez immédiatement les manœuvres de désobstruction.
- Si la victime s'effondre inconsciente, il faut l'accompagner au sol, alerter et débiter la réanimation (**voir la fiche 7 page 31**).

► Alerter

L'alerte se fera à l'issue des manœuvres, qu'elles soient fructueuses ou non. Si la victime recouvre une ventilation normale à l'issue des manœuvres de désobstruction, l'alerte doit permettre d'organiser une rencontre médicale urgente afin de dresser le bilan lésionnel, de décider des examens complémentaires à réaliser et d'un éventuel traitement antibiotique pour prévenir une pneumopathie d'inhalation. Ce contact médical est obligatoire.

Si la victime s'effondre inconsciente durant la réalisation des manœuvres de désobstruction, il faut alors l'accompagner au sol, alerter et débiter rapidement la réanimation. L'alerte doit préciser rapidement la cause de l'arrêt cardiaque et l'âge approximatif de la victime (**voir la fiche 7 page 31**).

③ Les obstructions des voies aériennes supérieures de l'enfant

► Évaluer

L'obstruction complète des voies aériennes chez l'enfant survient le plus souvent au moment du jeu ou du repas pour les plus grands.

L'enfant présente une suffocation soudaine et silencieuse : l'enfant de moins de 1 an présente la grimace d'un enfant qui pleure sans bruits perçus, ensuite, une cyanose témoignant d'un manque d'oxygène ; l'enfant plus grand présente un tableau clinique similaire à celui de l'adulte, associant une agitation brutale et une absence de bruit respiratoire.

► Secourir

Il faut sans délai réaliser les manœuvres de désobstruction.

Claques dorsales

Chez le nourrisson de moins de 1 an

- S'asseoir, coucher le nourrisson tête penchée en avant, à califourchon sur l'avant-bras posé sur la cuisse afin que la tête soit plus basse que le thorax.
- Maintenir la tête avec les doigts de part et d'autre de l'angle de la mandibule sans appuyer sur la gorge.
- Réaliser jusqu'à 5 claques dorsales entre les omoplates avec le talon de la main.
- Évaluer la présence de bruit respiratoire entre chaque claque dorsale.

© Carl Voyer

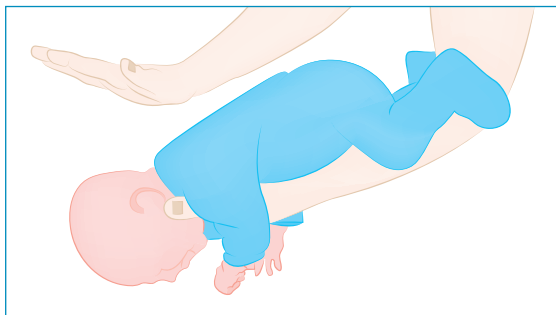


Figure 4 : Claques dorsales chez le nourrisson de moins d'1 an

Chez l'enfant plus grand

On réalisera les manœuvres en positionnant le jeune enfant en travers des genoux ou en se mettant soi-même à hauteur si nécessaire de façon à pouvoir réaliser jusqu'à 5 claques dorsales entre les omoplates avec le talon de la main. La réussite ou l'échec des manœuvres repose uniquement sur la présence ou l'absence de bruit.

Compressions thoraciques chez le nourrisson de moins de 1 an

- En cas d'échec des claques dorsales, enchaîner par des compressions thoraciques en positionnant le nourrisson de moins de 1 an sur le dos.
- Réaliser jusqu'à 5 compressions thoraciques en empaumant l'enfant avec les deux mains et en positionnant 2 pouces sur le sternum à hauteur des mamelons.
- Évaluer la présence de bruit respiratoire entre chaque compression thoracique.
- En l'absence de bruit respiratoire, poursuivre l'alternance des claques dorsales et des compressions thoraciques.



Figure 5 : Compressions thoraciques chez le nourrisson de moins d'1 an

Compressions abdominales chez l'enfant en âge de tenir debout (plus de 1 an)

- Il est possible de réaliser des compressions abdominales (manœuvre de Heimlich) en se positionnant à genoux derrière l'enfant.
- On ceinture ensuite l'enfant en positionnant un poing fermé au-dessus du nombril.
- Réaliser alors jusqu'à 5 compressions abdominales en réalisant un mouvement de virgule d'avant en arrière et de bas en haut avec le poing.
- La manœuvre est réalisée énergiquement et un bruit respiratoire sera recherché entre chaque compression (**voir figure ci-dessous**).
- En cas d'échec, réaliser à nouveau les claques dorsales puis, en fonction de l'âge, les compressions thoraciques ou abdominales et ainsi de suite.
- Si un bruit respiratoire survient (le plus souvent une toux), cesser les manœuvres, asseoir l'enfant et l'encourager à tousser pour se dégager complètement.
- Si l'enfant s'épuise et présente des signes d'aggravation malgré les efforts de toux, reprenez immédiatement les manœuvres de désobstruction.
- Si l'enfant s'effondre inconscient, pousser un cri d'alerte et débiter la réanimation cardiopulmonaire.
- En présence d'un corps étranger visible en bouche, on réalisera une seule tentative d'extraction à l'aide d'un doigt (**voir les fiches 12, 13 et 14 à partir de la page 45**).

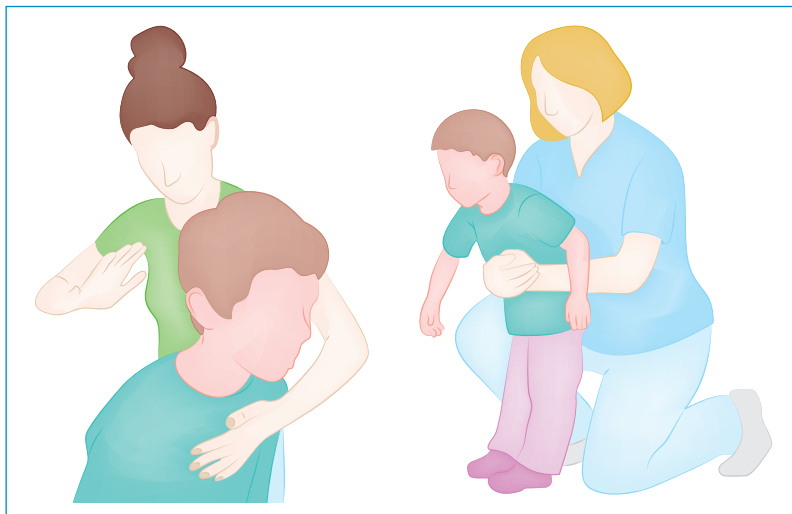


Figure 6 : Manœuvres de désobstruction chez l'enfant de plus d'1 an

Alerter

L'alerte se fera à l'issue des manœuvres, qu'elles soient efficaces ou non. Si l'enfant recouvre une ventilation normale à l'issue des manœuvres de désobstruction, l'alerte doit alors permettre d'organiser une rencontre médicale urgente afin de dresser le bilan lésionnel, de décider des examens complémentaires à réaliser et d'un éventuel traitement antibiotique pour prévenir la pneumopathie d'inhalation. Ce contact médical est obligatoire.

④ Les obstructions partielles

► Évaluer

L'obstruction partielle des voies aériennes survient lorsqu'un corps étranger vient faire partiellement obstacle au passage de l'air dans le conduit respiratoire. La victime présente une suffocation brutale provoquant un réflexe de toux nécessaire au dégagement.

L'obstruction partielle permet encore une respiration même difficile, la victime peut parfois encore parler ou crier, et le plus souvent tousser bruyamment.

Une obstruction avec une toux inefficace présentant des signes d'hypoxie sévère doit être considérée comme une obstruction complète.

► Secourir

Si l'obstruction est bruyante, elle est donc partielle. Dans ce contexte la réalisation d'une manœuvre de désobstruction risque de mobiliser le corps étranger et d'obstruer complètement les voies aériennes. S'abstenir de manœuvrer, se contenter d'encourager la victime à tousser tout en réalisant une surveillance étroite de la victime.

► Alerter

L'alerte doit permettre de s'enquérir d'un avis médical afin de décider d'une éventuelle rencontre médicale. Cette décision se fera en fonction de facteurs de gravité identifiés : temps de l'obstruction, hypoxie prolongée, toux incessante, conscience altérée et âge de la victime.

Références

- Djakow J, Turner NM, Skellett S, Buysse CMP, Cardona F, De Lucas N, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. Resuscitation. oct 2025;215:110767.
- Djärv T, Rogers J, Semeraro F, Brädde L, Cassan P, Cimpoesu D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 First Aid. Resuscitation. 1 oct 2025;215.

L'inconscient qui respire

① Définition

L'inconscient qui respire est une victime qui présente un coma. Le coma se distingue des malaises par son caractère prolongé parfois définitif.

Quelle qu'en soit la cause, l'inconscience témoigne toujours d'un état grave qui nécessite la mise en sécurité des voies aériennes et une surveillance étroite de la respiration de façon à identifier une possible aggravation.

② Évaluer

L'évaluation repose sur l'identification de l'état de conscience et de la respiration (voir la fiche sur l'évaluation).

③ Protéger

Lorsque la victime est inconsciente et qu'elle respire, l'installation en position latérale de sécurité (PLS) est la première mesure de protection à réaliser.

En effet, l'inconscience conduit à une abolition de certains réflexes notamment de la toux et de la déglutition, ce qui expose les voies aériennes à un risque d'obstruction. La mise en PLS permet d'éviter l'inhalation du contenu gastrique ou l'obstruction secondaire par la bascule de la langue dans l'arrière-gorge.

④ Protéger puis alerter

Quelle que soit la méthode retenue, la mise en PLS doit permettre de positionner prudemment la victime sur le côté de façon à garantir la libération et la mise en sécurité des voies aériennes.

► PLS à un seul secouriste

- Pour ne pas gêner la manœuvre, remonter le bras de la victime côté retournement.
- Saisir la main du bras opposé et positionnez celle-ci sous l'oreille côté secouriste. Remonter ensuite la jambe du côté opposé de façon à pouvoir saisir le genou de votre main libre.
- Reculer légèrement tout en tirant le genou vers vous puis vers le sol. La victime bascule sur le côté et se retrouve alors en PLS une main sous la tête.

- Puis libérer votre main en maintenant le coude de la victime. La stabilité est assurée en remontant la jambe vers la poitrine. Ouvrir ensuite la bouche et couvrir la victime.

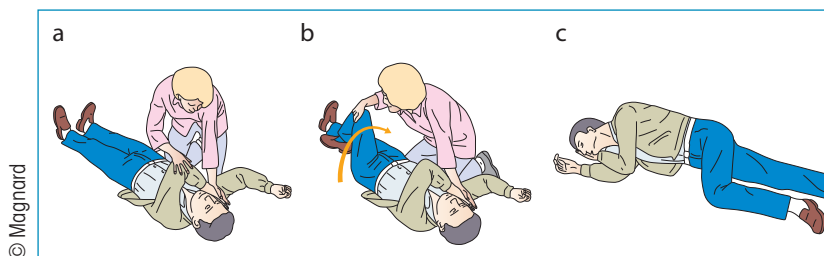


Figure 7 : PLS à un secouriste

► Contexte traumatique

Dans un contexte traumatique, la décision de mobiliser la victime repose avant tout sur l'existence d'une menace respiratoire immédiate. En l'absence de vomissements ou de gêne respiratoire identifiée il convient d'éviter toute mobilisation non nécessaire car une instabilité rachidienne, notamment cervicale, ne peut être exclue. La décision de ne pas mobiliser la victime implique une surveillance étroite et continue de la respiration, car l'état ventilatoire peut se dégrader rapidement en cas d'encombrement ou de vomissements.

Dans ce contexte il est recommandé de :

- **1 ou 2 intervenants** : si le patient traumatisé inconscient respire normalement, ne pas mobiliser la victime et se concentrer sur la libération des voies aériennes (antépulsion de la mâchoire si nécessaire) tout en assurant une surveillance rapprochée et continue de la respiration ;
- **2 intervenants expérimentés** : si le patient traumatisé inconscient présente des vomissements ou une dyspnée, mise en position latérale modifiée (*Lateral Trauma Position - LTP*), avec un maintien strict de l'axe rachidien (maintien manuel de la tête, mobilisation monobloc avec ou sans collier cervical rigide), sous surveillance continue de la respiration ;
- **1 intervenant expérimenté** : si le patient traumatisé inconscient présente des vomissements ou une dyspnée, envisager la mise en position latérale de Haines, avec mobilisation prudente en limitant au maximum la mobilisation du rachis cervical, et sous surveillance continue de la respiration.

Tout pour réviser et s'entraîner à l'**UE B.3**

« **Pratiques et interventions infirmières** »

du nouveau référentiel infirmier.

Découvrez dans ce livre :

- 90 fiches de révision synthétiques, colorées et largement illustrées, qui abordent tout le programme ;
- 150 entraînements avec des QCM, des QROC et des mises en situation.

Ce petit livre condense dans un format pratique toutes les ressources pour revoir les notions clés et s'auto-évaluer efficacement !

- Attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU)
- Formation en santé mentale
- Prévention et contrôle des infections
- Prise en charge de la douleur
- Consultation infirmière
- Soins d'hygiène et de confort
- Consultation infirmière
- Soins pédiatriques
- Prise en soins psychiatriques
- Situations critiques et urgences collectives
- Prise en charge des plaies et pansements
- Produits de santé

ISBN : 978-2-311-66658-8



16,90 €

Vuibert.fr

