

Une introduction aux **premiers secours**

Recommandations européennes relatives
aux premiers secours
définies par Johanniter International

johanniter
international



approuvé par *European Medical Association*

Sommaire

Préface	3
Conditions d'utilisation	4
Organisations et représentants du Groupe de travail	5
Introduction	6
Utilisation des médicaments du patient	6
Sécurité personnelle	6
Prendre soin de vous	7
Soutenir la victime	8
Répondre à une urgence	9
Qui traiter en premier ?	10
Présentation de DRS-ABCD	11
Effectuer une RCP et une défibrillation chez les adultes	16
Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)	18
Effectuer une RCP et une défibrillation chez les nourrissons et les enfants	19
Étouffement chez les adultes	22
Étouffement chez les nourrissons et les enfants	23
Position latérale de sécurité	24
Retrait d'un casque de moto	25
Difficultés respiratoires	26
Quasi-noyade	28
Douleurs thoraciques	29
Évanouissement	30
Hémorragie externe	31
État de choc	33
Blessures pénétrantes - coups de couteau et balles d'armes à feu	34
Pathologies liées à la chaleur	35
Problèmes associés au froid	36
Incidents électriques	38
Réactions allergiques	39
Convulsions (crises)	40
Blessures à la tête	41
Maux de tête	42
AVC	43
Urgences diabétiques	44
Lésions osseuses et des tissus mous	46
Blessures mineures	51
Brûlures et échaudures	54
Attaque à l'acide	55
Empoisonnement ou surdosage intentionnel	55
Morsures et piqûres	56

Préface

Lors d'accidents ou d'urgences médicales, **les premiers secours sauvent des vies**. Maintenir le patient en vie et en sécurité jusqu'à l'arrivée de professionnels est un élément essentiel de la chaîne des secours conduisant à la guérison. Le principe des premiers secours est d'utiliser des compétences simples, clairement enseignées et applicables par des personnes sans formation médicale dans des situations stressantes. Ce manuel est destiné à offrir à toute personne une formation de base aux premiers secours.

Johanniter International (JOIN) est l'association des œuvres de bienfaisance affiliées aux Ordres protestants de Saint-Jean en Europe et au-delà. Son Groupe de travail clinique est chargé de veiller à la qualité et à la diffusion de la formation aux premiers secours au sein de ses pays membres.

Les questions de droit d'auteur dans un certain nombre de pays ont rendu difficile, voire impossible, l'adoption généralisée d'un ensemble unique de recommandations. Le contenu de ce manuel est donc proposé comme une première édition de recommandations européennes relatives aux premiers secours destinées au grand public. En tant que telles, elles sont compatibles avec les pratiques actuelles, avec d'autres prescriptions spécialisées (par exemple en ce qui concerne la prise en charge des brûlures) et sont basées sur des données factuelles, lorsque celles-ci existent. Ces recommandations européennes seront régulièrement mises à jour par le Groupe de travail clinique de JOIN.

Il est surprenant de constater qu'aucun ensemble de recommandations européennes relatives aux premiers secours n'ait été établi avant 2019. Nous espérons que ces recommandations seront bien reçues, et nous vous invitons à envoyer tout commentaire ou suggestion à notre bureau (join.office@johanniter.org).

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ian Greaves', with a horizontal line underneath it.

Prof Ian Greaves

Président du Groupe de travail clinique de Johanniter International

Août 2019

Conditions d'utilisation

Ces recommandations, qui sont actuellement disponibles dans 15 langues, peuvent être utilisées gratuitement par tout organisme ou individu enseignant les premiers secours. Ces recommandations seront également publiées en version mobile en temps voulu.

Si vous êtes une organisation internationale, et que vous utilisez ces recommandations, nous vous prions d'envisager de faire un don via notre site internet pour soutenir le travail de JOIN.

Les recommandations doivent être utilisées intégralement *telles qu'elles sont publiées* et aucune modification n'est autorisée sans accord préalable.

Ces recommandations sont proposées en toute bonne foi et représentent le consensus européen d'un large éventail d'experts. Tous les efforts possibles ont été déployés pour que ce manuel reflète les recommandations provenant de sources faisant autorité et en vigueur au moment de la publication.

Cependant, la responsabilité de leur utilisation incombe au secouriste. Les organisations membres de JOIN n'acceptent aucune responsabilité pour toute réclamation découlant de l'utilisation de ce manuel. Les secouristes sont invités à se tenir au courant de toute évolution et à identifier les limites de leurs compétences. Bien que les informations contenues dans ces recommandations apportent des indications sur les soins et les traitements initiaux, elles ne peuvent en aucun cas se substituer à un avis médical.

Impression

Publié par Johanniter International ASBL ▪ Œuvres de bienfaisance des Ordres de Saint-Jean ▪ Rue Joseph II, 166, 1000 Bruxelles
Téléphone +32 2 282 1045 ▪ join.office@johanniter.org ▪ www.johanniter.org ▪ Enregistré à Belgique (ASBL)

Editeur Johanniter International ▪ **Conception et mise en page** Mag.^a Julia Kadlec ▪ Février 2020

Organisations et représentants du Groupe de travail

En tant que président, je suis extrêmement reconnaissant à tous les membres du Groupe de travail clinique, incluant aussi bien des membres de Johanniter International que des experts invités à participer au développement de ce manuel. Sans leur engagement, leur travail acharné et leur volonté de compromis, ces recommandations n'auraient pas été possibles.

Dr Henrik Antell	<i>Johanniterhjälpen, Finlande</i>
Dr Christian Emich	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Autriche</i>
M. Ryszard Stykowski	<i>Joannici Dzieło Pomocy, Pologne</i>
Prof Ian Greaves	<i>St John Ambulance, Angleterre (Président)</i>
Dr Davide Laetzsch	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Italie</i>
Mme Judith Alexander Musallam	<i>St John of Jerusalem Eye Hospital Group</i>
Dr Joerg Oberfeld	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Allemagne</i>
M. Nils Schröder	<i>Johanniter-Jugend, Allemagne</i>
M. Imre Szabján	<i>Johannita Segítő Szolgálat, Hongrie</i>
Dr Andreas Tanos	<i>St John Association and Brigade, Chypre</i>
Dr Rainer Thell	<i>Johanniter-Unfall-Hilfe, Autriche</i>
Dr Sarah Vecchione	<i>Soccorso dell'Ordine di San Giovanni, Italie</i>
M. Richard Webber	<i>St John Ambulance, Angleterre</i>

Je suis extrêmement reconnaissant aux Dr Paul Hunt, Dr Harvey Pynn, Dr Owen Williams et Dr Erik Litonius de leurs contributions au Groupe de travail clinique.

De plus, le Groupe de travail clinique tient à remercier la direction de Johanniter International et ses organisations membres pour leur soutien financier généreux et leurs encouragements; ils ont immédiatement reconnu l'importance de ce projet et ont facilité les réunions nécessaires à son développement.

Je remercie également M. Joachim Berney et le personnel du secrétariat au siège à Bruxelles, sans oublier M. Pierre Berney pour sa relecture précieuse de la version française de ce manuel.

Mes sincères remerciements vont enfin aux divers organismes nationaux affiliés à la famille internationale de Saint-Jean qui ont aimablement mis leurs ressources à notre disposition.

Introduction

Les **premiers soins** peuvent être définis comme l'assistance immédiate fournie à une personne malade ou blessée. Un **secouriste** est tout individu possédant les compétences et les connaissances requises pour prodiguer de tels soins.

Ce guide est destiné à toute personne du public ou aux familles faisant face à un problème médical. Il a été rédigé par le Groupe de travail clinique de Johanniter International (JOIN). Les sujets abordés dans ce guide comprennent des situations d'urgence où les premiers secours peuvent sauver des vies. Ce document fournit des recommandations de base et ne peut en aucun cas se substituer à un avis médical qui serait disponible immédiatement. Il décrit un niveau de secourisme pouvant être enseigné lors d'une seule formation courte. Plusieurs de ces techniques peuvent aussi être utilisées pour un apprentissage autodidacte.

Dans ce guide, le terme de « nourrisson » fait référence à un enfant de moins de un an, alors que le terme « enfant » se rapporte à un enfant âgé de un à huit ans.

La formation aux premiers secours n'est pas un événement unique. Elle nécessite une expérience continue et des cours de répétition réguliers pour garantir une mise à jour constante de vos connaissances et compétences.

Les informations contenues dans ce manuel sont définies afin que vous puissiez :

- Comprendre le rôle d'un secouriste.
- Répondre à un incident pour lequel des premiers secours sont requis.
- Comprendre comment la situation peut affecter les besoins en premiers soins.
- Traiter des blessures spécifiques.
- Prendre en charge des pathologies courantes.
- Avoir connaissance du matériel de premiers secours nécessaire et savoir comment l'utiliser.

Utilisation des médicaments du patient

Le cas échéant, les secouristes sont encouragés à aider un patient à suivre son traitement. Les exemples incluent l'utilisation d'un inhalateur pour la prise en charge de l'asthme ou d'un auto-injecteur pour traiter des réactions allergiques graves.

Sécurité personnelle

Une personne prodiguant les premiers secours doit se protéger autant que possible contre toute exposition aux fluides corporels – tels que les vomissures, l'urine ou le sang. Certains équipements de protection individuelle (EPI) sont essentiels :

- Gants jetables.
- Écran facial (pour réduire le risque d'infection lors de la réalisation d'insufflations de secours).
- L'utilisation potentielle d'un gel d'alcool ou d'un produit similaire (à utiliser avant et après le traitement).

Le lavage des mains réduit le risque de transmission de microbes ou de contamination entre le secouriste et le patient. De préférence, les mains doivent être soigneusement lavées au savon et à l'eau courante tiède avant et après tout contact avec un patient ou toute activité susceptible de conduire à une contamination. Après le lavage, les mains doivent être soigneusement séchées, de préférence avec des serviettes jetables. En l'absence d'eau et de savon, et si vos mains sont visiblement propres, vous pouvez utiliser un liquide ou un gel à base d'alcool.

Prendre soin de vous

En tant que secouriste, vous avez les compétences et les connaissances nécessaires pour sauver des vies. Aller au secours d'autrui est généralement une expérience enrichissante et positive. Cependant, des personnes peuvent éprouver tout un éventail de sentiments négatifs tels que doutes, anxiété, tristesse et irritabilité. Les situations qui peuvent être particulièrement traumatisantes sont celles impliquant des enfants, plusieurs personnes simultanément ou des circonstances ayant un impact plus personnel. En tant que secouriste, vous devez comprendre la théorie et mettre en pratique les compétences nécessaires pour appliquer des procédures simples. Ainsi, quoi qu'il arrive, vous aurez conscience d'avoir agi de façon optimale dans les limites de vos connaissances et de votre formation.

Si vous éprouvez des sentiments négatifs, ces derniers s'estomperont en général rapidement et seront souvent suivis de sentiments plus positifs, tels que le soulagement, la satisfaction et l'acceptation. Si des sentiments négatifs continuent à avoir un impact sur les activités normales de votre vie personnelle, sociale ou professionnelle, vous devez faire appel à un professionnel de la santé.

Chacun réagit différemment à des situations difficiles et certaines personnes sont plus résilientes que d'autres. L'objectif principal est le maintien de votre santé et la compréhension de vos besoins personnels lorsque vous faites face à un événement stressant.

La plupart des personnes ne souffriront d'aucun problème important ou sur le long terme après avoir prodigué des premiers secours. Au contraire, la majorité d'entre elles percevra cette expérience comme enrichissante, qu'elle ait été réussie ou pas, et sera satisfaite d'avoir essayé de faire la différence. C'est une réaction normale.

Les problèmes à long terme sont assez rares. L'important est de reconnaître (en vous-même ou chez autrui) toute difficulté à s'adapter à une vie normale sur le plan fonctionnel, ou à détecter des réactions anormales, et d'obtenir de l'aide dès que possible.

Où trouver de l'aide

Vous pouvez obtenir de l'aide auprès de votre médecin généraliste. Si vous participez à un programme de premiers secours organisé dans votre pays, par Saint-Jean par exemple, vos collègues seront heureux de vous aider et vous orienteront, en toute confidentialité, vers des services de soutien et d'assistance appropriés.

« C'est normal de ne pas aller bien... mais c'est aussi normal d'aller bien »

Soutenir la victime

Les victimes d'accidents et de situations d'urgence peuvent également subir des conséquences psychologiques. Un secouriste peut toutefois émettre de simples suggestions susceptibles de réduire le risque d'effets indésirables. Cette approche peut être qualifiée de **premiers secours psychologiques** et peut être utile aux victimes d'événements traumatiques. Si les circonstances le permettent, il peut être utile de proposer à la victime des stratégies pour faire face à la situation, et d'identifier les comportements pour lesquels elle doit envisager d'obtenir un soutien psychologique. Un résumé des comportements potentiellement bénéfiques ou néfastes est présenté dans le tableau ci-dessous.

BÉNÉFIQUES	POTENTIELLEMENT NÉFASTES
<ul style="list-style-type: none">■ Discussion avec d'autres personnes pour obtenir un soutien.■ Participation à des activités positives.■ Se tenir à un horaire normal.■ Adoption d'un mode de vie sain.■ Méthodes de relaxation.■ Participation à des groupes de soutien.■ Conseil professionnel.	<ul style="list-style-type: none">■ Utilisation d'alcool ou de drogues.■ Éloignement de sa famille et de ses amis.■ Travail excessif.■ Prise de risque.■ Refus de penser ou de parler de l'événement.

Répondre à une urgence

En cas d'urgence, il est important de suivre un plan bien déterminé. Cela vous permettra de hiérarchiser vos interventions et de répondre de façon appropriée et efficace.

La plupart des incidents qu'un secouriste rencontrera seront relativement mineurs. Les patients peuvent ne pas nécessiter de soins médicaux supplémentaires et, si tel est le cas, ils n'auront pas besoin d'une ambulance en urgence. Dans la plupart des cas, les patients pourront consulter d'autres professionnels de la santé ou se rendre à l'hôpital par un autre moyen de transport. Le secouriste a pour mission de donner des conseils de base en orientant les patients vers les soins ultérieurs les plus appropriés (ce qui peut inclure un retour au domicile ou au travail).

Si l'incident est plus grave, certaines étapes sont essentielles, et le secouriste doit

- Évaluer le danger et sécuriser la zone si possible.
- Appeler le 112 pour faire appel à un service médical d'urgence, le cas échéant.

Lorsque vous informez l'opérateur du service des urgences d'un incident, commencez par indiquer votre nom et votre numéro de téléphone. Les informations doivent être transmises de façon brève et claire. Il est important de communiquer les détails suivants :

- Situation (ce qui s'est passé).
- Lieu (endroit où l'incident s'est produit et comment s'y rendre).
- Nombre de blessés (de victimes).
- Dangers présents (réels et potentiels).
- Services d'urgence requis.

Une fois l'appel terminé, il est important de faire tout votre possible pour prodiguer des soins jusqu'à l'arrivée des secours. L'opérateur du service médical d'urgence peut vous aider par téléphone. Dans certains cas, vous ne pourrez peut-être rien offrir de plus qu'un soutien et un accompagnement jusqu'à l'arrivée des secours, mais cela est réellement précieux.

Si la situation d'urgence se situe dans un bâtiment de grande taille, veillez à envoyer quelqu'un pour accueillir le service des urgences et le diriger vers le lieu de l'incident.

Le cas échéant, rassemblez les médicaments du patient, attachez tout animal en liberté et, si vous vous trouvez dans un endroit sombre, veillez à ce que les lumières restent allumées pour permettre aux secours de vous trouver plus facilement.

Lorsque vous prodiguez les premiers secours, vous devez vous efforcer de préserver autant que possible la dignité et la vie privée du patient, sans toutefois affecter votre capacité à l'aider, et en tenant compte des sensibilités culturelles. En outre, chaque fois que vous prodiguez les premiers secours à un enfant, assurez-vous de la présence d'un parent ou d'un autre adulte.

Qui traiter en premier ?

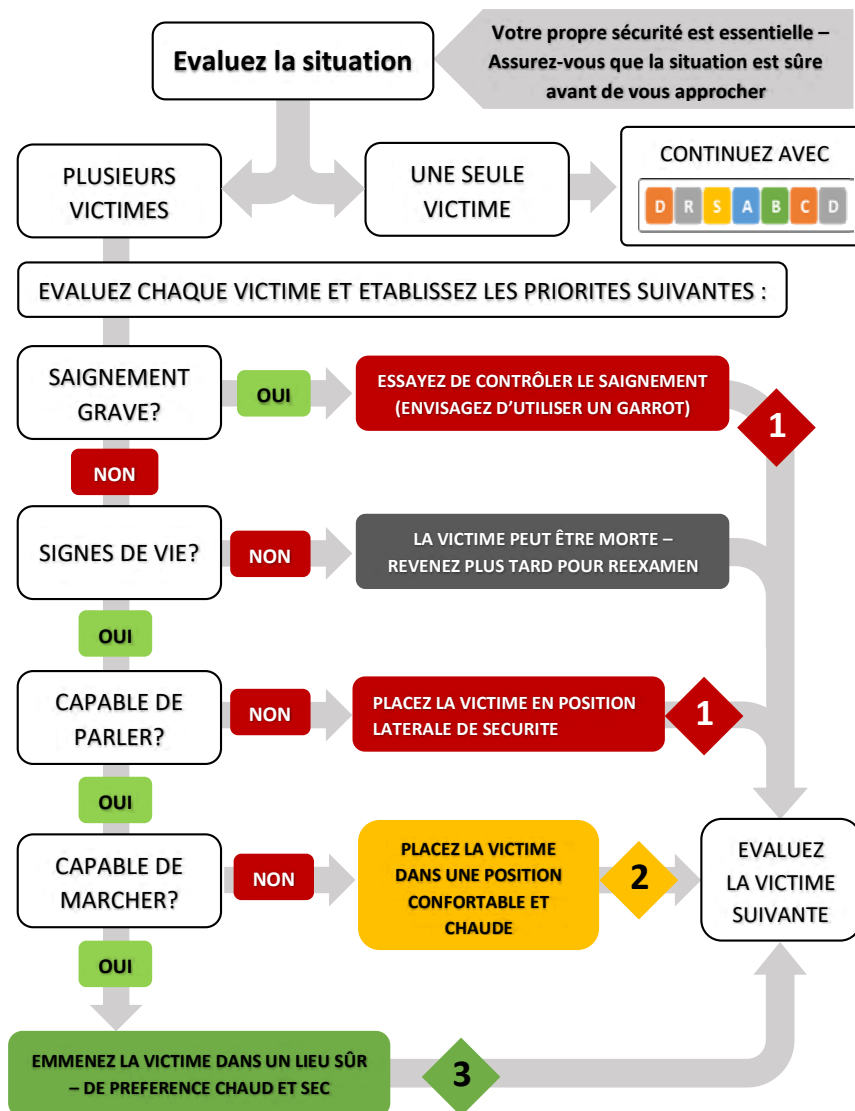
Parfois, un incident implique plus d'un patient. Dans ces cas rares, vous devrez identifier ceux qui ont le plus urgemment besoin d'un traitement.

Dans une telle situation, votre objectif est de faire le plus possible pour le plus grand nombre et de préserver la vie.

Si la situation reste dangereuse, tous les patients en mesure de marcher doivent être dirigés ou orientés vers un lieu sûr unique, généralement à une légère distance du site de l'incident et où ils peuvent attendre de faire l'objet d'une évaluation plus approfondie en toute sécurité.

Pour les patients restants, le premier objectif doit être d'arrêter les saignements graves et de garantir que les voies respiratoires sont bien dégagées et que le patient respire correctement.

Ce guide de premiers secours utilise le sigle mnémorique **DRS-ABCD** (rappelez-vous « DocteuRS-ABCD ») qui sera présenté à la page suivante. Ce sigle constitue un cadre simple que vous pouvez retenir facilement en tant que secouriste répondant à un incident.



Présentation de DRS-ABCD

Voici l'approche **DRS-ABCD**, qui doit être suivie à chaque fois que vous venez en aide à la victime d'un accident. Si vous avez affaire à plusieurs victimes, il pourrait s'avérer nécessaire de donner la priorité à l'arrêt de saignements graves ("S"), plutôt qu'à l'évaluation de la réactivité ("R").

D	▪ DANGER
R	▪ RESPONSIVE? (RÉACTIF?)
S	▪ STOP SEVERE BLEEDING (ARRÊTER TOUT SAIGNEMENT GRAVE) ▪ SUMMON/SEND FOR HELP (APPELER/ENVOYER CHERCHER DE L'AIDE)
A	▪ AIRWAY (VOIES RESPIRATOIRES)
B	▪ BREATHING (RESPIRATION)
C	▪ CPR ¹ /CIRCULATION (RCP ¹ /CIRCULATION)
D	▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (DÉFIBRILLATION/ÉTAT DE CONSCIENCE)

¹ RCP - Réanimation Cardio-Pulmonaire

En tant que secouriste, vous rencontrerez deux groupes de patients : ceux qui ont été blessés et ceux qui sont malades. L'approche **DRS-ABCD** fournit le cadre nécessaire pour la prise en charge des deux types de patients. Nous allons maintenant examiner chacune de ces étapes.

Les deux premières étapes D et R sont les mêmes, que le patient soit blessé ou malade :

D

▪ DANGER

Il est essentiel que le secouriste ne s'expose pas à des risques inutiles lorsqu'il porte assistance à une personne blessée ou malade (Figure 1). Vous devez vous assurer que vous pouvez porter secours en toute sécurité. Si vous identifiez des dangers, veillez à ce que toutes les personnes présentes se déplacent vers un endroit plus sûr. S'il ne vous est pas possible de prodiguer les premiers secours en toute sécurité, vous devez attendre l'arrivée du service des urgences, qui est accoutumé à travailler dans des environnements dangereux. Vous ne devez pas vous sentir obligé de prendre des risques inutiles.

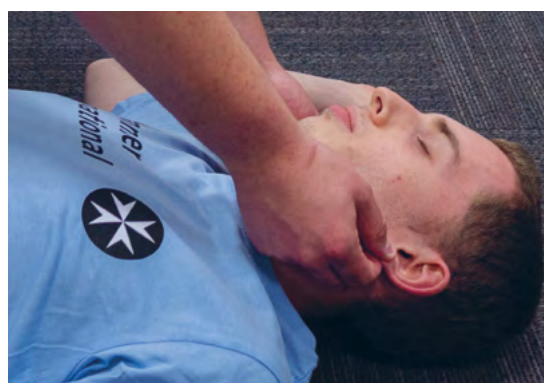


► Figure 1 - Identifier les dangers

R

▪ RESPONSIVE? (RÉACTIF?)

L'étape suivante consiste à déterminer si le patient est réactif. Ceci est évident dans la plupart des cas, car les patients vous parleront ou répondront de manière appropriée lorsque vous leur parlerez. S'ils **ne répondent pas à votre voix, pincez délicatement le lobe de leur oreille** (Figure 2). Ne secouez pas vigoureusement le patient, car cela pourrait aggraver ses blessures.



► Figure 2 - Pincer le lobe d'une oreille

Les mesures à prendre aux stades suivants, S-ABCD, diffèrent selon que le patient est blessé ou malade :

S

- STOP SEVERE BLEEDING (ARRÊTER TOUT SAIGNEMENT GRAVE)
- SUMMON/SEND FOR HELP (APPELER/ENVOYER CHERCHER DE L'AIDE)

Si le patient souffre d'une blessure et saigne abondamment, vous devez immédiatement tenter de contrôler le saignement (voir page 36).

Votre prochaine tâche peut être d'**appeler les secours**. Restez de préférence avec le patient et utilisez un téléphone portable en activant le haut-parleur. L'opérateur du service des urgences peut vous donner des instructions supplémentaires.

Si cela n'est pas possible et qu'une autre personne est présente, demandez-lui de contacter les secours par téléphone et de vous confirmer que les secours sont en route. Dans les deux cas, veillez si possible à obtenir un défibrillateur automatique externe (DAE). Le service des urgences vous indiquera où se trouve le DAE le plus proche.

A

- AIRWAY (VOIES RESPIRATOIRES)

Si le patient n'est pas réactif, vérifiez que les voies respiratoires ne sont pas obstruées. Si vous identifiez un obstacle visible dans la bouche, enlevez-le soigneusement si cela est possible et sans danger.

Ensuite, les voies respiratoires doivent être ouvertes à l'aide d'une simple manœuvre - « **élévation du menton et bascule de la tête en arrière** » (Figure 3).

Placez le bout des doigts d'une main sous la pointe du menton du patient, puis soulevez et maintenez le patient dans cette position. En même temps, placez votre autre main sur le front et inclinez délicatement la tête vers l'arrière. Cette action doit ouvrir les voies respiratoires en entraînant la langue, qui se décolle du fond de la gorge.

Il existe quelques petites différences dans la prise en charge des voies respiratoires chez les enfants. Celles-ci sont décrites à la page 19.



► Figure 3 - La manœuvre « d'élévation du menton et de bascule de la tête en arrière »

B

▪ BREATHING (RESPIRATION)

L'étape suivante consiste à déterminer si le patient respire normalement. Une respiration normale doit sembler régulière et confortable.

Pour évaluer la respiration, regardez les mouvements de la poitrine, écoutez et sentez la présence d'un souffle sur votre joue pendant un maximum de 10 secondes – **VOIR – ÉCOUTER – SENTIR** (Figure 4). En cas de doute sur la respiration du patient, supposez qu'il ne respire pas normalement.



► Figure 4 - Voir, écouter et sentir la présence d'un souffle

Si le patient:

- **Est réactif et respire normalement** – placez-le dans une position confortable et passez à l'évaluation de la CIRCULATION.
- **N'est pas réactif et respire normalement** – placez-le dans la position latérale de sécurité (page 24) et passez à l'évaluation de la CIRCULATION.
- **N'est pas réactif et ne respire pas normalement** – passer immédiatement à C et commencez la RCP (page 16).

Si vous êtes seul, vous pouvez devoir vous éloigner brièvement de la victime pour vous assurer que les secours sont en route.

C

▪ CPR/CIRCULATION (RCP/CIRCULATION)

- **Si une RCP est requise, suivez les recommandations à la page 16.**
- Dans tous les autres cas, évaluez la CIRCULATION en recherchant tout signe d'état de choc (page 33).

D

▪ DEFIBRILLATION/DISABILITY (DÉFIBRILLATION/ÉTAT DE CONSCIENCE)

Si vous avez commencé une RCP, attachez un DAE dès que possible (voir page 22) et suivez les instructions verbales données par l'appareil.

Si une RCP n'est pas nécessaire, l'étape suivante consiste à évaluer l'ÉTAT DE CONSCIENCE à l'aide de l'échelle AVPU pour mesurer le niveau de réactivité.



► Figure 5 - Le symbole international d'un DAE

Les quatre niveaux sont les suivants:

A – Alert (Conscient): Le patient a-t-il conscience de ce qui se passe autour de lui?

V – Voice (Parole): Le patient répond-il aux commandes verbales?

P – Pain (Douleur): Réagit uniquement aux stimuli douloureux (pincer le lobe de l'oreille de la façon indiquée dans Figure 2).

U – Unresponsive (pas réactif): Ne réagit pas aux stimuli douloureux.

Dans le cadre de l'évaluation de l'ÉTAT DE CONSCIENCE demandez au patient s'il peut bouger et a des sensations normales dans tous ses membres.

Une fois terminé, ceci conclut l'approche **DRS-ABCD** initiale. Si l'état du patient s'est détérioré, recommencez votre évaluation dès le début.

Si l'état du patient n'a pas changé, le moment est venu de procéder à un examen « de la tête aux pieds » à la recherche de toute autre blessure et de poser des questions sur tout symptôme éventuel de pathologie. Dans cette optique, toute caractéristique identifiée lors de votre évaluation initiale **DRS-ABCD** pourrait s'avérer utile.

Ces informations peuvent ensuite être transmises aux secours dès leur arrivée.

Les pages suivantes décrivent les phases **DRS-ABCD** de manière plus détaillée à l'aide des icônes alphabétiques (en haut de la page) faisant référence à la partie appropriée de la séquence. Par exemple :



fait référence à la phase RCP/Circulation de DRS-ABCD

Effectuer une RCP et une défibrillation chez les adultes

Cette section expliquera comment fournir les premiers secours aux ADULTES non réactifs et qui ne respirent pas normalement.

Les compressions thoraciques ont pour but de pomper manuellement le sang dans le corps afin que l'oxygène puisse atteindre le cerveau et le cœur. En outre, un défibrillateur automatisé externe (DAE) doit être utilisé dès que possible.

112 N'oubliez pas de contacter les secours dès que possible

Les principes qui guident les premiers secours dans cette situation sont résumés dans la CHAÎNE DE SURVIE (Figure 6).



► Figure 6 - La chaîne de survie

Éléments clés :

- Reconnaissance précoce et accès aux secours.
- Compressions thoraciques immédiates.
- DAE utilisé dès que possible.
- Prestation de soins spécialisés.

Une RCP implique une combinaison de compressions thoraciques et d'insufflations de secours. Si vous n'êtes pas capable d'effectuer des insufflations de secours ou que cela vous rend mal à l'aise, effectuez uniquement des **compressions répétées** sans vous interrompre.

Effectuer des compressions thoraciques

Prodiguer des compressions thoraciques est fatigant. Idéalement, changer de personne toutes les 2 minutes. La RCP ne doit être arrêtée que si le patient commence à présenter des signes de vie, à l'arrivée des secours, ou si la personne prodiguant la RCP est épuisée.



► Figure 7 - Compressions thoraciques

- Placez le patient sur le dos, couché sur un plan dur et agenouillez-vous près de la poitrine.
- Placez les paumes des deux mains au centre de la poitrine, les bras tendus, une main sur l'autre (Figure 7).
- Effectuez 30 compressions thoraciques visant à atteindre un rythme de 100-120 compressions/minute.
- Pour chaque compression, appuyez fermement sur 5 à 6 cm, en relâchant complètement la pression entre compressions sans que vos mains ne quittent la poitrine (Figure 7).



► Figure 8 - Élévation du menton et bascule de la tête en arrière



► Figure 9 - Insufflation de secours

Prodiguer des insufflations de secours

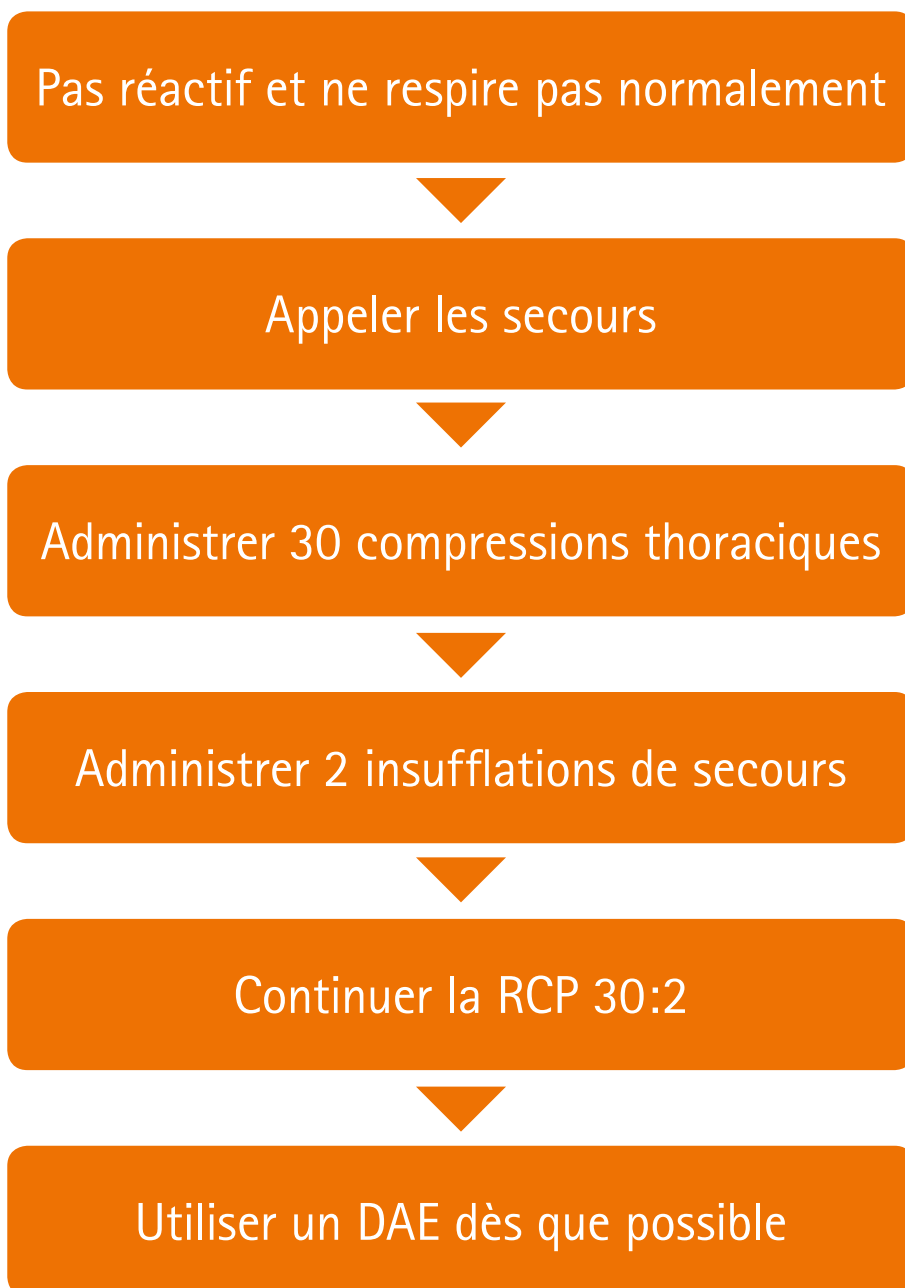
- Le rapport entre les compressions thoraciques et les insufflations doit être de 30:2.
- Soulevez le menton et basculez la tête en arrière (Figure 8).
- Un écran ou masque facial rendra la réalisation d'insufflations de secours plus sûre et plus acceptable pour le secouriste.
- Placez votre bouche autour de celle du patient, en vous assurant d'obtenir une bonne étanchéité et en pinçant son nez (Figure 9).
- Essayez de n'administrer que 2 insufflations d'une durée d'environ 1 seconde à chaque fois en faisant remonter la poitrine de façon visible.
- Si vous ne parvenez pas à administrer des insufflations, vérifiez à nouveau l'absence de tout obstacle visible (et enlevez-le le cas échéant) et repositionnez la tête du patient.

Si vous ne souhaitez pas ou ne pouvez pas prodiguer des insufflations, **n'administrez que des compressions thoraciques**. Dans la plupart des pays, l'opérateur du service des urgences vous fournira des instructions relatives à la réanimation, que vous devrez respecter autant que possible.

Utilisation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE)

Utilisez le DAE dès que vous en avez un à votre disposition. Ouvrez le boîtier, allumez le dispositif et suivez les instructions verbales fournies. Une fois que le DAE est allumé, une invite vocale vous indiquera exactement la marche à suivre. Étant donné que le DAE surveille la fréquence et le rythme cardiaque du patient, il n'administrera aucun choc sauf si cela est nécessaire. Si le patient a un rythme traitable par choc, plus la défibrillation est administrée rapidement, plus les chances de survie sont grandes.

Une défibrillation peut être effectuée en toute sécurité chez les patientes enceintes.



► Tableau 1 – L'algorithme de mesures de réanimation de base

Effectuer une RCP et une défibrillation chez les nourrissons et les enfants

Un nourrisson a moins d'un an et un enfant est âgé de un à huit ans

La même approche **DRS-ABCD** pour les adultes doit être suivie pour les nourrissons et les enfants, avec toutefois les quelques différences importantes décrites ci-dessous :

Compressions

Pendant la RCP, les compressions thoraciques doivent abaisser le sternum d'au moins un tiers de la profondeur de la poitrine, soit environ 4 cm chez le nourrisson et 5 cm chez l'enfant.

Compressions chez les nourrissons

- Si le secouriste est seul, il doit comprimer le sternum avec l'extrémité de deux doigts (Figure 10).
- S'il y a deux secouristes ou plus, un d'entre eux doit utiliser la technique d'encercllement pour fournir des compressions thoraciques pendant que l'autre prodigue des insufflations de secours :
 - Placez les deux pouces à plat, côte à côte, sur la moitié inférieure du sternum (Figure 11), en dirigeant les extrémités vers la tête du nourrisson.
 - Étendez le reste des deux mains, les doigts joints, pour entourer la partie inférieure de la cage thoracique du nourrisson, avec le bout des doigts soutenant le dos du nourrisson.
 - Appuyez sur la partie inférieure du sternum avec les deux pouces pour l'abaisser d'au moins un tiers de la profondeur de la poitrine du nourrisson, soit environ 4 cm.



▶ Figure 10 - La technique à deux doigts



▶ Figure 11 - La technique d'encercler

Compressions chez les enfants

- Placez la paume d'une main sur la moitié inférieure du sternum.
- Levez les doigts pour éviter d'exercer toute pression sur les côtes (Figure 12).
- Positionnez-vous verticalement au-dessus de la poitrine du patient et, bras tendu, comprimez le sternum de manière à ce qu'il soit abaissé d'au moins un tiers de la profondeur de la poitrine, soit environ 5 cm.
- Pour les enfants plus grands, ceci peut être réalisé plus facilement en utilisant les deux mains (comme pour la RCP chez les adultes).



► Figure 12 - Position des mains lors de l'administration des compressions chez les enfants

Insufflations de secours

Rappelez-vous que l'obstruction des voies respiratoires est plus fréquente chez les enfants et qu'il est donc nécessaire de dédier plus de temps et d'attention à l'éventuel dégagement des voies respiratoires avant d'administrer toute insufflation de secours.

Chez les nourrissons, évitez de trop basculer la tête vers l'arrière, car cela pourrait obstruer les voies respiratoires. La position indiquée sur la Figure 13 est idéale.

Faites très attention de ne pas trop dilater la cage thoracique lorsque vous administrez des insufflations de secours à de jeunes enfants.

Il peut vous être plus facile de placer votre bouche simultanément sur la bouche et le nez du patient pour garantir une bonne étanchéité lors de l'administration des insufflations à de jeunes enfants.



► Figure 13 - Position neutre de la tête chez le nourrisson

Continuez jusqu'à ce que l'état du nourrisson ou de l'enfant s'améliore et l'apparition de tout signe de vie ou l'arrivée des secours, qui prendront la relève.

Si vous devez quitter les lieux pour alerter les secours, vous devez de préférence transporter le nourrisson ou le petit enfant avec vous.

Un DAE ne doit pas être utilisé chez les nourrissons

Chez l'enfant, utilisez de préférence des pastilles d'électrodes pédiatriques avec le DAE. Si des pastilles d'électrodes pédiatriques ne sont pas disponibles, utilisez des pastilles d'électrodes standard pour adultes et placez-en une sur le devant de la poitrine et une sur le dos – de la façon indiquée sur la Figure 14.



► Figure 14 - Positionnement des pastilles des électrodes du DAE chez les enfants

Étouffement chez les adultes

L'étouffement n'est pas rare, surtout chez les enfants très jeunes ou les personnes âgées. De simples mesures d'urgence peuvent sauver des vies. Vous devez suivre l'approche **DRS-ABCD**. Les signes et symptômes d'étouffement comprennent:

- Toux, respiration sifflante ou réflexe nauséeux.
- Difficulté à respirer, parler ou avaler.
- Panique.
- Se tenir la gorge.
- Émettre des sons anormaux comme des sifflements en respirant.
- Absence de réactivité.

Les mesures à prendre :

- Encouragez le patient à tousser.
- Si cela ne permet pas d'éliminer l'objet, contactez les secours.
- Penchez le patient vers l'avant et donnez-lui cinq coups fermes dans le dos entre les omoplates avec la paume de la main, de la façon indiquée sur la Figure 15.
- Si vous ne réussissez pas à vous débarrasser de l'obstruction en assénant des coups entre les omoplates, essayez cinq poussées abdominales (également appelée Manœuvre de Heimlich). Celles-ci sont mieux exécutées en se tenant derrière le patient, puis en formant un poing avec une main et en la plaçant juste en dessous de la cage thoracique au milieu. L'autre main saisit alors le poing par le bas et ensemble, ils sont poussés vers le haut et l'arrière (Figure 16).
- Les cinq coups dans le dos doivent être alternés avec cinq poussées abdominales jusqu'à l'élimination de l'obstruction ou jusqu'à ce que le patient ne soit plus réactif.



▶ Figure 15 - Coups dans le dos



▶ Figure 16 - Poussées abdominales

Que faites-vous si le patient qui s'étouffe devient inconscient ?

- Soutenez délicatement le patient pour le mettre sur le sol (s'il n'y est pas déjà) et couchez-le sur le dos.
- Appelez les secours et commencez immédiatement une RCP.
- Continuez la RCP jusqu'à l'arrivée des secours professionnels ou jusqu'à ce que l'obstruction soit délogée.

Étouffement chez les nourrissons et les enfants

Pour tous les nourrissons et les enfants, le traitement initial consiste à les encourager à tousser.

Si le fait de tousser est inefficace, assénez cinq coups dans le dos.

Chez des enfants *plus âgés*, utilisez la même technique que chez les adultes pour asséner des coups dans le dos (Figure 15).

Les *nourrissons* et les enfants *plus petits* doivent être soutenus tête en bas. Selon l'âge et la taille de l'enfant, cela peut se faire le long de l'avant-bras ou sur les genoux du secouriste. La tête de l'enfant doit être soutenue avec la paume de la main, en utilisant les doigts de cette main pour maintenir la bouche ouverte. L'avant-bras doit être légèrement incliné vers le bas pour que l'objet responsable du blocage des voies respiratoires tombe de leur bouche. Assénez cinq coups dans le dos, comme vous le feriez chez un adulte, mais plus délicatement (Figure 17).

Si cela ne déloge pas l'objet responsable du blocage, suivez l'étape suivante en fonction de l'âge de l'enfant :

- Chez les nourrissons, on utilise des poussées thoraciques
 - Administrez jusqu'à 5 poussées thoraciques. Elles sont équivalentes aux compressions thoraciques, mais elles sont administrées à un rythme plus lent (Figure 18).
 - L'objectif est de réduire l'obstruction à chaque poussée plutôt qu'après avoir administré les cinq poussées recommandées. Il est donc important de vérifier toute amélioration après chaque poussée.
- Chez les enfants, on utilise des poussées abdominales (comme pour la technique utilisée chez les adultes - voir Figure 16).

Chez les nourrissons et les enfants, on doit alterner entre 5 coups dans le dos et 5 poussées thoraciques ou 5 poussées abdominales, respectivement. Si le nourrisson ou l'enfant n'est plus réactif, commencez la RCP (comme expliqué précédemment).



► Figure 17 - Coups dans le dos chez un nourrisson ou un petit enfant

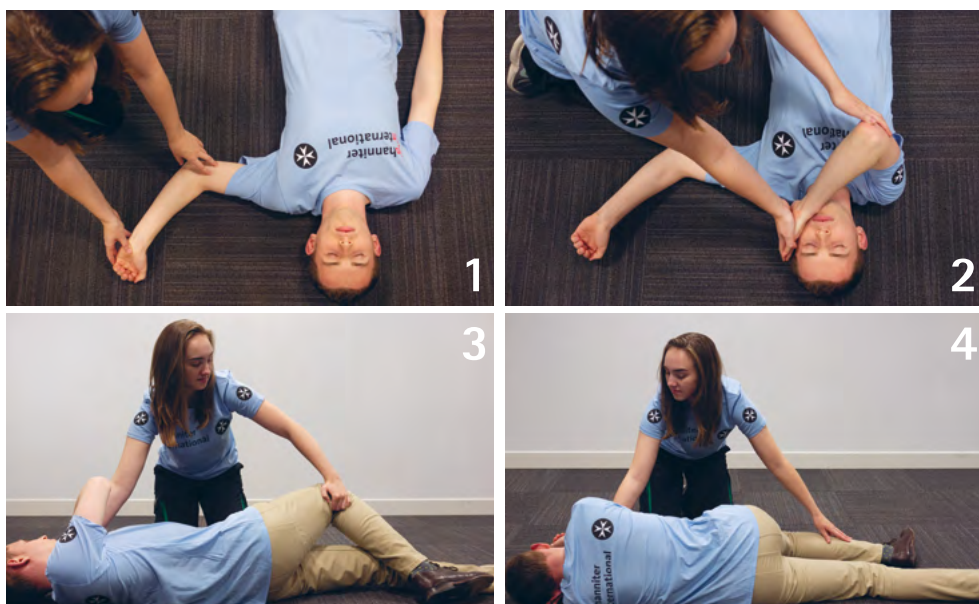


► Figure 18 - Poussées thoraciques chez un nourrisson ou un petit enfant

Position latérale de sécurité

Le patient qui n'est pas réactif, mais qui respire normalement, risque de mourir si ses voies respiratoires sont obstruées. Le placer en position latérale de sécurité garantit que ses voies respiratoires restent ouvertes et dégagées. Le dégagement de voies respiratoires obstruées a priorité sur toute préoccupation relative à une blessure potentielle au cou ou au dos. S'il existe un risque important de blessure à la colonne vertébrale et que le patient respire normalement, il convient de le laisser dans la position dans laquelle il se trouve (page 49).

La Figure 19 montre la façon de mettre un adulte ou un enfant en position latérale de sécurité.



► Figure 19 - Placer un patient en position latérale de sécurité

Une fois que le patient est en position latérale de sécurité :

- Téléphonnez au service des urgences ou demandez à quelqu'un d'autre de le faire.
- Continuez de vous assurer que le patient respire.
- Maintenez le patient au chaud avec une couverture ou un manteau.
- Si le patient doit rester en position latérale de sécurité pendant une période prolongée, changez-le de côté toutes les 30 minutes.
- Les femmes en fin de grossesse doivent être maintenues de préférence sur leur côté gauche.

Position latérale de sécurité chez le nourrisson

Si le patient est un nourrisson, bercez-le dans vos bras avec la tête penchée vers le bas et surveillez sa respiration et son niveau de réactivité jusqu'à l'arrivée des secours (Figure 20).



► Figure 20 - La position latérale de sécurité chez le nourrisson

Retrait d'un casque de moto

Si vous arrivez en premier sur les lieux d'un accident, la personne que vous cherchez à secourir peut porter un casque et vous devez savoir comment l'enlever.

La chose la plus importante à retenir est que *si la victime est suffisamment réactive, parle et respire normalement*, il n'est pas nécessaire de retirer le casque dans l'urgence.

Si le patient *n'est pas réactif ou a une respiration anormale*, il convient d'utiliser la méthode indiquée dans la séquence ci-dessous pour retirer le casque avec précaution.

Tous les efforts doivent être mis en place pour déplacer le patient le moins possible pendant cette procédure. Le casque doit être enlevé de préférence par 2 personnes (voir les figures ci-dessous).



▶ Figure 21 - Première étape

▶ Figure 22 - Deuxième étape

▶ Figure 23 - Troisième étape

Étranglement et pendaison

L'étranglement est une constriction ou une compression autour du cou. La pendaison est la suspension du corps par le cou qui, par définition, peut entraîner un étranglement en tant que mécanisme de blessure. Le risque de lésion de la moelle épinière lié à une pendaison proprement dite est faible et la priorité doit donc être de libérer tout étranglement et de garantir le dégagement des voies respiratoires.

- Suivez l'approche **DRS-ABCD** dans tous les cas.
- Si le patient est toujours suspendu, vous devez essayer de le décrocher si cela ne met pas votre sécurité en danger et si vous en êtes en mesure de le faire. Cela nécessitera probablement au moins deux personnes.
- Il sera lourd. Soyez donc prudent lorsque vous l'abaissez vers le sol.
- Éliminez toute constriction autour de son cou.

Difficultés respiratoires

L'oxygène de l'air respiré par les poumons est transporté par le sang dans l'ensemble de l'organisme. Le transport d'oxygène peut être altéré par une obstruction des voies respiratoires ou un problème pulmonaire (tel qu'une infection pulmonaire). Le patient apparaîtra alors «essoufflé» lorsqu'il tentera de compenser cela en augmentant sa fréquence et ses efforts respiratoires.

Si un patient est sous oxygénothérapie à domicile ou utilise une bouteille d'oxygène portable, il est essentiel de ne pas l'exposer à une flamme nue ou à une cigarette, en raison du risque d'incendie, voire d'explosion.

Asthme

La plupart des asthmatiques sont conscients de leur affection et doivent savoir comment utiliser leur traitement de manière appropriée. Une crise d'asthme peut être potentiellement mortelle.

Une personne souffrant d'une crise d'asthme peut avoir :

- Des difficultés respiratoires.
- Une respiration sifflante.
- De la toux.

Sans traitement, les symptômes peuvent rapidement s'aggraver et entraîner :

- Essoufflement grave.
- Anxiété ou panique.

Que devez-vous faire ?

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Aidez le patient à s'asseoir dans une position confortable et rassurez-le.
- Conseillez au patient d'auto-administrer son traitement par inhalation pour soulager ses symptômes.
- Le cas échéant, aidez-le à administrer son traitement, notamment en encourageant l'utilisation d'une « chambre d'inhalation » si le patient en a une (Figure 24).
- Assurez-vous que les secours sont en route.



► Figure 24 - Administration de l'inhalateur à l'aide d'une chambre d'inhalation

Laryngite obstructive aiguë (faux croup)

La laryngite obstructive aiguë (faux croup) affecte les enfants jusqu'à l'âge de six ans et survient généralement en hiver. Elle est causée par un virus responsable d'une inflammation des voies respiratoires entraînant une toux rauque. Cette affection peut être alarmante, mais s'améliore généralement sans séquelles et sans besoin d'assistance médicale ou de traitement supplémentaire.

L'enfant est susceptible d'avoir :

- Toux rauque.
- Râchement, en particulier lors de l'inspiration.
- Voix enrouée.

Que devez-vous faire ?

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Apaisez et soutenez l'enfant dans la position qui lui est la plus confortable.
- Si l'enfant est de plus en plus contrarié ou a du mal à respirer, appelez les secours.

Inhalation de gaz toxiques

L'inhalation de fumée ou de gaz toxiques peut être mortelle. Il est essentiel d'évaluer sérieusement les risques avant de pénétrer dans n'importe quel environnement potentiellement toxique. Si vous ne pouvez pas atteindre le patient en toute sécurité ou le déplacer, **ÉVITEZ** de pénétrer dans un tel environnement. Attendez l'arrivée d'un personnel adéquatement formé et équipé.

Que devez-vous faire ?

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Si possible, aérez la zone en ouvrant toutes les portes et les fenêtres.
- Si vous pouvez atteindre le patient en toute sécurité, continuez à administrer les premiers secours.
- Si vous êtes en mesure de déplacer le patient en toute sécurité, faites-le sortir de l'environnement toxique et continuez à administrer les premiers secours.
- Si vous commencez à ne pas vous sentir bien, vous devez quitter **IMMÉDIATEMENT** cet environnement et emmener le patient, si vous êtes en mesure de le faire sans vous exposer à plus de danger.

Réaction allergique grave

Dans de tels cas, les patients peuvent présenter des difficultés respiratoires ou des signes d'obstruction des voies respiratoires causées par un gonflement. Reportez-vous au chapitre Allergie grave (page 39).

Quasi-noyade

La quasi-noyade est le terme utilisé lorsqu'un patient a été sauvé d'une noyade. Le terme noyade n'est utilisé que lorsque toutes les tentatives de réanimation ont échoué ou que la victime est décédée avant d'être sortie de l'eau. La noyade est l'une des causes les plus courantes de décès accidentel chez les jeunes, généralement associée à la consommation d'alcool.

Vous ne devez tenter de sauver quelqu'un d'une noyade que si vous êtes un bon nageur et que vous pouvez le faire en toute sécurité

S'il vous est impossible de sauver vous-même une personne en toute sécurité, envisagez de lui lancer un dispositif d'aide à la flottabilité et attendez l'arrivée des secours professionnels ou qualifiés. **Ne devenez pas une seconde victime.** Des compétences et des équipements spéciaux sont nécessaires pour sauver une victime de quasi-noyade en eau profonde.

Dans tous les cas, suivez l'approche **DRS-ABCD**.

Une fois le patient hors de l'eau et s'il est réactif, enlevez ses vêtements mouillés et maintenez-le au chaud. Il est important de se rappeler que le patient peut avoir subi une blessure au cou en cas de plongeon dans des eaux peu profondes.

Si le patient n'est pas réactif, il convient de le sortir de l'eau, de préférence en position horizontale et le plus délicatement possible. Si le patient ne respire pas normalement, effectuez une RCP et continuez jusqu'à l'arrivée des secours professionnels (page 16).

Il est important de souligner que tous les patients ayant survécu à un épisode de quasi-noyade doivent faire l'objet d'un examen à l'hôpital.



► Figure 25 - Chaîne de survie pour une quasi-noyade

Douleurs thoraciques

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles une personne peut présenter des douleurs thoraciques. Même si les problèmes cardiaques sont la principale cause de douleurs thoraciques, il existe de nombreuses autres causes importantes et potentiellement graves.

Certains patients peuvent souffrir régulièrement d'épisodes de douleurs thoraciques. Si tel est le cas, ils peuvent avoir besoin d'aide pour prendre leur traitement.

En règle générale, tout patient souffrant de douleurs thoraciques doit faire l'objet d'un examen médical plus approfondi.

Les symptômes indiquant la gravité des douleurs thoraciques incluent :

- Douleur ou gêne souvent au centre de la poitrine et décrite comme une douleur écrasante, une oppression ou une sensation de serrement.
- Douleur irradiant au cou, à la mâchoire, aux épaules ou aux bras.
- Nausées et vomissements.
- Difficultés respiratoires ou essoufflement.
- Confusion, sensation vertigineuse et sensation d'évanouissement.
- Peau froide, moite et pâle.

Si vous avez un patient qui se plaint de douleurs thoraciques:

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Aidez-le à s'asseoir et maintenez-le dans une position aussi confortable que possible.
- Assurez-vous que les secours sont en route.
- Aidez-le à prendre tout traitement qu'il pourrait avoir pour son affection cardiaque (par exemple, une inhalation de trinitrate de glycéryne).
- Encouragez-le à mâcher 300 mg d'aspirine si possible.
- Si le patient s'évanouit et n'est plus réactif, préparez-vous à commencer la RCP et à utiliser un DAE.

Évanouissement

Un évanouissement est une brève perte de conscience. Il est causé par une réduction du débit sanguin vers le cerveau. Les causes d'un évanouissement sont multiples – station immobile dans un environnement chaud, apport hydrique ou alimentaire insuffisant ou stress émotionnel.

Lorsqu'un patient s'évanouit, il :

- Commence habituellement par avoir une sensation de chaleur et d'étourdissement.
- Peut se plaindre d'une vision en tunnel ou qui s'assombrit.
- S'affaisse ou tombe sur le sol.

Les témoins remarquent généralement que le patient devient pâle et moins réactif. Il est important de se rappeler que les patients peuvent se blesser en tombant. La majorité des patients récupèrent complètement sans complication.

Que pouvez-vous faire ?

- Aidez le patient à se mettre sur le sol le plus délicatement possible.
- Allongez-le au sol sur le dos.
- Si possible, soulevez légèrement les jambes du patient.
- Aidez progressivement le patient à s'asseoir une fois qu'il a récupéré.
- Vérifiez l'absence de toute blessure causée par la chute.
- Si l'évanouissement a été observé, donnez un compte-rendu clair au prestataire de soins.

Si le patient ne redevient pas réactif rapidement, vous devez suivre l'approche **DRS-ABCD**.

Si la patiente est en fin de grossesse, placez-la sur le côté gauche plutôt que sur le dos.

Hémorragie externe

La gravité des saignements peut aller de coupures mineures, égratignures et éraflures à des saignements importants pouvant potentiellement mettre la vie du patient en danger. Dans de telles situations, munissez-vous si possible de gants jetables pour vous protéger de toute infection ou protégez-vous de la façon la plus appropriée (page 6) pour éviter tout contact avec du sang. Dans tous les cas, suivez l'approche **DRS-ABCD**.

Saignements mineurs

Si le patient présente une coupure mineure, des égratignures ou des éraflures, vous devez en priorité prévenir l'infection.

- Si la coupure est sale, nettoyez-la à l'eau courante puis séchez-la avec un pansement stérile ou un matériau propre.
- Nettoyez et séchez la peau environnante tout en protégeant la plaie.
- Couvrez complètement la plaie avec une compresse ou un pansement stérile.

Saignements importants

Arrêtez tout saignement important dès que possible

- Exposez la plaie complètement en enlevant ou en coupant tout vêtement.
- S'il n'y a pas de corps étranger incrusté ou exposé, appliquez une pression directe sur la plaie ou le plus près possible du point de saignement (Figure 26).
- Si un corps étranger est incrusté ou dépasse de la plaie, placez une compresse épaisse autour de celle-ci avant d'appliquer une pression de part et d'autre du corps étranger.
- Allongez le patient et élevez si possible la partie du corps touchée.
- Si vous n'avez pas réussi à arrêter le saignement, laissez la compresse/le pansement initial en place, appliquez-en une/un deuxième et exercez une nouvelle pression directe.
- Si le saignement d'un membre persiste, placez un garrot au-dessus de la blessure (page 32) et aussi près que possible de la plaie.
- Ne donnez pas de nourriture ou de boisson à un patient qui présente un saignement important et appelez les secours.
- Continuez à vérifier l'état du patient en suivant la procédure **DRS-ABCD**.

Un saignement important peut être spectaculaire et traumatisant. Si les saignements ne sont pas contrôlés rapidement, le patient risque de perdre beaucoup de sang, de présenter un état de choc (page 33) et de n'être plus réactif. Heureusement, ces situations sont rares. La chose importante à retenir est que des méthodes simples peuvent sauver des vies.



► Figure 26 - Application d'une pression directe sur une plaie

Appliquer un garrot improvisé

Faire et appliquer un garrot improvisé n'est pas difficile. Tout ce dont vous avez besoin est un morceau de bois ou de métal et une longueur de tissu (p. ex. une écharpe ou une cravate) inextensible. Le matériau doit être suffisamment résistant pour ne pas se rompre lors du serrage. Les façons de faire et d'appliquer un garrot sont présentées à la Figure 27.

Tout garrot correctement appliqué sera douloureux. Vous devrez rassurer le patient en lui expliquant que le garrot est essentiel et que les secours sont en route.



► Figure 27 - Les façons de faire et d'appliquer un garrot

Amputations

Un saignement important peut dans de rares cas être le résultat de l'amputation d'un bras ou d'une jambe. Dans un tel cas, le saignement doit être contrôlé de la façon décrite ci-dessus. Cependant, dans la plupart des cas, il s'agit d'amputations de doigts ou d'orteils pour lesquelles le saignement ne menace pas le pronostic vital.

Quelle que soit la partie du corps amputée, si celle-ci peut être retrouvée en toute sécurité, elle doit toujours être envoyée à l'hôpital avec le patient. Elle peut être enveloppée dans un linge propre, tel qu'un mouchoir, ou placée dans un sac en plastique baignant dans de l'eau froide. La partie amputée ne doit être en aucun cas placée dans de l'eau ou en contact direct avec de la glace ou être congelée.

État de choc

Un état de choc est une affection potentiellement mortelle qui survient lorsque le corps ne peut pas fournir suffisamment de sang à ses organes vitaux tels que le cerveau ou le cœur.

Les causes courantes d'état de choc incluent :

- Saignements importants.
- Infection grave – « septicémie ».
- Réactions allergiques graves.
- Brûlures importantes.
- Défaillance du cœur, p. ex. après une crise cardiaque.

Les patients en état de choc peuvent présenter l'ensemble ou une partie des signes et symptômes suivants :

- Fréquence cardiaque rapide.
- Peau pâle, froide, moite.
- Respiration rapide et superficielle.
- Évanouissement, sensations vertigineuses ou confusion.
- Nausée ou vomissement.
- Nervosité, agitation.
- Perte de conscience.

Trouver le pouls est notoirement difficile, en particulier chez un patient en état de choc, et n'est pas recommandé dans le cadre des premiers secours. Un patient réactif, qui parle, qui présente des signes évidents de vie, offre la garantie de la présence d'une circulation adéquate.

Certaines interventions simples peuvent permettre d'améliorer l'état du patient et réduire leur gêne en attendant les secours :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- La priorité est d'essayer de corriger la cause de l'état de choc (p. ex. arrêter l'hémorragie externe page 31 ou donner un auto-injecteur pour les réactions allergiques graves page 39).
- Allongez le patient sur le dos et, si possible ou approprié, élevez et soutenez ses jambes.
- Couvrez le patient avec des couvertures ou des vêtements pour le maintenir au chaud.
- Rassurez-le.
- Ne lui donnez pas à manger ni à boire, bien que vous puissiez toutefois lui donner de petites gorgées d'eau.
- Continuez à évaluer régulièrement son état et à suivre l'approche **DRS-ABCD**.

Blessures pénétrantes – coups de couteau et balles d'armes à feu

Vous pouvez avoir la malchance d'être impliqué dans une fusillade ou une attaque au couteau, ou d'arriver sur les lieux d'un tel incident.

Dans tous les cas, la priorité est VOTRE SÉCURITÉ. En cas d'accident impliquant un agresseur armé d'un couteau ou d'une arme à feu ou une bombe suspecte/explosée, suivez les instructions RUN - HIDE - TELL (S'ÉCHAPPER - SE CACHER - ALERTER).



► Figure 28 - Run Hide Tell (S'échapper - Se cacher - Alerter)

Si vous pouvez aider le patient, suivez l'approche **DRS-ABCD**. En cas d'hémorragie externe, allez à la page 31.

- Tout objet (tel qu'un couteau) qui dépasse d'une plaie **NE DOIT PAS** être retiré.
- Les blessures à l'abdomen peuvent dans de rares cas entraîner une saillie de l'intestin. N'appliquez **PAS** de pression directe sur les organes exposés et ne tentez pas de les repousser dans la plaie. Couvrez de préférence de telles blessures avec un chiffon ou un pansement propre et humide.

Les patients réactifs présentant des plaies pénétrantes de l'abdomen peuvent être placés en position W, plus confortable, jusqu'à l'arrivée d'une ambulance (Figure 29).



► Figure 29 - La position « W »

Pathologies liées à la chaleur

Si le corps gagne plus de chaleur qu'il n'en perd, le patient peut développer une pathologie liée à la chaleur. Au début, le patient a chaud, il peut souffrir de crampes, et il transpire souvent abondamment. Si l'affection n'est pas prise en charge, le patient peut devenir confus et s'évanouir. Les patients très jeunes et très âgés sont plus sensibles aux effets de la chaleur.

Des mesures simples peuvent empêcher l'évolution de cette affection et prévenir une issue fatale.

Ce que vous devez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Déplacez le patient dans un endroit ombragé si possible.
- Retirez les vêtements du patient.
- Rafraîchissez le patient rapidement de façon active en appliquant de l'eau froide et en le ventilant.
- Donnez une boisson froide au patient s'il est alerte. Donnez de préférence des boissons pour sportifs contenant des sels et du sucre.

Grâce à des premiers secours appropriés, les patients présentant une affection liée à la chaleur plus modérée devraient récupérer complètement dans les 30 minutes.

Des symptômes prolongés, y compris la confusion, peuvent suggérer que le patient souffre d'un « coup de chaleur ». De tels patients doivent être orientés vers le service des urgences de l'hôpital le plus proche.

Problèmes associés au froid

Les patients peuvent souffrir de lésions causées par le froid localisées sur une partie spécifique du corps, généralement les orteils ou les doigts (gelures superficielles ou engelures), ou d'hypothermie lorsqu'ils sont exposés à un environnement froid.

Hypothermie

Une hypothermie survient lorsque la température corporelle tombe très bas. L'hypothermie grave est mortelle. La vitesse de la survenue de l'hypothermie est augmentée par une exposition prolongée au froid, au vent fort (« facteur de refroidissement du vent »), la consommation d'alcool, ou lorsque la personne est mouillée (l'eau conduit la chaleur 20 fois plus vite que l'air).

Le premier signe d'une hypothermie est généralement :

- Frissonnement.

Suivi par :

- Confusion ou désorientation.
- Trouble de l'élocution.
- Perte de coordination.

À mesure que le corps du patient se refroidit et que l'hypothermie s'aggrave, il devient plus confus, n'est plus réactif et finit par subir un arrêt cardiaque.

Ce que vous devez faire :

- **Suivez l'approche DRS-ABCD.**
- Si possible, déplacez le patient dans un endroit chaud et à l'abri des vents dominants.
- Enlevez ses vêtements mouillés.
- Couvrez le patient (y compris la tête) avec des vêtements chauds et secs et des couvertures.
- S'il est réactif, offrez-lui des boissons chaudes et des aliments riches en énergie, mais évitez l'alcool.
- Si des compresses chaudes ou des bouillottes sont disponibles, placez-les sur le corps du patient, mais sans les mettre en contact direct avec la peau (pour éviter de causer des brûlures).

Si le patient n'est pas réactif, il est important de le manipuler avec précaution, car une manipulation imprudente peut causer un arrêt cardiaque.

Si le patient ne présente aucun signe de vie, commencez la RCP (page 16).

Gelures superficielles

Les gelures superficielles de la peau sont visibles par la présence de zones cutanées pâles et engourdies (généralement sur le visage, les oreilles et le nez). Ces zones doivent être couvertes pour maintenir la chaleur. Les gelures superficielles sont complètement réversibles.

Engelures

Les engelures correspondent au gel des tissus profonds. Plus les engelures sont graves, plus le tissu est atteint en profondeur. Les doigts et les orteils sont le plus souvent touchés. La gravité des engelures est proportionnelle au degré de froid et à la durée d'exposition.

Les signes d'engelures incluent :

- Des fourmillements ou une perte de sensation dans les zones touchées.
- Des extrémités (doigts ou orteils) « en bois » avec mouvement réduit.
- Perte de couleur de la peau affectée.
- Léger gonflement des zones touchées.
- Boursouffure (généralement de développement tardif).

Ce que vous devez faire :

- Déplacez le patient dans un endroit chaud et sec.
- Identifiez tous les signes d'hypothermie (page 36).
- Réchauffez et couvrez les parties touchées.
- Remplacez tous les vêtements mouillés par des vêtements secs ou réchauffez l'ensemble du corps du patient – par exemple en les mettant à l'abri du froid ou du vent et en le plaçant dans un sac de couchage.
- Ne frottez pas, ne massez pas la peau gelée, car cela peut être néfaste.
- Ne crevez pas les ampoules.
- Empêchez le patient d'avoir froid à nouveau.
- Demandez un avis médical supplémentaire.

Incidents électriques

Lorsqu'une personne est électrocutée, le courant électrique peut arrêter la respiration et le fonctionnement du cœur. Le courant électrique peut également causer des brûlures au niveau des parties du corps où il pénètre et où il sort.

Électricité non domestique (haute tension)

Tout contact avec un courant à haute tension est généralement mortel. Les survivants présenteront de graves brûlures.

Ce que vous devez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Votre propre sécurité est primordiale.
- Restez à au moins 20 mètres de la source d'alimentation électrique (car l'électricité peut atteindre cette distance).
- Assurez-vous si possible que la source d'alimentation est coupée.
- Ne vous approchez du patient que lorsque vous avez reçu confirmation que vous pouvez le faire en toute sécurité.
- Continuez de suivre l'approche **DRS-ABCD**.

Électricité domestique (basse tension)

Le faible courant utilisé sur le lieu de travail et à la maison peut causer des blessures graves. La plupart des accidents électriques sont causés par des appareils défectueux, des câbles effilochés ou en mauvais état. Pour les enfants, le risque principal est lié à l'introduction d'objets dans les prises de courant. La présence d'eau autour des appareils électriques augmente considérablement ce risque.

Ce que vous devez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Toujours évaluer le danger de la situation.
- Ne touchez pas le patient s'il est toujours en contact avec la source d'alimentation électrique. Éteignez la source d'alimentation électrique – au niveau de la prise ou du disjoncteur principal si possible.
- Si vous ne parvenez pas à couper rapidement l'alimentation électrique, essayez de séparer le patient de la source d'alimentation électrique. Pour ce faire, vous devrez peut-être vous tenir sur un matériau isolant (tel qu'un tapis en plastique ou une boîte en bois) et utiliser un bâton en bois ou un balai.
- Une fois que vous êtes sûr que le danger a été éliminé, évaluez le patient selon l'approche **DRS-ABCD**.

Foudre

Si la victime a été frappée par la foudre, il est essentiel de suivre l'approche **DRS-ABCD**, en commençant une RCP sans délai si le patient ne présente aucun signe de vie et si vous pouvez le faire en toute sécurité.

Réactions allergiques

Les réactions allergiques sont très courantes et ne nécessitent en général qu'un traitement symptomatique. Dans de nombreux cas, le patient aura conscience de la cause du problème. Les arachides, les antibiotiques et les fruits de mer sont des déclencheurs courants. Dans d'autres cas, la cause ne sera pas évidente. Ce que vous pouvez faire pour aider le patient dépendra de l'intensité de la réaction.

Allergie légère à modérée

Les symptômes comprennent :

- Gonflement de la peau, du visage et des yeux.
- Éruption cutanée généralement irritante, en relief (« urticaire » ou piqûre d'ortie).

Ce que vous pouvez faire :

- Arrêtez l'exposition à la cause potentielle (p. ex. arrêtez la prise de l'antibiotique) et demandez conseil à un médecin.
- Encouragez le patient à prendre ses propres médicaments pour une allergie connue.
- En cas de gonflement des voies respiratoires ou de difficultés respiratoires, recherchez les signes d'une allergie grave.

Allergie grave

Une réaction allergique grave, appelée anaphylaxie, peut être mortelle et doit toujours être traitée comme une urgence médicale. Le patient peut présenter des signes d'état de choc (page 33) et de perte de réactivité et un arrêt cardiaque peut survenir.

Les symptômes comprennent :

- Difficultés respiratoires et/ou respiration bruyante.
- Gonflement de la langue et/ou serrement de la gorge.
- Douleurs abdominales/crampes.
- Transpiration abondante et/ou éruption cutanée.
- Difficulté à parler et/ou voix enrouée.
- Les jeunes enfants peuvent devenir pâles et « mous ».

Ce que vous pouvez faire :

- Suivre l'approche **DRS-ABCD**.
- Aidez le patient à se mettre dans une position confortable.
- Aidez le patient à s'auto-administrer son propre auto-injecteur d'adrénaline, s'il en a un, ou effectuez l'administration vous-même s'il est incapable de le faire.
- S'il n'y a pas d'amélioration après cinq minutes, un autre auto-injecteur d'adrénaline peut être administré, si disponible (Figure 30).
- Assurez-vous que le patient soit hospitalisé d'urgence.



► Figure 30 - Administration d'un auto-injecteur

Convulsions (crises)

Les convulsions sont le résultat d'une activité cérébrale anormale pouvant entraîner des contractions musculaires involontaires. Les convulsions peuvent survenir à la suite d'une blessure à la tête, de maladies cérébrales, d'un manque d'oxygène ou de glucose ou après un abus de drogues ou d'alcool.

Les symptômes peuvent inclure :

- Chute soudaine au sol.
- Raideur et rigidité du corps.
- Survenue de mouvements saccadés ou violents.
- Épisode d'incontinence.

Après la résolution des convulsions, le patient peut être confus et somnolent.

Ce que vous devez faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD**.
- N'essayez pas de retenir le patient pendant une crise.
- Essayez de protéger sa tête en éliminant tout danger potentiel ou en plaçant quelque chose de mou sous ou à côté de sa tête.
- Ne laissez personne mettre quoi que ce soit dans la bouche du patient pour la maintenir ouverte.
- Appelez les secours, si le patient :
 - Souffre de convulsions continues.
 - Subit une blessure qui nécessite des soins médicaux.
 - N'a jamais eu de convulsions auparavant ou souffre d'une convulsion qui dure plus de cinq minutes.
- Une fois que les convulsions s'arrêtent, si le patient n'est toujours pas réactif, placez-le en position latérale de sécurité et assurez-vous que les secours sont en route.
- Continuez d'observer le patient en attendant l'arrivée des secours.

Convulsions associées à une température élevée

Une élévation rapide de la température corporelle peut provoquer des convulsions chez un nourrisson ou un jeune enfant. C'est une expérience effrayante pour les parents, mais cela est courant et, tant que les convulsions restent brèves, elles ne seront associées à aucun problème à long terme.

Ce que vous devez faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD**.
- Enlevez tout excès de vêtements et de couverture.
- Refroidissez l'enfant, p. ex. en utilisant des gants/éponges humides, tout en veillant à ne pas entraîner une hypothermie.
- Encouragez l'utilisation d'un médicament approprié contre la fièvre (p. ex. paracétamol).
- Consultez un médecin.

Blessures à la tête

Les blessures à la tête sont courantes et se produisent dans tous les groupes d'âge. Les activités sportives, les agressions et les chutes sont des causes fréquentes. Une brève période d'altération de la conscience peut survenir. Dans la plupart des cas, vous n'aurez qu'à rassurer le patient et à lui garantir qu'il sera observé par un adulte responsable après la blessure.

Les symptômes suivants sont fréquents après une blessure à la tête :

- Maux de tête.
- Étourdissements.
- Nausées.
- Courte période de perte de mémoire.
- Confusion ou désorientation à court terme.

Une blessure à la tête plus grave peut être accompagnée d'un saignement à l'intérieur du crâne et doit être suspectée en cas de survenue des symptômes suivants :

- Période prolongée de perte de conscience immédiatement après la blessure.
- Aggravation des maux de tête.
- Deux ou plusieurs épisodes de vomissement distincts.
- Irritabilité ou agitation prolongée.
- Somnolence ou confusion qui s'accroît ou réactivité qui régresse avec le temps.
- Perturbation visuelle telle qu'une vision double.
- Zone importante, molle ou enfoncée, au cuir chevelu ou déformation évidente.

Ce que vous devez faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD**.
- Vérifiez le niveau de réactivité du patient en posant des questions simples, p. ex. « Où êtes-vous ? » ou « Quelle heure est-il ? ». Si ses réponses ne sont pas logiques pendant plus de cinq minutes après l'incident, appelez les secours.
- Si l'un des symptômes suggérant une blessure grave à la tête est présent, appelez les secours ou orientez le patient vers l'hôpital.

Vous devez également appeler les secours, si le patient :

- Souffre de convulsion.
- Prend des médicaments « anticoagulants » (p. ex. comprimés de warfarine ou injections d'héparine).
- Est sous l'influence d'une prise d'alcool ou de drogue.
- N'a personne pour s'occuper de lui.

Si la blessure survient à la suite d'une activité sportive, vous devez conseiller au patient de ne pas continuer ou reprendre son activité tant qu'il n'a pas été examiné par un médecin compétent.

Maux de tête

Les maux de tête ne sont généralement pas associés à une affection sous-jacente grave. Cependant, la présence de certains signes et symptômes *d'alerte* justifie un examen médical en urgence.

Ces signes et symptômes *d'alerte* sont :

- Des maux de tête différents des symptômes habituels du patient.
- Des maux de tête accompagnés d'autres symptômes tels que fièvre, vomissements ou raideur de la nuque.
- Des maux de tête avec vision double, perte de vision ou sensibilité à la lumière.
- Apparition soudaine du « pire mal de tête de ma vie ».
- Des maux de tête que le patient décrit comme si : « on l'avait frappé sur la nuque ».
- Apparition de maux de tête inhabituels chez les plus de 50 ans.
- Maux de tête récurrents et qui réveillent le patient le matin.
- Maux de tête associés à une faiblesse d'un côté du visage ou du corps.

Comment traiter les maux de tête qui ne sont pas accompagnés des signes et symptômes *d'alerte* énumérés ci-dessus :

- Encouragez le patient à se reposer dans une position confortable, comme dans une pièce sombre et au calme.
- Aidez le patient à prendre ses propres médicaments (p. ex. migraines ou céphalées vasculaires).

Migraine

Les patients présentant des migraines souffrent généralement de maux de tête avec des symptômes similaires lors de chaque épisode. Ils doivent être encouragés à prendre leurs médicaments et à obtenir un avis médical si les symptômes ne disparaissent pas.

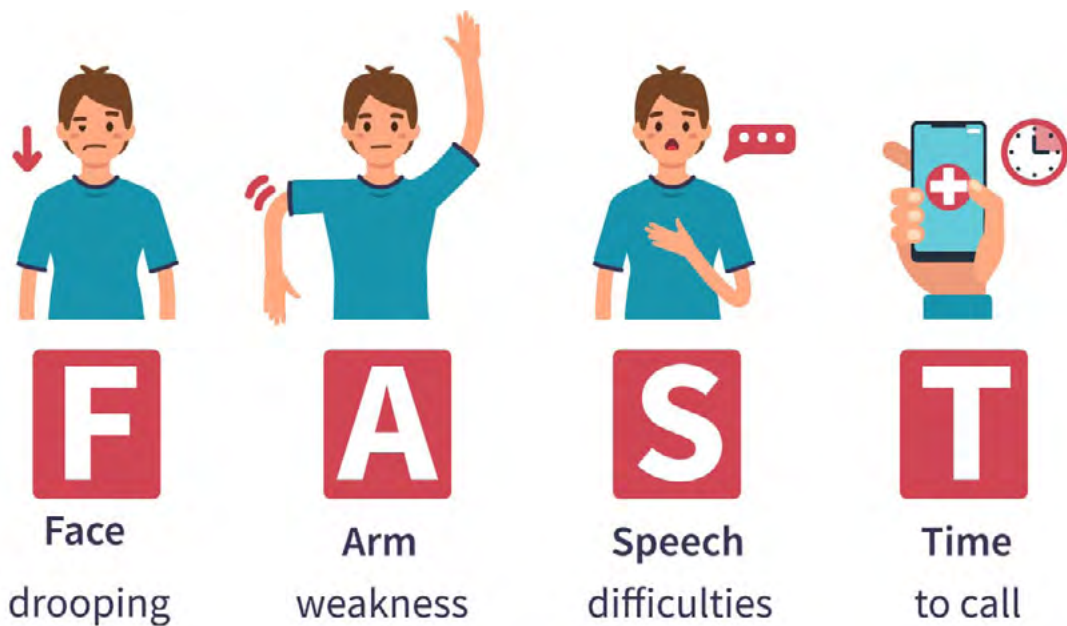
Si leurs maux de tête sont différents de la « normale » et qu'ils sont inquiets, vous devez leur conseiller de consulter immédiatement un médecin.

AVC

Les accidents vasculaires cérébraux sont fréquents. Les traitements actuels peuvent en améliorer l'issue pour de nombreux patients. Une identification précoce par le secouriste peut faire une grande différence.

L'approche à suivre est résumée de la façon suivante :

Reconnaître l'AVC... agir R A P I D E M M E N T (F A S T)



► Figure 31

Les caractéristiques d'un AVC peuvent inclure :

- Faiblesse faciale.
- Faiblesse ou altération des sensations d'un côté du corps.
- Trouble de l'élocution ou difficulté à parler.
- Altération ou perte de vision.
- Perte de coordination.
- Confusion ou désorientation.

Ce que vous devez faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD**.
- Rassurez le patient et maintenez-le à l'aise.
- Si le niveau de réponse du patient est réduit, placez-le en position latérale de sécurité.

Urgences diabétiques

Le diabète est une affection médicale dans laquelle l'organisme ne contrôle pas correctement la glycémie. Le diabète peut être diagnostiqué à tout âge. Il existe deux sortes de diabète : Le Type 1, dont la survenue se produit plutôt chez les patients plus jeunes et est généralement traité par des injections d'insuline, et le Type 2, qui est souvent associé à l'excès de poids chez les adultes et souvent traité par un ajustement du régime alimentaire et des comprimés.

Les diabétiques doivent surveiller régulièrement leur glycémie et prendre des injections d'insuline ou des comprimés en conséquence. Parfois, un diabétique peut mal doser son insuline pour contrôler sa glycémie, et souffrir ainsi d'une hypo ou d'une hyperglycémie. Ces deux affections sont graves et nécessitent un traitement spécifique.

Hyperglycémie.

Le terme hyperglycémie signifie que la glycémie d'un patient est trop élevée. Elle est généralement causée par une insuffisance en insuline, une maladie concomitante ou une infection.

Les caractéristiques de l'hyperglycémie peuvent inclure :

- Apparition progressive des symptômes.
- Confusion, agitation ou irritabilité.
- Somnolence pouvant entraîner une perte de réactivité si l'affection n'est pas traitée.
- Respiration rapide.
- Grande soif.

Hypoglycémie

Le terme hypoglycémie signifie que la glycémie est trop basse. Les causes incluent une trop grande quantité d'insuline, une consommation insuffisante de sucre et/ou une activité physique accrue ou une consommation importante d'alcool.

Les caractéristiques de l'hypoglycémie peuvent inclure :

- Apparition rapide des symptômes.
- Confusion, agitation et irritabilité.
- Faiblesse.
- Peau froide et moite.
- Agressivité.
- Somnolence pouvant entraîner une perte de réactivité si l'affection n'est pas traitée.

La plupart des diabétiques reconnaissent les symptômes d'une « hypo » et peuvent être en mesure de les faire disparaître eux-mêmes.

À quoi faut-il se montrer attentif :

- Certains diabétiques portent un bracelet ou un collier d'alerte médicale.
- Si vous pensez qu'une personne présente une urgence diabétique, vous ne pourrez pas savoir si celle-ci est due à une hyper ou à une hypoglycémie à moins que le patient ne dispose d'une méthode pour mesurer sa glycémie.

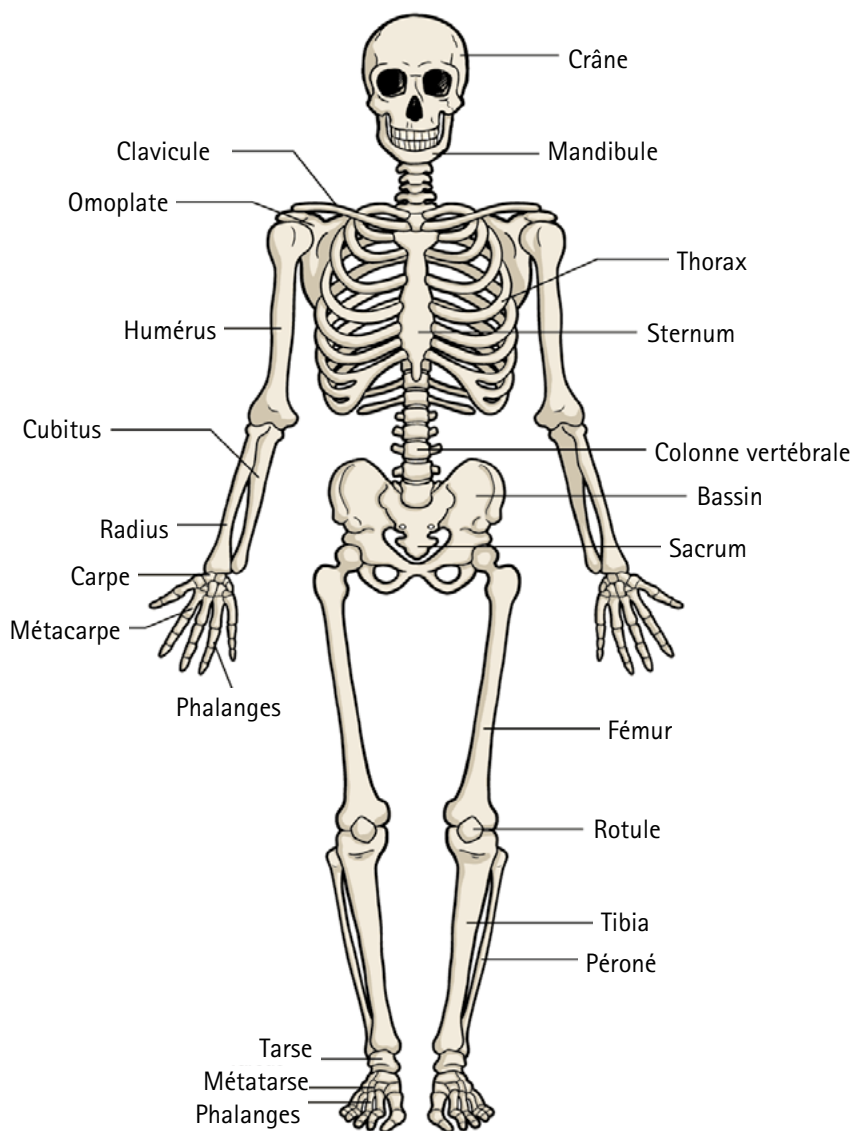
Ce que vous pouvez faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD** dans tous les cas.
- S'il est réactif, aidez le patient à prendre un gel sucré, une collation ou une boisson (éviter les boissons minceur)
 - Si son état s'améliore rapidement, encouragez-le à prendre des glucides (comme un sandwich ou un biscuit) et laissez-le se reposer.
 - Si son état ne s'améliore pas rapidement ou s'il ne peut pas prendre de boissons ou de collations par la bouche, appelez immédiatement les secours.
- Certains patients peuvent porter sur eux une injection (trousse de glucagon) qu'ils peuvent se faire eux-mêmes en cas d'hypoglycémie. Si tel est le cas, vous devrez peut-être les aider à administrer cette injection.
- En attendant, continuez de vérifier le niveau de réactivité du patient.

Lésions osseuses et des tissus mous

Les blessures aux membres sont le plus souvent douloureuses à la suite d'un accident. Il peut y avoir une courbure ou une autre déformation évidente, ou des ecchymoses, un gonflement et une sensibilité accrue. Le patient hésitera généralement à permettre le mouvement du membre. Le rôle du secouriste est de soutenir et de rassurer le patient. En général, cela implique le soutien/l'immobilisation du membre dans la position la plus confortable possible pour le patient (« bandage rembourré et soutien »).

Parfois, le patient présentera une fracture évidente (os cassé) démontrée par une déformation ou suggérée par un gonflement ; mais dans la plupart des cas, une radiographie sera nécessaire. Les lésions des tissus mous (entorses ou foulures) peuvent être aussi douloureuses que les fractures. Dans de rares cas, lorsqu'elle est associée à une plaie, une fracture est décrite comme « ouverte ».



► Figure 32 - Le squelette montrant les os principaux

Une foulure se produit lorsque la blessure affecte des muscles et des tendons. Une entorse implique des ligaments et une articulation, le plus souvent au niveau de la cheville et du genou.

Une blessure peut également entraîner la luxation d'une articulation. Dans une telle situation, l'un des os se déplace de sa position normale, ce qui entraîne une déformation, des douleurs et une incapacité à utiliser l'articulation normalement. Les articulations disloquées sont normalement très douloureuses. Le secouriste ne doit en aucun cas tenter de remettre l'articulation dans sa position normale. Utilisez la méthode de « bandage rembourré et soutien » pour maintenir la partie affectée dans la position la plus confortable possible.

Toute blessure avec saignement doit être traitée de la façon décrite à la page 31.

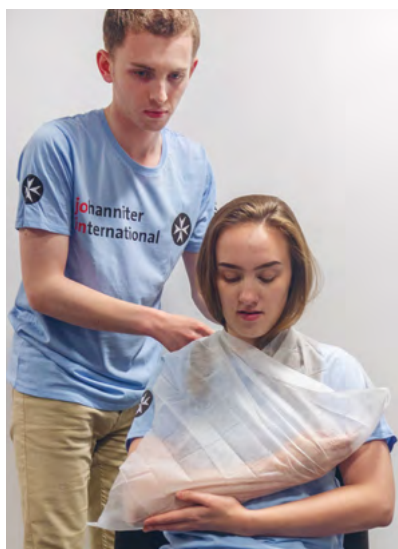
Si le patient n'est plus réactif, suivez l'approche **DRS-ABCD**.

Blessures à l'épaule et au bras.

Un patient souffrant d'une blessure à l'épaule ou au niveau d'un membre supérieur trouvera généralement que la position la plus confortable consiste à maintenir le bras contre la poitrine et avec le coude plié. Le bras doit donc être soutenu dans cette position à l'aide d'une élingue. Un bandage triangulaire est préférable pour créer une élingue bien que l'on puisse fabriquer une élingue en fonction des moyens disponibles.



► Figure 33 - Le patient doit tenir son bras blessé le long de la poitrine, et le soutenir avec l'autre bras. La base de la bande peut être repliée sur elle-même pour créer un bord propre. La bande doit être placée de sorte que la base soit parallèle au côté du patient.



► Figure 34 - L'« extrémité » supérieure de l'élingue est tirée derrière le cou du patient et est attachée au niveau de la nuque avec l'autre « extrémité » qui a été soulevée vers le haut.



► Figure 35 - Enfin, la pointe du bandage est enroulée jusqu'à ce qu'elle soit bien ajustée contre le bras, puis insérée dans le bandage pour la maintenir en place.



► Figure 36

Blessures à la poitrine

Des coups directs à la poitrine ou des chutes peuvent entraîner des blessures aux muscles et aux côtes de la paroi thoracique. Bien que ces blessures puissent être extrêmement douloureuses, elles ne sont généralement pas dangereuses chez les patients jeunes et un simple soulagement de la douleur suffit. Les mouvements de la paroi thoracique ne doivent pas être limités. Les lésions thoraciques chez les personnes âgées ou souffrant d'une affection thoracique chronique sous-jacente peuvent avoir des conséquences très graves et ces patients doivent faire l'objet d'un examen à l'hôpital.

Ces blessures sont accompagnées de douleurs au point d'impact, avec parfois des ecchymoses et des douleurs respiratoires.

Blessures abdominales

Tout patient se plaignant d'une douleur à l'abdomen (ventre) à la suite d'un accident nécessitera une assistance médicale d'urgence.

Blessures à la jambe

Dans la plupart des cas, il suffira d'aider le patient à maintenir la jambe dans une position confortable. Cela se fera généralement en la reposant sur des coussins ou avec une autre forme de support souple et confortable.

Les hanches et les cuisses sont le plus souvent blessées chez les personnes âgées, parfois à la suite d'un traumatisme mineur. La jambe est souvent tournée et la hanche maintenue pliée vers l'avant au niveau de la cuisse et le genou fléchi. Dans ces cas, la jambe blessée doit être soutenue (« bandage rembourré et soutien ») dans la position dans laquelle elle se trouve.

Une blessure au genou se produit très souvent lors d'un exercice physique et peut causer un gonflement rapide. Ces blessures sont souvent très douloureuses et nécessiteront un examen à l'hôpital.

Entorses

Les entorses se produisent souvent au niveau des articulations des membres inférieurs et le patient peut être incapable de marcher en raison de la douleur et du gonflement. Le prodigium de premiers soins pour les lésions des tissus mous est résumé dans l'encadré ci-dessous.

Soulagement de la douleur à l'aide d'analgésiques simples.

Repos de la partie blessée.

Glace ou système de refroidissement sur la partie blessée.

Soutien confortable.

Élever la partie blessée.

La glace ne doit pas être appliquée directement sur la peau, mais plutôt dans un sac en plastique et enveloppée dans une serviette fine. Les bandages ou supports ont peu d'importance dans la prise en charge des entorses lors des premiers secours. Les patients souffrant d'une entorse à la jambe (genou, cheville), et incapables de marcher sur celle-ci, nécessiteront un examen médical supplémentaire pour exclure toute fracture.

Blessures à la colonne vertébrale et au cou

La moelle épinière (qui traverse le canal rachidien) relie le cerveau au reste du corps. Ensemble, ils constituent le système nerveux central.

La colonne vertébrale est composée de :

- La moelle épinière.
- Les os (appelés vertèbres) qui protègent la moelle épinière.

La moelle épinière est reliée individuellement à chaque muscle et contrôle leurs mouvements (fonction motrice). Elle est également reliée à des organes comme la peau qui transmettent des sensations, telles que le toucher, la douleur et la chaleur (fonctions sensorielles).

Le risque le plus important en cas de blessure à la colonne vertébrale est la présence de lésions provisoires ou permanentes au niveau de la moelle épinière. De telles lésions entraînent la paralysie de toute la partie du corps située au-dessous de la blessure.

Les blessures à la colonne vertébrale sont le plus souvent associées à une pression extrême. Vous devez être conscient de la possibilité d'une blessure à la colonne vertébrale si la personne :

- Est tombée d'une hauteur importante (p. ex. d'une échelle).
- Est tombée maladroitement (p. ex. en faisant de la gymnastique).
- A plongé dans une piscine peu profonde et s'est cognée la tête contre le fond.
- Est tombée d'un véhicule en mouvement ou d'un cheval.
- Se trouvait dans un véhicule à moteur lors d'une collision à grande vitesse, surtout si elle n'était pas attachée.
- A été frappée par un objet lourd qui lui est tombé sur le dos ou sur la tête.
- A une blessure importante à la tête ou au visage.

Dans la pratique, la majorité des blessures au cou et au dos résultent de traumatismes relativement mineurs, tels que des mouvements brusques ou soudains n'impliquant aucun des mécanismes énumérés ci-dessus. Ces blessures ne nécessitent généralement rien de plus que du réconfort et un anti-douleur.

Si le patient n'est pas réactif en raison d'une blessure à la tête, suspectez toujours une blessure à la colonne vertébrale et protégez-le en conséquence

À quoi faut-il se montrer attentif :

- Douleur au cou ou au dos.
- Douleur et/ou meurtrissure sur la peau couvrant la colonne vertébrale.
- Perte de contrôle des membres – la victime peut ne pas être capable de bouger ses bras ou ses jambes.
- Perte de sensations ou sensations anormales telles que brûlures ou picotements.

Ce que vous devez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.

Si le patient est *réactif* et *N'est PAS confus* :

- Rassurez-le et dites-lui de ne pas bouger.
- Afin de pouvoir exécuter l'approche **DRS-ABCD**, demandez-lui de bouger délicatement la tête de manière à ce qu'il soit dirigé directement vers l'avant, s'il peut le faire sans douleur.
- Appelez une ambulance ou demandez à quelqu'un d'autre de s'en charger.
- Demandez au patient de garder la tête aussi immobile que possible.
- Vous pouvez soutenir la tête du patient avec des oreillers ou des couvertures de chaque côté ou la maintenir en alignement neutre. Si vous utilisez vos mains, ne couvrez pas les oreilles du patient afin qu'il puisse entendre lorsque vous lui parlez (Figure 37).



► Figure 37 - Stabilisation manuelle du cou

Si le patient *n'est pas réactif* :

- Assurez-vous que ses voies respiratoires sont ouvertes, en utilisant la manœuvre avec « élévation du menton et bascule de la tête en arrière » le cas échéant (Figure 3). Pour ce faire, vous pouvez avoir à retirer un casque de moto (page 25).
- Vérifiez si le patient respire :
 - Si le patient *respire normalement*, laissez-le dans la position dans laquelle vous l'avez trouvé en utilisant vos mains pour maintenir la tête immobile. Si vous avez des inquiétudes concernant ses voies respiratoires ou s'il respire normalement, vous devrez peut-être le déplacer (p. ex. le rouler sur le dos) pour l'examiner correctement.
 - S'il *ne respire pas normalement*, vous devrez commencer la RCP. Pour l'efficacité de la RCP placez le patient soigneusement sur le dos.

En attendant l'arrivée des secours, vérifiez sa respiration et son niveau de réactivité. Si le patient est peu coopératif et/ou confus, évitez toute tentative d'empêcher le patient de bouger le cou.

Blessures mineures

Coupures et éraflures

Les saignements causés par de petites coupures et des éraflures peuvent être contrôlés par simple pression et élévation. L'utilisation d'un pansement permettra généralement à la plaie de cicatriser d'elle-même en quelques jours. Si la plaie est une éraflure superficielle, il est souvent préférable de la laisser à l'air libre pour qu'elle sèche et favoriser la formation d'une croûte.

Une assistance médicale n'est nécessaire que si le saignement est difficile à maîtriser, si la plaie contient un corps étranger ou si le risque d'infection est élevé, par exemple en raison d'une morsure par un animal ou une personne. Les patients qui ne sont pas certains de leur statut vaccinal (p. ex. tétanos et hépatite) doivent consulter un médecin.

Ecchymoses

Les ecchymoses sont causées par des saignements dans les couches de tissu sous la peau. Une ecchymose peut survenir rapidement après une blessure ou ne devenir visible que quelques jours plus tard (plus la lésion prend longtemps à se manifester, plus le tissu lésé est profond). Les personnes âgées et celles sous traitement anticoagulant sont plus sujettes aux ecchymoses.

Les ecchymoses sont réduites par l'élévation de la partie affectée et un refroidissement. Placez une compresse froide sur les tissus mous blessés pendant 10 minutes après une blessure afin de réduire le débit sanguin et par conséquent l'étendue de toute ecchymose.

Si le gonflement continue de croître, le patient devra être examiné à l'hôpital.

Ampoules

Des ampoules apparaissent lors de frottements répétés de la peau (c'est-à-dire, lorsque la peau frotte de manière répétée contre une autre surface, telle que l'intérieur d'une chaussure). Le tissu lésé laisse échapper un fluide qui s'accumule sous la peau.

Si une ampoule se forme, nettoyez la partie affectée et séchez-la. Si l'ampoule a déjà éclaté, nettoyez la partie affectée, mais laissez la peau surélevée de l'ampoule en place et placez une compresse épaisse sur la partie affectée pour assurer amortissement, protection et confort.

Corps étrangers dans une plaie

Il est important de retirer d'une plaie tout corps étranger, tel que des petits morceaux de verre ou des gravillons. S'ils ne sont pas éliminés, ces corps étrangers augmentent le risque d'infection. Pour éliminer les débris, vous pouvez soit irriguer une plaie, soit en prélever les corps étrangers avec une pincette. Si les débris sont profondément incrustés, il est préférable de laisser le soin de les retirer au personnel médical qualifié. Si vous laissez un corps étranger dans la plaie, vous devrez peut-être appliquer plusieurs compresses épaisses autour du corps étranger avant de panser la plaie. Si une plaie a été soigneusement nettoyée et pansée, il n'est pas nécessaire d'obtenir une assistance médicale immédiate. Cependant, si la plaie contient encore des débris, contactez un médecin.

Saignement de nez

Il s'agit d'un problème courant que des premiers soins appropriés permettront de résoudre dans la plupart des cas :

- Demandez à la personne de s'asseoir et de se pencher en avant.
- Demandez au patient de pincer la partie molle de son nez en prenant de brèves pauses toutes les 10 à 15 minutes, jusqu'à ce que le saignement s'arrête (Figure 38).
- Demandez à la personne de respirer par la bouche.

Si le saignement est intense, en cas de symptômes tels que des étourdissements, des sensations d'évanouissement ou si le saignement dure pendant plus de 30 minutes, ou encore si le patient a subi une blessure à la tête, appelez les secours.



► Figure 38 - Contrôler un saignement de nez

Problèmes d'oreille

Une douleur à l'oreille peut se développer pour différentes raisons, telles qu'une infection ou un corps étranger coincé dans l'oreille. Conseillez au patient de consulter son médecin généraliste ou le service des urgences de l'hôpital le plus proche. Ne tentez pas de retirer tout corps étranger du conduit auditif s'il n'est pas clairement visible et facilement récupérable.

Blessures oculaires

De nombreux accidents impliquent des lésions oculaires allant de problèmes fréquents et mineurs à des lésions plus graves. Les signes et symptômes à rechercher sont :

- Douleur ou rougeur de l'œil ou de la paupière.
- Plaie visible avec ou sans écoulement de fluide/sang.
- Perte de vision.
- Sensibilité à la lumière.
- Yeux qui coulent.

Il est important d'essayer d'empêcher le patient de se frotter les yeux.

Si vous suspectez la présence de quoi que ce soit dans les yeux, vous devez :

- Regardez attentivement dans les yeux à la recherche de plaies.
- Si vous pouvez voir quelque chose, rincez le coin interne de l'œil en abondance avec de l'eau propre (Figure 39).
- Si cela n'est pas efficace, demandez une assistance médicale d'urgence.

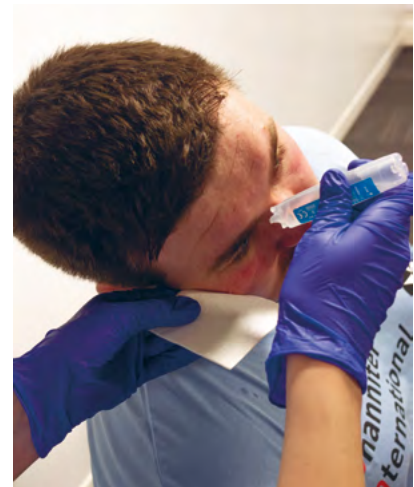
S'il y a une **ecchymose, une coupure ou un corps étranger incrusté dans ou autour de l'œil, vous devez :**

- Demander au patient de ne pas bouger les yeux.
- Lui demander d'obtenir une assistance médicale d'urgence.

En cas de **brûlure chimique, vous devez :**

- Rincer immédiatement les yeux avec de l'eau propre pendant au moins 15 minutes en inclinant la tête, et avec l'œil affecté orienté vers le bas (pour éviter la contamination de l'autre œil).
- Demander au patient d'obtenir une assistance médicale d'urgence.

Il est important de ne pas toucher l'œil et de ne pas retirer tout corps étranger dépassant de l'œil. Il n'est pas nécessaire d'appliquer une compresse sur un œil blessé.



► Figure 39 - Laver un œil

Si le patient a un produit chimique toxique dans les yeux, tel que de l'acide, commencez immédiatement l'irrigation avec un liquide à base d'eau. Si de l'eau courante n'est pas disponible, des boissons non alcoolisées feront l'affaire.

Brûlures et échaudures

Une exposition proche au feu ou à des matériaux en combustion, en particulier dans un espace confiné, peut entraîner l'inhalation de gaz chauds et/ou des lésions thermiques affectant la bouche et les voies respiratoires. Cette situation peut rapidement conduire à un problème potentiellement mortel pour lequel il convient d'obtenir une assistance médicale d'urgence et d'informer l'opérateur que vous suspectez une brûlure des voies respiratoires (page 27).

En cas de brûlure ou d'échaudure, le refroidissement de la zone affectée réduira la douleur ainsi que le gonflement et le risque de formation de cicatrices. Plus une brûlure est refroidie rapidement et longuement, moins l'impact de la blessure sera important.

Les principes clés

- Assurez-vous que vous pouvez offrir de l'aide en toute sécurité.
- N'essayez PAS de retirer tout corps étranger collé à la zone brûlée.
- Ne refroidissez PAS le patient – refroidissez uniquement la zone brûlée.
- N'utilisez PAS de lotions, pommades ou crèmes.
- N'utilisez PAS de pansement adhésif.
- Ne crevez PAS les ampoules.

Ce que vous pouvez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Maintenez la zone brûlée sous l'eau courante froide (PAS d'eau glacée) pendant au moins 20 minutes. Le fait de refroidir les brûlures importantes chez les enfants peut provoquer une hypothermie. Des précautions appropriées doivent donc être prises pour éviter cela.
- Si de l'eau froide n'est pas disponible, vous pouvez utiliser des liquides froids tels que des boissons non alcoolisées.
- Enlevez tout bijou adjacent à la peau brûlée.
- Couvrez avec un pansement stérile si disponible.
- Sinon, des bandes de film plastique peuvent être appliquées sur la zone brûlée, mais ne doivent pas être enroulées autour du membre.
- En cas de brûlures importantes ou graves, assurez-vous d'obtenir une assistance médicale. De nombreux patients auront besoin d'une assistance médicale pour soulager leur douleur.
- En cas de signes de difficulté respiratoire – suivez les conseils de la page 26.

Pour les brûlures chimiques, en particulier avec des substances corrosives ou une attaque délibérée

avec un produit chimique inconnu, suivez les conseils indiqués à la page 55.



Si un patient est en feu, tentez de l'éteindre en suivant la technique « s'arrêter, se laisser tomber et rouler » (Figure 40).

► Figure 40 - La technique « s'arrêter, se laisser tomber et rouler »

Attaque à l'acide

Les attaques avec des substances corrosives sont de plus en plus courantes. En tant que secouriste, les mesures initiales que vous devez prendre sont simples et efficaces et peuvent faire une grande différence pour les victimes d'une telle attaque.

Une fois que vous êtes sûr que vous pouvez vous approcher en toute sécurité, la séquence de mesure à suivre est la suivante :

Alerter	–	Appeler le 112.
Retirer	–	Enlever soigneusement les vêtements contaminés.
Rincer	–	Rincer immédiatement.

Lorsque vous aidez une victime d'une attaque à l'acide, il est essentiel de vous assurer que vous ne serez pas contaminé vous-même. Si vous enlevez ses vêtements, essayez de vous protéger en enveloppant vos mains dans des sacs en plastique, en portant des gants si vous en avez, et en ne touchant aucune partie visiblement contaminée de la victime ou de ses vêtements.

Ce que vous devez faire :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Refroidissez la brûlure, pas le patient, et n'utilisez pas de la glace.
- Gardez le patient au chaud.
- Éliminez l'agent corrosif en rinçant abondamment de préférence avec de l'eau courante, mais d'autres liquides simples peuvent être utilisés. Rincez de préférence pendant au moins 20 minutes.
- Évitez de répandre la contamination de la zone exposée sur d'autres parties du corps lors de l'irrigation.

Empoisonnement ou surdosage intentionnel

Vous devrez peut-être aider une personne en surdosage intentionnel ou qui a été empoisonnée. Il existe quelques mesures simples qui vous aideront dans une telle situation :

- Suivez toujours l'approche **DRS-ABCD**.
- Si vous devez prodiguer des insufflations de secours, utilisez un masque de poche ou un écran facial pour vous protéger.
- Rassurez le patient.
- Composez le 112 et donnez autant d'informations que possible sur le poison.
- N'essayez pas de faire vomir le patient, mais aidez-le s'il vomit de lui-même.
- Conservez un échantillon du poison.

Morsures et piqûres

Morsures d'animaux

Les morsures causent des lésions au niveau des tissus et laissent des microbes pénétrer sous la peau. Vous devez donc soigner toute morsure pénétrant la peau pour l'empêcher de s'infecter.

Suivez l'approche **DRS-ABCD**. Les premiers secours pour des morsures consistent à suivre les instructions suivantes :

- Arrêtez le saignement (page 31).
- Irriguez la plaie avec de l'eau en abondance.
- Couvrez la plaie avec un pansement stérile pour prévenir l'infection.
- Conseillez au patient de consulter un médecin.

La plupart des piqûres nécessiteront des antibiotiques et il existe un risque de tétanos (ou d'infection par la rage dans certains pays). Il est donc important de conseiller aux patients de consulter un médecin.

Morsures humaines

Si la morsure provient d'une autre personne et qu'il existe un risque d'infection bactérienne, il y a également un risque de contracter l'hépatite ou le VIH-sida. Une orientation vers l'hôpital est essentielle.

Piqûres d'insectes

Les piqûres d'insectes peuvent être douloureuses, mais ne sont généralement pas dangereuses. La douleur est souvent le premier symptôme, suivi d'un gonflement léger, d'une rougeur et d'une douleur.

Parfois, les piqûres peuvent entraîner une réaction allergique grave, il est donc important d'en surveiller les symptômes et de consulter un médecin rapidement le cas échéant.

Ce que vous devez faire :

- Si vous pouvez voir la cause de la piqûre, brossez ou grattez sur le côté. N'utilisez pas de pince pour essayer de la retirer, car vous pourriez faire pénétrer davantage de poison dans la plaie.
- Offrez un soulagement simple de la douleur.
- Mettez un sac de glace ou quelque chose de froid sur la plaie pour réduire le gonflement et soulevez la partie du corps qui est touchée.
- Si la piqûre se trouve dans la bouche ou la gorge (par exemple après avoir avalé un insecte piégé dans une canette de boisson non alcoolisée), faites sucer un glaçon ou siroter de l'eau glacée par le patient.
- Continuez à suivre l'approche **DRS-ABCD**.

Si vous remarquez des signes de réaction allergique grave (page 39), appelez une assistance médicale d'urgence. Aidez le patient à utiliser son auto-injecteur d'adrénaline s'il en a un.

Morsures de serpent

Toute morsure de serpent connue ou présumée doit être traitée comme potentiellement mortelle et une assistance médicale doit être contactée de toute urgence.

N'essayez pas d'attraper le serpent

Les signes et les marques d'une morsure de serpent ne sont pas toujours visibles. Les symptômes peuvent apparaître après une heure ou même plus longtemps après la morsure. Les marques de la morsure peuvent aller de blessures de perforation évidentes à des égratignures ou peuvent être presque invisibles.

Les signes et symptômes peuvent inclure toutes les combinaisons des éléments suivants :

- Douleur, gonflement, ecchymose ou saignement mineur à l'endroit de la morsure (parfois retardé).
- Maux de tête, malaise, vertiges.
- Douleur abdominale, nausée et vomissement.
- Vision floue, paupières tombantes.
- Difficulté à parler ou à avaler.
- Faiblesse ou engourdissement des membres.
- Difficultés respiratoires.

Que faire :

- Suivez l'approche **DRS-ABCD**.
- Appelez le 112 pour obtenir une ambulance.
- Allongez le patient et demandez-lui de rester immobile. Rassurez le patient.
- Arrêtez tout saignement et lavez la plaie avec de l'eau propre.
- Couvrez l'endroit de la morsure.
- Si la morsure se situe sur un membre, appliquez un bandage serré en commençant par les doigts ou les orteils et étendez-le complètement en remontant le long du membre affecté (Figure 41).
- Immobilisez le membre bandé.
- Notez le moment de la morsure et le moment où le bandage a été appliqué.
- Restez avec le patient jusqu'à l'arrivée des secours.

N'essayez PAS de sucer le venin ou d'appliquer un garrot sur le membre affecté.



▶ Figure 41 - Pansement compressif et immobilisation

JOIN

Johanniter International (JOIN) est le partenariat des quatre Ordres protestants de Saint-Jean et de leurs œuvres de bienfaisance. Nos organisations membres, basées en Europe et au Proche-Orient, travaillent en étroite collaboration et sont soutenues par plus de 100'000 bénévoles. Elles sont au service du genre humain, fournissant des prestations médicales et des soins de premiers secours, une large palette de services sociaux, une aide humanitaire internationale et des secours en cas de catastrophe. Le développement d'activités dans le secteur de la jeunesse fait également partie de nos priorités. Les services de nos organisations membres sont ouverts à tout le monde.

Le bureau central de JOIN, situé à Bruxelles, représente les intérêts des œuvres de bienfaisance de Saint-Jean auprès des institutions européennes et internationales, facilite la réalisation de projets internationaux et anime les groupes de travail existant.

Contact : join.office@johanniter.org

Site internet : www.johanniter.org



johanniter
international

