

4.3 BILAN PRIMAIRE

Le **bilan primaire** a pour but de rechercher une détresse vitale qui menace immédiatement la vie de la victime et qui nécessite la mise en œuvre rapide de gestes de secours. Par opposition au bilan circonstanciel, il s'agit **d'un zoom sur la victime elle-même**.

Figure 4-3 : bilan primaire



1. Principe général

Après avoir réalisé la sécurité de la zone d'intervention, le **bilan primaire débute par l'observation rapide de la victime pour en avoir une impression générale (ou deuxième regard)** au cours de laquelle des **mesures de sauvegarde** immédiates peuvent être prises.

Elle est suivie par une **appréciation rapide des fonctions vitales (ou troisième regard), selon le principe ABCDE** :

- A [Airways] : appréciation des voies aériennes supérieures ;
- B [Breathing] : appréciation de la ventilation ;
- C [Circulation] : appréciation de la circulation ;
- D [Disability] : appréciation de l'état neurologique ;
- E [Exposition] : exposition adéquate et adaptée de la victime, au besoin en découpant les vêtements.

Au cours du **bilan primaire** le sapeur-pompier focalise son attention sur la victime elle-même et doit passer par **deux étapes chronologiques et indispensables** :

- 1 l'impression générale (ou deuxième regard)** : visualiser la victime dans sa globalité, détecter des menaces vitales évidentes et identifier sa plainte principale ;
- 2 le bilan ABCDE (ou troisième regard)**. Les items A, B, C, D et E sont **successivement appréciés**. Pour chacun, tout ou partie des **gestes de survie adaptés** sont initiés en cas de détresse vitale, avant de passer à l'item suivant.

! Bilan primaire et gravité de la victime

À l'issue de l'évaluation rapide des fonctions vitales, le chef d'agrès doit catégoriser la victime en « Critique » ou « Non Critique » selon l'existence ou non d'au moins une **détresse vitale** (détresse ventilatoire, circulatoire ou neurologique).

En cas de victime « Critique », c'est à dire présentant au moins une détresse vitale, le chef d'agrès **contacte immédiatement la régulation médicale** pour demander un moyen de renfort (médical et/ou paramédical).

Pendant ce bilan primaire, les sapeurs-pompiers doivent anticiper les actions à venir et prévoir une éventuelle aggravation de l'état de la victime en préparant le matériel à mettre en oeuvre et en envisageant les gestes à accomplir.

Le bilan primaire est basé sur une **approche clinique permettant de détecter et d'apprécier rapidement l'existence de menaces vitales** afin de mettre en oeuvre sans délai les conduites à tenir appropriées.

Sans en ralentir la progression, l'équipage pourra l'enrichir de la mesure de paramètres physiologiques.

► L'impression générale (ou deuxième regard)

Le sapeur-pompier avance et :

- **visualise la victime dans sa globalité**, ce qui permet de préciser son genre, sa tranche d'âge, sa position (allongée, assise, debout, recroquevillée sur elle-même, etc.) ;
- **détecte la présence d'une menace vitale évidente** comme :
 - **une hémorragie externe menaçante (X)** : il convient de réaliser immédiatement une technique d'arrêt du saignement (cf. chapitre 6) ;
 - **une obstruction totale ou quasi totale des voies aériennes supérieures (A B)** : dans ce cas, il convient sans délai de mettre en oeuvre les manoeuvres de désobstruction adaptées à l'âge de la victime (cf. chapitre 5) ;
 - **une absence de réaction sans respiration ou une respiration anormale** : il ne faut pas confondre les Gaspes avec des mouvements respiratoires normaux ; en cas de doute, il convient alors de contrôler immédiatement un pouls carotidien (C) pour initier sans délai une réanimation cardiopulmonaire (cf. chapitre 6).
- **identifie la plainte principale** si la victime l'exprime spontanément, par le biais de son entourage ou par son observation qui peut mettre en évidence une attitude douloureuse, un essoufflement, une vigilance altérée ou des lésions traumatiques évidentes ou suspectées.

Dans un contexte de suspicion de traumatisme du rachis, l'abord de la victime se fait de face afin d'éviter que la victime ne tourne la tête vers le sapeur-pompier.

Dans ce cas un **maintien de la tête est effectué immédiatement et systématiquement** pour tout blessé, conscient ou inconscient. Il est précédé si nécessaire par une remise de la tête en position neutre (cf. fiche technique G.14).

Ce maintien de la tête n'est pas relâché sauf :

- après une immobilisation complète de la victime ;
- en sous-effectif, si la victime est consciente, calme et coopérative lorsqu'on lui demande de ne pas bouger la tête ;
- si des manoeuvres de réanimation doivent être entreprises ;

Dans le cas particulier où la victime présente les caractéristiques d'un décès certain (cf. chapitre 1), aucun geste de secours n'est entrepris.

► Bilan ABCDE (ou troisième regard)

⇒ Étape A (Airways) : prise en charge des voies aériennes supérieures et protection de la colonne cervicale

Les voies aériennes supérieures du patient sont évaluées pour vérifier qu'elles sont libres, c'est à dire **dégagées et protégées**, et qu'**aucun risque d'obstruction** n'est présent.

Si les voies aériennes supérieures sont **obstruées**, il sera alors pratiqué des manœuvres de **libération** (extraction digitale, aspiration de sang, de sécrétions et de corps étrangers si nécessaire, bascule prudente de la tête et élévation du menton). **Une canule oropharyngée est mise en place, si besoin, chez la victime en arrêt cardiaque.**

L'intubation orotrachéale, permettant la sécurisation des voies aériennes, ne peut être pratiquée que par un médecin ou par un infirmier anesthésiste (cf. [fiches techniques G.06 à G.08, M.03 et M.05](#)).

Une attention particulière sera portée à l'existence de prothèses dentaires. **Elles seront retirées si une détresse vitale est identifiée** à l'issue du bilan primaire.

Protection de la colonne cervicale

Tout patient traumatisé, a fortiori inconscient, est suspect de lésions du rachis jusqu'à preuve du contraire. De ce fait, lors de la libération des voies aériennes supérieures, il importe de prendre en considération l'existence possible d'une fracture cervicale instable dont la mobilisation intempestive pourrait provoquer ou aggraver une compression de la moelle épinière cervicale. Ainsi, chez le patient traumatisé suspect d'une lésion rachidienne, **le maintien de la tête en ligne est effectué durant les manœuvres de libération des voies aériennes supérieures** (tête en position neutre (cf. [fiche technique G.14](#)) et subluxation de la mandibule (cf. [fiche technique G.07](#))) et **de ventilation**.

⇒ Étape B (Breathing) : ventilation

Après libération des voies aériennes supérieures, la ventilation peut être appréciée qualitativement et quantitativement sur une durée de 10 secondes (cf. [fiche technique G.09](#)) :

- si la ventilation est inférieure ou égale à 1 mouvement respiratoire sur 10 secondes (nouveau-né à la naissance exclu), soit inférieure ou égale à 6 mouvements par minute, débiter une ventilation assistée à l'aide d'un insufflateur manuel avec oxygène.

Catégories d'âge	Fréquence des cycles
Adulte	10 par minute
Enfant	20 par minute
Nourrisson	30 par minute
Nouveau-né	40 par minute

- si la ventilation est supérieure à 6 mouvements par minute, estimer l'amplitude, le rythme des mouvements respiratoires, la difficulté à parler ou à compter jusqu'à 5 et les signes d'accompagnement de la détresse ventilatoire (tirage, battement des ailes du nez, bruits anormaux, balancement thoraco-abdominal, cyanose, sueurs/moteur) (cf. [chapitre 3](#)).

⇒ Étape C (Circulation) : circulation

Les mesures de sauvegarde permettent le contrôle immédiat d'une hémorragie externe menaçante et l'initiation d'une réanimation cardiopulmonaire.

Le bilan primaire se poursuit ensuite par l'appréciation de l'état circulatoire de la victime. Ce dernier peut être apprécié en contrôlant le pouls, la couleur de la peau, sa température et le temps de recoloration cutanée.

- Le pouls (cf. fiche technique G.12)

La palpation rapide du pouls radial permet sans le chiffrer, d'apprécier globalement sa fréquence (à peu près normale, rapide ou lente), son rythme (régulier ou non) et sa qualité (bien ou mal perçu).

La prise du pouls permet également d'évaluer la pression artérielle : en effet, un pouls radial perçu correspond à une pression artérielle systolique supérieure à 70-80 mmHg. Un pouls carotidien perçu correspond à une pression artérielle systolique supérieure à 60 mmHg.

- La couleur de la peau

La perfusion (vascularisation) normale de la peau lui donne une couleur rosée.

Quand la perfusion est réduite, la peau :

- devient pâle, grisâtre [une peau pigmentée peut rendre cette évaluation mal aisée; la couleur des ongles ou celle des muqueuses (lèvres, gencives) pourra être examinée] ;
- peut présenter des marbrures au niveau de l'abdomen et/ou des genoux.

- La température de la peau

Tout comme la couleur de la peau, sa température dépend des conditions ambiantes. Une peau froide peut être le témoin d'une perfusion diminuée. La peau est normalement tiède, ni chaude, ni froide.

- La sueur

Une peau sèche est le témoin d'une perfusion adéquate. Une peau moite peut signaler une mauvaise perfusion.

- Temps de recoloration cutanée (TRC)

Le temps de recoloration cutanée est vérifié en appuyant sur l'ongle, ce qui vide les capillaires visibles de leur sang. La rapidité avec laquelle le sang revient dans les capillaires lorsqu'on relâche la pression est une bonne façon d'estimer la qualité de la perfusion des extrémités. Un TRC supérieur à deux secondes signale une perfusion insuffisante des extrémités, signant une diminution locale ou générale du débit sanguin. Ainsi, le TRC peut être augmenté dans un état de choc (cf. chapitre 6). Néanmoins, d'autres facteurs peuvent augmenter le TRC indépendamment d'un état de choc : le froid, certains médicaments ou maladies des artères. De plus, le choc neurogénique (cf. chapitre 6) ne se traduit pas par une augmentation du TRC. Au total, le TRC garde toute sa place dans l'évaluation circulatoire du patient, mais il n'est pas suffisant pour diagnostiquer une diminution générale du débit sanguin.

- les Blood Box (les « boîtes à sang »)

Dans un contexte traumatique, la détection d'une détresse circulatoire doit faire rechercher une possible hémorragie interne au niveau des "boîtes à sang" que sont le thorax, l'abdomen, le pelvis et les cuisses.

⇒ Étape D (Disability) : déficit neurologique

L'appréciation de la conscience est réalisée en quelques secondes en posant une question simple à la victime et en lui demandant d'exécuter un ordre simple adapté à son état : « Comment ça va ? Ouvrez les yeux, serrez-moi la main, de quoi vous plaignez-vous ? ».

L'acronyme AVPU (ou EVDA) est utilisé pour décrire simplement l'état de conscience de la victime au cours du bilan primaire :

A [Alert] ou Éveillée / vigilante, éveillée : la victime est-elle spontanément alerte et orientée dans le temps et dans l'espace ?

V [Verbal] / réponse à une stimulation verbale : pour une victime présentant des troubles de la conscience, répond-elle néanmoins à une stimulation verbale ?

P [Pain] ou Douleur / réponse à la douleur : pour une victime présentant des troubles de la conscience, répond-elle néanmoins à une stimulation douloureuse ?

U [Unresponsive] ou Aréactive / inconsciente, ne répondant à aucun stimulus - pour une victime présentant des troubles de la conscience qui ne répond à aucune stimulation.

Si la victime ne répond pas et ne réagit pas, elle est inconsciente (coma). Dans ce cas, le matériel de réanimation doit être immédiatement préparé et mis en œuvre, parallèlement à la poursuite du bilan primaire et aux gestes d'urgence à pratiquer.

Si la victime présente des convulsions, il importe de relever ses caractéristiques (cf. chapitre 7).

Si la victime répond ou réagit, elle est consciente, et les réponses qu'elle va donner permettront éventuellement d'identifier sa plainte principale. Il importe notamment de rechercher une perte de connaissance et d'en évaluer la durée.

Chez une victime consciente, la demande d'exécution d'un ordre simple et la réponse à certaines questions (« Bougez les bras, les jambes, vous sentez que je vous touche ? ») permettent de détecter un déficit sensitif ou moteur important, notamment en cas d'accident vasculaire cérébral ou de traumatisme médullaire (moelle épinière).

En cas de suspicion de traumatisme d'un membre, aucun mouvement important ne doit lui être demandé, il faut donc lui faire serrer les mains sans mobiliser les bras.

Enfin, le sapeur-pompier examine les pupilles (cf. chapitre 3) en appréciant :

- la taille : normale, dilatée (mydriase), serrée (myosis) ;
- la symétrie (taille identique des deux pupilles) ;
- la réactivité à la lumière.

⇒ Étape E (Exposition) : exposition / environnement

Au cours de son bilan, le sapeur-pompier doit rapidement écarter les vêtements de la victime, permettant une exposition adéquate des lésions éventuelles et un examen clinique de qualité. Sur le terrain, il importe de n'exposer que les parties essentielles afin de ne pas induire ou majorer une hypothermie.

C'est dans l'ambulance, au chaud, à l'abri des regards, que le déshabillage pourra être poursuivi, de façon adaptée à la situation clinique.

2. Différents types de bilans primaires

► Bilan primaire de la victime consciente

⇒ Étape 1 : impression générale

L'approche de la victime ne diffère pas du cas général. **Toute suspicion de traumatisme crânien ou rachidien doit entraîner un maintien de la tête** (cf. [fiche technique G.14](#)) quelle que soit la position de la victime.

⇒ Étape 2 : A - les voies aériennes supérieures du patient sont appréciées, et libérées le cas échéant.

Si nécessaire, aider la victime à recracher tout corps étranger présent dans la cavité buccale.

⇒ Étape 3 : B - ventilation

1 Faciliter la ventilation : desserrer ou dégrafer rapidement tout ce qui peut gêner la ventilation.

2 Apprécier la ventilation (cf. [fiche technique G.09](#)) en notant :

- des difficultés évidentes pour répondre aux questions en enchaînant des phrases complètes ;
- une fréquence respiratoire très rapide, très lente ou irrégulière ;
- d'autres signes accompagnant la détresse respiratoire, visibles lors de ce premier contact : sueurs, cyanose, mains moites, tirage au niveau des muscles du cou.

3 Mettre la victime en position (demi-)assise en présence d'une détresse respiratoire : une victime consciente présentant des signes de détresse respiratoire doit immédiatement être mise en position (demi-)assise, si elle n'a pas déjà adopté cette position d'elle-même et si cela est possible (absence de suspicion de fracture du bassin ou du rachis) ;

4 Administrer de l'oxygène par inhalation si nécessaire (cf. [fiche technique M.07](#)).



Justification de la mise en position (demi-)assise

La position (demi-)assise améliore la respiration. En cas de détresse respiratoire évidente, la victime doit être maintenue dans cette position. Si elle présente simultanément une détresse circulatoire elle doit être installée en position demi-assise (tronc incliné à 45°). Une personne obèse est aussi installée en position demi-assise afin de libérer les mouvements du diaphragme.

Figure 4-4 : Installer la victime en position assise et administrer de l'oxygène par inhalation



⇒ Étape 4 : C - circulation

1 Apprécier la circulation (cf. fiche technique G.12) en notant :

- une pâleur cutanée ;
- une fréquence circulatoire (pouls) normale, très rapide, très lente ou irrégulière, perceptible au niveau de l'artère radiale ou seulement au niveau de l'artère carotidienne ;
- d'autres signes orientant vers une détresse circulatoire : douleur thoracique ou abdominale.

2 Allonger immédiatement une victime présentant une détresse circulatoire évidente (pouls radial non perçu), **en l'absence de détresse respiratoire**. Cette position de repos améliore la circulation notamment au niveau du cerveau.

⇒ Étape 5 : D - détresse neurologique

Apprécier la conscience à l'aide de l'échelle AVPU (ou EVDA) : une victime qui réagit ou répond aux ordres simples et adaptés à son état, est consciente.

⇒ Étape 6 : E - environnement

Protéger la victime contre le froid, la chaleur et les intempéries.

⇒ Étape 7 : demander un renfort médicalisé si la victime est critique.

► Bilan primaire de la victime inconsciente qui respire sans notion de traumatisme

⇒ Étape 1 : impression générale

L'approche de la victime ne diffère pas du principe général.

Son apparence laisse à penser qu'elle est inconsciente à cause d'un malaise ou d'une maladie, sans aucune notion de traumatisme, et qu'elle présente une ventilation certaine.

⇒ Étape 2 : A et B - voies aériennes supérieures et ventilation

1 Retourner la victime si elle est sur le ventre (cf. fiches techniques G.18 et G.19) afin :

- d'assurer la liberté des voies aériennes supérieures ;
- de rechercher avec certitude les signes de ventilation ;
- de réaliser les gestes d'urgence nécessaires.

2 Libérer les voies aériennes supérieures (cf. fiches techniques G.06, G.08 et M.03).

3 Apprécier la ventilation sur 10 secondes au plus (cf. fiche technique G.09).

4 Administrer de l'oxygène par inhalation si besoin (cf. fiche technique M.07).

⇒ Étape 3 : C - circulation

1 Apprécier la circulation sur 10 secondes (cf. fiche technique G.12).

2 Administrer de l'oxygène par inhalation si besoin (cf. fiche technique M.07).

⇒ Étape 4 : D - détresse neurologique

Apprécier la conscience à l'aide de l'échelle AVPU (ou EVDA).

⇒ Étape 5 : E - exposition

Protéger la victime contre le froid, la chaleur et les intempéries.

⇒ Étape 6 : la victime est critique, demander un renfort médicalisé.

Cas du sauveteur isolé

Le sapeur-pompier isolé doit adapter cette conduite à tenir et en particulier réaliser :

- un retournement en urgence seul si nécessaire (cf. fiche technique G.19) ;
- une mise en PLS à un sauveteur (cf. fiche technique G.15).

⇒ Étape 7 : mise en position d'attente

Placer la victime en position latérale de sécurité (cf. fiche technique G.15) uniquement si elle respire normalement de façon certaine (absence certaine d'indication d'initier une assistance ventilatoire ou une RCP)

- être préparé à initier une assistance ventilatoire ou une RCP.

Dans le cas contraire, laisser la victime à plat dos en assurant une surveillance rapprochée de la ventilation et du pouls carotidien.

La respiration de la victime doit être surveillée en continu si possible et au minimum toutes les minutes. Pour cela, le sauveteur doit :

- regarder le ventre et la poitrine de la victime se soulever ;
- écouter d'éventuels sons provoqués par la respiration ;
- sentir le soulèvement du thorax avec le plat de sa main.

Figure 4-5 : contrôle de la respiration d'une victime en PLS



Si l'état respiratoire de la victime s'aggrave :

- arrêt respiratoire ;
- fréquence inférieure à 6 mouvements par minute.

Le sauveteur doit alors replacer rapidement la victime sur le dos et pratiquer les gestes qui s'imposent (cf. chapitre 6 et cf. chapitre 7).

Figure 4-5 : aspiration des sécrétions d'une victime en PLS



► Bilan primaire de la victime inconsciente qui respire avec notion de traumatisme

Chez toute **victime** inconsciente **suspecte d'un traumatisme**, tous les gestes de secours doivent être effectués en essayant de **limiter l'aggravation d'une éventuelle lésion de la colonne cervicale**.

⇒ Étape 1 : impression générale

L'approche de la victime ne diffère pas du principe général.

Les circonstances et son apparence laissent à penser qu'elle est inconsciente et qu'elle semble victime d'un traumatisme. **Dans le doute**, ou lorsque les circonstances ne sont pas connues, **toute victime inconsciente est considérée comme traumatisée du rachis**.

Maintenir immédiatement la tête de la victime après une remise en position neutre si nécessaire (cf. **fiche technique G.14**). De principe, l'abord de la victime se fait de face afin d'éviter que la victime ne tourne la tête vers le sauveteur.

⇒ **Étape 2 : A et B - voies aériennes supérieures, protection de la colonne cervicale et ventilation**

1 Retourner systématiquement la victime porteuse ou non d'un casque de protection **lorsqu'elle est allongée sur le ventre** (cf. [fiches techniques G.18 et G.19](#)). En équipe, le retournement s'effectue obligatoirement à deux sauveteurs.

2 Retirer systématiquement le casque de protection. Ce retrait est obligatoirement réalisé à deux lorsque les sapeurs-pompiers interviennent en équipe (cf. [fiche technique G.16](#)) afin de limiter la mobilisation de la tête et de la nuque de la victime. S'il intervient seul, le sapeur-pompier doit également assurer ce retrait (cf. [fiche technique G.17](#)).

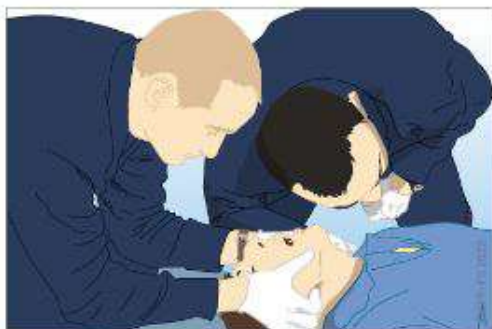
Figure 4-7 : retrait du casque



3 Libérer les voies aériennes supérieures si nécessaire : dans ce cas, la bascule prudente de la tête en arrière est remplacée **par une subluxation mandibulaire seule** (cf. [fiche technique G.07](#)), afin de ne pas entraîner une extension du cou pouvant aggraver une fracture du rachis cervical. Le reste de la libération des voies aériennes est inchangé.

4 Apprécier la ventilation sur 10 secondes au plus (cf. [fiche technique G.09](#)).

Figure 4-8 : appréciation de la respiration chez une victime inconsciente traumatisée



5 Administrer de l'oxygène par inhalation si nécessaire (cf. [fiche technique M.07](#)).

6 Surveiller attentivement et en permanence la respiration de la victime.

⇒ **Étape 3 : C - circulation**

L'appréciation de la circulation est réalisée sur 10 secondes. (cf. [fiche technique G.12](#))

⇒ **Étape 4 : D - déficit neurologique**

Apprécier la conscience à l'aide de l'échelle AVPU (ou EVDA).

⇒ **Étape 5 : E - exposition**

Protéger la victime contre le froid, la chaleur ou les intempéries.

⇒ **Étape 6 : demander un renfort médicalisé**

Cas du sauveteur isolé

Le sapeur-pompier isolé doit adapter cette conduite à tenir et en particulier réaliser :

- un retournement en urgence seul (cf. [fiche technique G.19](#)) ;
- un retrait du casque seul (cf. [fiche technique G.17](#)) ;
- la libération des voies aériennes supérieures se fera au moyen d'une élévation du menton seul qui sera maintenue durant l'appréciation de la respiration ;
- une mise en PLS à un sauveteur (cf. [fiche technique G.15](#)).

⇒ **Étape 7 : initier l'immobilisation sur un matelas immobilisateur à dépression (MID).**

Placer un collier cervical si nécessaire tout en assurant le maintien de la tête (cf. [fiche technique I.01](#)). À défaut de matériel ou par nécessité de poursuivre une subluxation de la mandibule, le maintien de la tête sera réalisé sans collier cervical.

Une victime inconsciente traumatisée cumule deux risques dont la gestion est a priori contradictoire dans les techniques mises en oeuvre : l'inconscience (donc un risque pour la perméabilité et la protection des voies aériennes supérieures) et la suspicion de lésion rachidienne instable.

Ainsi, le principe général est de laisser toute victime inconsciente traumatisée, immobilisée sur un MID à plat dos, sous la surveillance permanente de deux secouristes assurant une libération des voies aériennes supérieures permanente, disposant d'un aspirateur de mucosités efficace immédiatement prêt à être utilisé (cf. [fiche technique M.03](#)).

Uniquement dans un contexte de **nombreuses victimes** ou **sur demande médicale**, la victime sera mise en PLS dans le respect des principes suivants :

- Le secouriste effectue une palpation sommaire (afin d'apprécier tout traumatisme évident permettant de déterminer le côté de la mise en PLS).
- La mise en PLS s'effectue systématiquement à 2 secouristes ou plus (sauf en présence de nombreuses victimes où la technique est réalisée seule), en stabilisant +/- restriction du rachis cervical (si la restriction par collier cervical s'était avérée nécessaire, alors ne pas retirer celui-ci par la suite).



► Bilan primaire de la victime en arrêt cardiaque (sauf le nouveau-né à la naissance)

⇒ Étape 1 : impression générale

L'approche de la victime ne diffère pas du cas général. La victime est manifestement inconsciente, ne réagit pas aux stimulations.

Dans le doute ou lorsque les circonstances ne sont pas connues, **toute victime inconsciente est considérée comme traumatisée du rachis.**

- 1** Retourner la victime lorsqu'elle est allongée sur le ventre (cf. fiches techniques G.18 et G.19).
- 2** Retirer systématiquement le casque de protection (cf. fiche technique G.16).
- 3** Apprécier simultanément la ventilation et un pouls arotidien sur 10 secondes au plus (cf. fiche technique G.09 et G.12). Après ce laps de temps, si la poitrine (ou le haut de l'abdomen) ne se soulève pas, et qu'aucun pouls certain n'est perçu, la victime est en arrêt cardiaque. **Il ne faut pas confondre les gasps avec des mouvements respiratoires.**
- 4** Débuter immédiatement une réanimation cardiopulmonaire (cf. chapitre 6.2).
- 5** Pratiquer cinq insufflations s'il s'agit d'un nouveau-né, d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un noyé, en étant particulièrement attentif aux réactions éventuelles de la victime (mouvement, toux, reprise de la ventilation) (cf. fiche technique M.08).

⇒ Étape 2 : Demander un renfort médicalisé.

⇒ Étape 3 : D - Apprécier l'état des pupilles

(cf. chapitre 3)

Cas du sauveteur isolé

Le sapeur-pompier isolé doit adapter cette conduite à tenir et en particulier réaliser :

- un retournement en urgence seul si nécessaire (cf. fiche technique G.19) ;
- un retrait du casque seul (cf. fiche technique G.17) ;
- une alerte immédiate dès la découverte de l'arrêt cardiaque sauf dans les cas particuliers du noyé, de l'enfant, du nourrisson et du nouveau-né (cf. chapitre 6 et chapitre 12)

Figure 4-10 : bilan primaire

- **Impression générale (ou deuxième regard)**
 - Apparence globale de la victime
 - Détection d'une menace vitale évidente (X ABC)
 - Identifier la plainte principale
- **Bilan ABCDE (ou troisième regard)**
 - » **A [Airways]** : évaluation des voies aériennes supérieures et protection du rachis cervical
 - Libération des voies aériennes
 - Maintien de la tête si traumatisme ou suspicion de traumatisme
 - » **B [Breathing]** : ventilation
 - Respiration ou arrêt respiratoire
 - Signes évidents de détresse respiratoire
 - » **C [Circulation]** : circulation
 - Circulation ou arrêt cardiaque
 - Signes évidents de détresse circulatoire
 - » **D [Disability]** : détresse neurologique
 - Conscience normale ou coma
 - Déficit moteur périphérique
 - » **E [Exposition]** : exposition / environnement

**Si la victime est critique,
contacter immédiatement
la régulation médicale
pour une demande de renfort
en urgence.**