



Ambulance Saint-Jean

GUIDE DE RÉFÉRENCE EN SECOURISME



Table des matières

CHAPITRE 01	8
INTRODUCTION	9
RÔLE DES SECOURISTES	10
SECOURISME EN MILIEU DE TRAVAIL	12
LE SECOURISME ET LA LOI	14
SÉCURITÉ ET PROTECTION INDIVIDUELLE	18
AIDE MÉDICALE SUR LES LIEUX	27
CHAPITRE 02	36
ÉTAPES DE LA PCSU	37
EFFECTUER UN EXAMEN DES LIEUX	38
EFFECTUEZ UN EXAMEN PRIMAIRE	40
EXAMEN SECONDAIRE	43
SOINS CONTINUS	52
CONSIDÉRATIONS APRÈS UNE URGENCE	56
SOULEVER ET DÉPLACER UNE VICTIME	57
PRISE EN CHARGE DE VICTIMES MULTIPLES	77
CHAPITRE 03	82
URGENCES RESPIRATOIRES	85
ÉTOUFFEMENT	95

CHAPITRE 04	110
STRUCTURES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE	111
MALADIES CARDIOVASCULAIRES	112
ANGINE DE POITRINE ET CRISE CARDIAQUE	114
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	122
CHAPITRE 05	126
ARRÊT CARDIAQUE	127
RCR CHEZ UNE VICTIME D'ÂGE ADULTE	128
RCR CHEZ UN(E) ENFANT	134
RCR CHEZ UN NOURRISSON	138
DEA	141
ÉTAT DE CHOC	149
CONSCIENCE	153
ÉVANOISSEMENT	155
CHAPITRE 06	158
PANSEMENTS	159
BANDAGES	161
ÉCHARPES	166
ATTELLES	169

CHAPITRE 07	172
HÉMORRAGIE EXTERNE GRAVE	173
HÉMORRAGIE INTERNE GRAVE	180
AMPUTATIONS	183
BLESSURES THORACIQUES	185
BLESSURES CAUSÉES PAR UNE EXPLOSION	189
BLESSURES ABDOMINALES	190
BLESSURES CAUSÉES PAR UN ÉCRASEMENT	192
CHAPITRE 08	194
TYPES DE PLAIES MINEURES	195
NETTOYAGE DES PLAIES ET PRÉVENTION DES INFECTIONS	197
GESTION DES URGENCES LIÉES À UNE PLAIE MINEURE	198
GESTION DES URGENCES LIÉES À UNE BLESSURE À L'ŒIL	210
GESTION DES URGENCES LIÉES À NE BRÛLURE	219
CHAPITRE 09	231
LE SYSTÈME SQUELETTIQUE	232
FRACTURES	233
ENTORSES ET LUXATIONS	235

PREMIERS SOINS POUR DES BLESSURES PARTICULIÈRES AUX OS ET AUX ARTICULATIONS	240
FOULURES	259
CHAPITRE 10	261
BLESSURES À LA TÊTE	262
COMMOTION	266
BLESSURES AU BASSIN	272
CHAPITRE 11	274
QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE?	275
STIGMATISATION	276
GUIDE SUR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE	277
TRAITER UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE AU MOYEN DU MODÈLE TEMA	283
BLESSURES PHYSIQUES ET BLESSURE MENTALE	288
CRISES DE PANIQUE	289
TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS PROFESSIONNEL	291
CHAPITRE 12	293
URGENCES LIÉES AU DIABÈTE	294
URGENCES LIÉES AUX CRISES D'ÉPILEPSIE	296
CAUSES COURANTES D'UNE CRISE	297
URGENCES LIÉES À LA FIÈVRE CHEZ L'ENFANT	299

CHAPITRE 13	302
BLESSURES ET MALADIES LIÉES À LA CHALEUR	303
BLESSURES ET MALADIES LIÉES AU FROID	309
NOYADES	323
MORSURES ET PIQÛRES	325
CHAPITRE 14	333
TYPES D'EMPOISONNEMENT	334
ANTÉCÉDENTS DE L'INCIDENT	335
SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'EMPOISONNEMENT	336
PREMIERS SOINS EN CAS D'EMPOISONNEMENT	337
CONSOMMATION OU MÉSUSAGE DE SUBSTANCES	341
CHAPITRE 15	352
INTRODUCTION	353
GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT	354
ACCOUCHEMENT D'URGENCE	356
SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ	363
SAIGNEMENT VAGINAL ET FAUSSE-COUCHE	364
CHAPITRE 16	366
CATÉGORIES D'ÂGE POUR LA RÉANIMATION	367
RESPIRATION ARTIFICIELLE (RA)	369
ÉTOUFFEMENT	392

ANNEXE	401
TERMINOLOGIE ANATOMIQUE	402
PEAU	403
SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	404
SQUELETTE	406
SYSTÈME NERVEUX	409
SYSTÈMES DIGESTIFS ET URINAIRE	411
SYSTÈME CIRCULATOIRE	412
SYSTÈME RESPIRATOIRE	417
GLOSSAIRE	419

Chapitre 01

Introduction au
secourisme

INTRODUCTION

Ce *Guide de référence en secourisme* couvre un large éventail de renseignements qui vous aideront à réagir de manière appropriée en cas d'urgence médicale ou nécessitant des premiers soins. Le chapitre d'introduction contient des renseignements généraux, des définitions et d'autres éléments associés au secourisme. Le chapitre 2 « La prise en charge d'une situation d'urgence » porte sur la prise en charge de victimes, y compris les questions associées à l'évaluation de la victime. Ce chapitre porte également sur des sujets qu'il est important de comprendre dans les premiers moments critiques d'une situation d'urgence.

Le chapitre 16 « SIR + RCR pour les prestataires de soins de santé » traite de questions particulièrement pertinentes pour les prestataires de soins de santé — les intervenant(e)s ayant un devoir précis d'intervention au sein du système de soins de santé.

Ce guide sert à soutenir l'enseignement des cours suivants et d'autres cours :

- Secourisme général et d'urgence
- Secourisme de base et intermédiaire
- RCR à tous les niveaux, y compris les soins immédiats en réanimation (SIR) et les soins prodigués par un(e) prestataire de soins de santé

Certaines parties du contenu de ce guide ne se rapportent pas précisément au niveau de formation que vous avez reçu. Les secouristes doivent toujours se rappeler de ne pas aller au-delà de leur formation ou de la réglementation/législation de leur province ou territoire.

RÔLE DES SECOURISTES

Les secouristes *ne diagnostiquent pas et ne traitent pas les blessures et les maladies*, à l'exception de celles qui sont très légères. Le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies sont effectués par des médecins. Les secouristes *examinent les blessures et les symptômes de maladie* et prodiguent les premiers soins en situation d'urgence.

En plus de prodiguer les premiers soins, il est important pour les secouristes de faire ce qui suit :

- Protéger les effets personnels de la victime.
- Tenir à l'écart les personnes dont la présence n'est pas nécessaire.
- Rassurer les proches de la victime.
- Nettoyer le lieu de l'urgence et corriger toute condition dangereuse pouvant être à l'origine des blessures.

Les secouristes en milieu de travail peuvent avoir des obligations et des protections en vertu de la législation fédérale, provinciale et territoriale concernant l'administration de médicaments. Consultez la législation et la réglementation fédérales, provinciales ou territoriales pour prendre connaissance des exigences de votre région.

Qu'est-ce que le secourisme?

Le secourisme consiste à prodiguer des soins d'urgence à une personne blessée ou soudainement malade au moyen de matériaux facilement accessibles. Toute personne qui prend en charge une situation d'urgence et prodigue les premiers soins est appelée « secouriste ». La personne blessée ou malade est appelée « victime ».

Les trois priorités en matière de secourisme, en ordre d'importance, sont les suivantes :

- Préserver la vie.
- Empêcher que la maladie ou la blessure ne s'aggrave.
- Favoriser le rétablissement.

Considérations relatives à l'âge dans le cadre des premiers soins et de la RCR

Les procédures associées aux premiers soins et à la réanimation cardiorespiratoire (RCR) diffèrent à certains égards selon l'âge et la taille de la victime.

Pour les premiers soins et la RCR :

- Un nourrisson est une personne âgée de moins d'un an.
- Un(e) enfant est une personne âgée d'un an à huit ans.
- Un(e) adulte est une personne âgée de plus de huit ans.

Il est important de comprendre que ces âges servent de lignes directrices. Il faut tenir compte de la taille de la victime.

Aide à la prise de médicaments

Les secouristes peuvent être amené(e)s à aider certaines victimes à prendre des médicaments qui leur ont été prescrits. Lorsqu'ils (elles) aident une victime à prendre des médicaments, les secouristes doivent consulter l'étiquette et vérifier les éléments de la bonne prise des médicaments suivants :



- **Bonne personne** — le nom inscrit sur le contenant des médicaments est-il celui de la victime?
- **Bon médicament** — s'agit-il du médicament approprié compte tenu de la situation?
- **Bonne dose** — quelles sont les instructions de dosage?

- **Bonne voie** — comment faut-il prendre ce médicament? (Voie orale, inhalation, etc.)
- **Bon moment** — est-ce le bon moment pour prendre ce médicament?
- **Bonne documentation** — il faut consigner quels médicaments ont été administrés et quand ils ont été administrés.
- **Droit de refuser** — recevoir des soins demeure au choix des victimes, et même si le (la) secouriste peut aider à la prise de médicaments, elles peuvent refuser de les prendre.

SECOURISME EN MILIEU DE TRAVAIL

On parle de secourisme en milieu de travail lorsqu'une personne formée (et désignée) pour agir en tant que secouriste prodigue des soins d'urgence à un(e) collègue blessé(e) ou qui tombe subitement malade. La législation de chaque province et de chaque territoire comprend une disposition relative au secourisme en milieu de travail.

Consultez la réglementation de votre province ou territoire pour prendre connaissance des exigences de votre région.

Secourisme dans le cadre de votre travail

Si le fait de prodiguer les premiers soins fait partie de votre travail, vous avez le devoir d'utiliser vos compétences et de prodiguer des soins de manière raisonnable en fonction de votre niveau de formation. Il existe des règlements qui protègent les secouristes.

Par exemple, pour ce qui est des milieux de travail régis par le *Code canadien du travail*, le paragraphe 126(3) du *Code* stipule ce qui suit :

« L'employé n'encourt aucune responsabilité personnelle pour les actes — actions ou omissions — qu'il accomplit de bonne foi à la demande de l'employeur en vue de l'exécution des obligations qui incombent à ce dernier en matière de premiers soins et de mesures d'urgence sous le régime de la présente partie. »

Chaque milieu de travail au Canada est tenu, en vertu de la réglementation fédérale, provinciale ou territoriale, de disposer d'une trousse de premiers soins. La taille et le contenu de la trousse de premiers soins sont déterminés en fonction de la réglementation applicable. Les secouristes sont encouragé(e)s à se familiariser avec le contenu de la trousse de premiers soins de leur milieu de travail et son emplacement, et à inspecter régulièrement la trousse.

Secourisme dans le cadre de la santé et de la sécurité au travail (SST)

La réglementation et la législation provinciales et territoriales contiennent des exigences relatives à la formation en secourisme dans le ressort pertinent. La réglementation de la plupart des régions exige qu'au moins un(e) secouriste désigné(e) soit présent(e) en milieu de travail en tout temps.

Le niveau de formation requis pour les secouristes dépend de l'étendue du milieu de travail, de la distance à parcourir pour obtenir une aide médicale, ainsi que du risque de blessure au sein du milieu de travail.

Pour veiller au respect de la réglementation, on recommande de faire en sorte que plusieurs personnes ayant suivi une formation en secourisme soient présentes à chaque quart, puisque les secouristes peuvent prendre des congés ou des pauses ou s'absenter du travail en raison d'une maladie.

Législation en matière de SST

Les provinces et les territoires sont chargés d'adopter une législation en matière de santé et sécurité au travail (SST) pour protéger les travailleur(-euse)s.

Tous les milieux de travail qui relèvent de la compétence d'une province ou d'un territoire en matière de réglementation sont tenus d'adhérer à la législation et à la réglementation de cette province ou de ce territoire. Les milieux de travail qui relèvent de la compétence fédérale sont assujettis au *Code canadien du travail*.

La législation et la réglementation prévoient une couverture adéquate en matière de secourisme dans les milieux de travail, généralement sur la base de certains ou de l'ensemble des éléments suivants :

- Nombre de travailleur(-euse)s
- Risques
- Distance à parcourir pour obtenir des soins médicaux

LE SECOURISME ET LA LOI

Veuillez noter qu'Ambulance Saint-Jean ne fournit aucun conseil juridique. Le présent guide n'est pas destiné à remplacer les conseils d'un(e) avocat(e) ou d'un(e) juriste.

Loi et principes du bon samaritain

Partout au Canada, la loi et les principes du bon samaritain protègent les secouristes contre les poursuites judiciaires. Tout(e) passant(e) qui vient en aide à une personne alors qu'il (elle) n'a aucune obligation légale à cet effet est considéré(e) comme un bon samaritain. Les bons samaritains offrent leur aide sans être payés et en agissant de bonne foi.

Quiconque aide une personne dans une situation d'urgence doit respecter les principes suivants :

- Se présenter comme secouriste et obtenir la permission d'aider la personne blessée ou malade avant de la toucher — ce qu'on appelle le **consentement**.
- Faire usage de ses **compétences** et offrir des soins de manière raisonnable, en respectant son niveau de connaissances et de compétences.
- Ne pas faire preuve de **négligence**.
- Ne pas **abandonner** la personne.

Négligence

Ne prodiguez que les soins pour lesquels vous avez été formé(e), et agissez en tout temps dans l'intérêt de la victime.

Abandon

N'abandonnez jamais une victime dont vous avez la charge. Demeurez auprès de la victime jusqu'à l'une des éventualités suivantes :

- Vous la confiez à l'équipe d'aide médicale.
- La victime va mieux et peut se soigner elle-même.
- Vous la confiez à un(e) autre secouriste.
- La victime ne veut plus de votre aide — généralement parce que le problème n'est plus une urgence et que des soins supplémentaires ne sont pas nécessaires.

Compétences et soins raisonnables

Lorsqu'ils prodiguent les premiers soins, les bons samaritains doivent faire preuve de compétences et de soins raisonnables en fonction de leur niveau de connaissances et de compétences.

Consentement

La loi stipule que chaque personne a le droit de refuser qu'on la touche. En tant que secouriste, vous devez respecter ce droit.

Consentement explicite

Demandez toujours à la victime si vous pouvez lui venir en aide. Il faut que la victime réponde par l'affirmative de vive voix, en hochant la tête ou au moyen d'une autre réponse que l'on peut clairement interpréter comme étant affirmative.

Consentement éclairé et continu

Vous devez obtenir le consentement éclairé et continu de la victime en lui indiquant ce que vous allez faire et en confirmant qu'elle accepte que vous continuiez. La victime a le droit de retirer son consentement à tout moment.

Consentement tacite

Si la victime ne peut pas répondre, vous bénéficiez de ce que l'on appelle le **consentement tacite**, et pouvez lui venir en aide. Toute victime sans réaction est dans un état grave, et l'on suppose qu'elle accepterait toute aide que vous pourrez lui apporter.

Consentement des enfants

Si la victime est un nourrisson ou un(e) jeune enfant, vous devez obtenir le consentement d'un parent ou d'un(e) tuteur(-trice). S'il n'y a pas de parent ou de tuteur(-trice) sur les lieux, la loi suppose que la victime donnerait son consentement si elle le pouvait, et vous bénéficiez donc d'un consentement tacite.

Consentement refusé

Toute personne a le droit de refuser votre aide. Dans un tel cas, n'imposez pas les premiers soins à une victime consciente. Si vous n'avez pas le consentement d'une victime, vous pouvez prendre d'autres mesures sans la toucher, comme contrôler la scène et appeler pour obtenir une aide médicale.

Devoir d'intervention

La *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec indique que toute personne dont la vie est en péril a droit au secours. Cela signifie que vous devez aider toute personne dont la vie est en danger, à condition de ne pas mettre votre propre vie ou celle de toute autre personne en danger.

Dans le reste du Canada, il n'existe aucune obligation légale quant au fait de prodiguer les premiers soins à quelqu'un, autre celle des personnes chargées des premiers soins en milieu de travail.

Tel qu'il est indiqué ci-dessus, chaque milieu de travail est tenu d'avoir un(e) secouriste désigné(e) pendant chaque quart. En cas d'urgence en milieu de travail, le (la) secouriste désigné(e) est tenu(e) d'intervenir, sauf si sa sécurité est menacée.

SÉCURITÉ ET PROTECTION INDIVIDUELLE

En cas d'urgence, les secouristes doivent toujours être conscient(e)s des dangers et risques en milieu de travail et prodiguer les premiers soins en toute sécurité. Les *dangers* sont des sources psychologiques, environnementales et physiques de méfaits potentiels, de blessures ou de décès pour le (la) secouriste. Le stress professionnel, l'exposition à des températures extrêmes et la violence sur le lieu de travail sont des exemples de dangers en milieu de travail.

Un *risque* est la probabilité de subir un dommage ou une blessure en cas d'exposition à un danger. Par exemple, un danger physique peut être le travail en hauteur (par exemple, sur une échelle), et le risque est la probabilité de tomber et de se blesser.

Il existe trois types de dangers de base :

- La source d'énergie qui a causé la blessure d'origine. Le mécanisme ayant causé la blessure d'origine est-il toujours actif et cause-t-il des blessures à d'autres personnes?
Exemple : lorsqu'une blessure a été causée par de la machinerie, la machinerie fonctionne-t-elle toujours?
- Il peut y avoir des dangers causés par des facteurs externes.
Exemple : des véhicules passant aux alentours peuvent poser un risque sur les lieux d'un accident de voiture.
- Il peut y avoir des dangers associés aux procédures de premiers soins ou à un sauvetage. Exemple : le fait de déplacer un(e) blessé(e) lourd(e) peut présenter un risque de blessure pour un(e) secouriste.

Certains dangers peuvent être maîtrisés par les secouristes. Dans le cadre de la maîtrise d'un danger, vous devez garder à l'esprit les principes suivants :

- Utiliser des moyens mécaniques dans la mesure du possible (balai et pelle, outils, etc.).
- Faire preuve de prudence lorsque l'on soulève ou déplace des objets qui se trouvent sur une victime ou à proximité d'elle.
- Demander à quelqu'un de vous aider si possible.
- Allumer les lumières lorsque cela n'entraîne pas de risque supplémentaire.
- Éviter les pertes d'équilibre — de nombreuses blessures subies par les secouristes sont dues à des glissades et à des chutes.

Les risques dont la maîtrise nécessite une formation spécialisée (électricité, incendies, gaz, etc.) ne doivent être maîtrisés que par des personnes correctement formées. La plupart des milieux de travail qui sont régulièrement confrontés à ces types de risques disposent d'une équipe d'intervention spécialisée. Consultez les politiques et protocoles de votre milieu de travail.

Pour ce qui est des risques chimiques, une fiche de données de sécurité (FDS) doit être accessible et fournira des renseignements sur la manière de maîtriser les dangers ainsi que des directives pour les premiers soins.

Il est important que les secouristes en milieu de travail examinent les lieux pour repérer les dangers, évaluent les dangers, déterminent les mesures de contrôle appropriées pour atténuer ou éliminer le risque, puis s'assurent que les mesures de contrôle sont mises en œuvre.

Prévenir les infections

En tant que secouriste, vous devez éviter les infections au contact des victimes, ainsi qu'éviter de les infecter vous-même. Le chapitre 8 contient de plus amples renseignements sur le nettoyage des plaies et la prévention des infections.

Pour se protéger contre les infections au contact des victimes, il est utile de comprendre les pathogènes et la transmission des infections.

Pathogènes aéroportés

Voici des exemples d'infections qui peuvent se propager par voie aérienne :

- La méningite est une infection bactérienne ou virale qui provoque un gonflement touchant la moelle épinière et le cerveau.
- La tuberculose est une infection bactérienne qui touche principalement les poumons, mais qui peut toucher n'importe quelle partie du corps.
- L'influenza, que l'on appelle aussi la grippe, est une infection virale qui se propage facilement et dont la gravité varie grandement (de légèrement débilitante à mortelle).

Pathogènes transmissibles par le sang et les autres fluides

L'exposition au sang ou à d'autres fluides corporels (p. ex., les vomissures ou les excréments) présente un risque pour la santé des secouristes.

Les secouristes doivent faire attention à trois maladies en particulier :

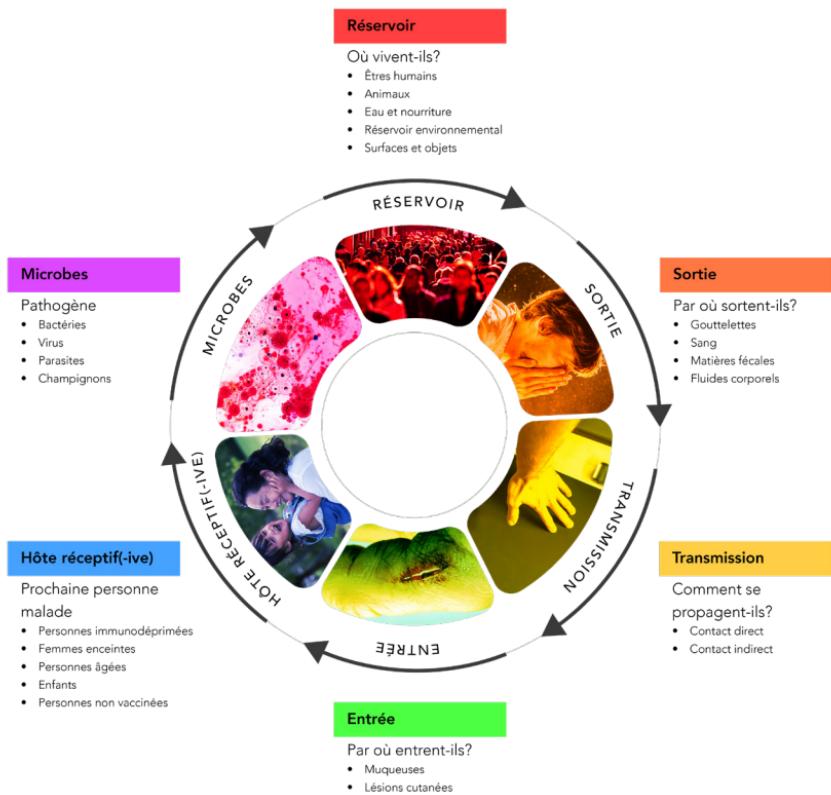
- **Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** est le virus qui cause le sida. Il n'existe pas de vaccin contre ce virus. La meilleure défense demeure une protection adéquate pour aider à prévenir l'infection.
- **L'hépatite B** est l'une des trois formes courantes d'hépatite, une maladie virale qui peut causer de graves dommages au foie. Certaines personnes atteintes d'hépatite B ne présentent aucun symptôme, mais sont tout de même contagieuses. Il existe un vaccin pour prévenir l'hépatite B.
- **L'hépatite C** cause plus ou moins les mêmes dommages au foie que l'hépatite B, mais il n'existe actuellement aucun vaccin pour prévenir cette maladie.

Chaîne de transmission de l'infection

La chaîne d'infection est une façon de comprendre le cycle de l'infection. La perturbation d'un point quelconque de la chaîne peut contribuer à briser le cycle de l'infection et potentiellement arrêter de nouvelles infections.

01

LA CHAÎNE DE TRANSMISSION DE L'INFECTION



Pathogènes — composés de bactéries, de virus et de parasites. Ce sont eux qui rendent les gens malades. Ils peuvent être nouveaux ou constituer une mutation d'un pathogène existant.

Réservoirs — milieu où les pathogènes vivent avant de se déplacer. Les réservoirs courants sont les animaux, la nourriture, l'eau, le sol et les personnes. L'eau contaminée est l'un des réservoirs les plus fréquents.

Sortie — Façon dont un pathogène quitte le réservoir. Dans le cas des infections transmises d'une personne à une autre, les voies de sortie communes sont la toux, les éternuements, le sang et les matières fécales.

Transmission — Façon dont le pathogène se déplace d'un endroit à un autre. Cela peut se faire par contact étroit avec une personne infectée, par des surfaces contaminées (ce que l'on appelle un vecteur passif).

Entrée — Façon dont le pathogène pénètre dans l'hôte suivant. L'entrée peut se produire par la bouche (lorsque la personne mange ou boit), par les yeux ou le nez (muqueuses) ou par une brèche dans la peau (coupure ou injection).

Hôte réceptif — Le nouvel hôte potentiel doit être sensible au pathogène pour que celui-ci s'installe. Les personnes âgées et les enfants constituent souvent des hôtes réceptifs. Dans certains cas, les vaccins peuvent prévenir l'infection, et les personnes non vaccinées constituent des hôtes réceptifs.

Le virus du rhume est une infection courante qui touche les gens chaque année. La chaîne commence chez une personne malade et sort par la toux et les éternuements. L'infection se transmet d'une personne à une autre par contact étroit ou par des gouttelettes laissées sur une surface (comme une poignée de porte). L'hôte suivant touche la surface contaminée, puis ses muqueuses (nez, bouche, yeux) avant de se laver les mains. Comme l'hôte n'a jamais été au contact de cette variante particulière du rhume auparavant, il est réceptif et devient infecté. Une fois dans le nouvel hôte, le virus peut changer légèrement, ou simplement être transporté et recommencer le processus.

Objets tranchants ou pointus

Si un objet tranchant ou pointu entre en contact avec du sang infecté, puis pique ou coupe la peau d'une personne, cette personne peut être infectée. Les secouristes n'utilisent pas d'objet tranchant tel qu'un scalpel ou une seringue, mais il peut y avoir sur les lieux du verre brisé ou d'autres objets tranchants ou pointus ayant été en contact avec du sang ou d'autres fluides corporels. Les secouristes doivent toujours porter des gants et manipuler les objets tranchants ou pointus avec une extrême prudence.

Équipement de protection individuelle

L'équipement de protection individuelle (EPI) est constitué de vêtements et d'autres articles que l'on utilise pour protéger les secouristes et réduire au maximum les risques pour la santé et la sécurité lors du contact avec une victime. L'EPI peut être composé de gants, d'un masque de poche utilisé pour la ventilation, d'un casque, d'une protection oculaire, de bottes de sécurité, etc.

Utilisez un masque ou un protecteur facial

lorsque vous effectuez la respiration artificielle ou la RCR. Suivez toujours les directives du fabricant pour la désinfection et le nettoyage des articles réutilisables. Les masques à usage unique, les valves unidirectionnelles et les gants sont éliminés en les mettant dans un sac double avec d'autres articles contaminés.

Pour une utilisation en milieu de travail, suivez les protocoles provinciaux/territoriaux ou de l'entreprise pour l'élimination des articles dangereux.



Les gants jetables permettent d'éviter que les mains des secouristes entrent en contact avec la victime. Vous devez porter des gants si vous êtes susceptible de toucher des tissus corporels, du sang ou d'autres fluides corporels, ou encore tout objet ou surface ayant été en contact avec des tissus corporels, du sang ou d'autres fluides corporels.

En cas de déchirement des gants, lavez-vous les mains dès que possible et enfilez une nouvelle paire. Pour éliminer les gants contaminés, placez-les dans un sac en plastique double hermétique.

Nettoyage après une urgence

Après une urgence, il est important de nettoyer correctement les lieux ainsi que l'équipement utilisé. Il faut désinfecter toutes les surfaces dures. Il faut laver les tissus, dans la mesure du possible. Il peut s'avérer nécessaire de se débarrasser des surfaces poreuses et du matériel que l'on ne peut pas laver.

- Pour ce qui est des articles destinés à être réutilisés (ciseaux, forceps), il faut enlever le sang et les autres fluides, immerger l'article dans une solution composée à 10 % d'eau de Javel (ou une autre solution désinfectante) pendant 10 minutes, puis rincer et sécher l'article.
- Il faut mettre les articles non réutilisables (gaze, gants) dans un sac à ordures, puis attacher le sac. On peut ensuite jeter le sac avec les ordures ordinaires.
Il faut nettoyer toute surface contaminée par du sang ou d'autres fluides avec une solution javellisée ou une autre solution désinfectante.

01

Objets tranchants ou pointus

En cas d'urgence, des objets tranchants ou pointus peuvent être à l'origine des blessures, ou encore être utilisés pour les premiers soins. Il est important de se débarrasser correctement de ces objets pour assurer la sécurité des secouristes et des autres personnes. Les objets tranchants ou pointus peuvent par exemple être des seringues, des couteaux ou des morceaux de verre brisé.

S'il y a du sang contaminé sur ces articles et qu'ils coupent ou piquent les secouristes, cela présente un risque de contamination.

Il faut toujours ramasser le verre brisé avec des moyens mécaniques tels qu'un balai et une pelle. Le verre ramassé doit être placé dans un récipient résistant aux perforations, comme une boîte en carton.

Pour manipuler un couteau, il faut toujours le saisir par le manche et le tenir la lame vers le bas. Pour le nettoyage d'un couteau, il faut suivre les étapes indiquées ci-dessus pour le nettoyage des surfaces dures.

Il faut jeter les seringues dans un récipient pour objets tranchants ou pointus. Ces récipients en plastique ont des parois épaisses et un couvercle sécurisé qui empêchent les perforations accidentelles. Les ambulances transportent des récipients pour objets tranchants ou pointus, et on peut y jeter toute seringue trouvée ou utilisée pendant une urgence. Il faut toujours tenir les seringues par leur cylindre (la partie en plastique dotée d'un piston). On ne doit jamais essayer de mettre un capuchon sur une seringue usagée.

Il ne faut jamais jeter une seringue avec les ordures ordinaires.



Gants

Une fois que des gants ont été utilisés, ils sont contaminés et ils sont une source possible d'infection. Il faut les enlever sans toucher leur surface extérieure, en suivant les étapes illustrées.



AIDE MÉDICALE SUR LES LIEUX

Les sections suivantes portent sur l'aide médicale, les passant(e)s et la gestion du stress en situation d'urgence.

01 Importance de l'aide médicale

En secourisme, le terme « soins médicaux » désigne tout type d'aide médicale.

À moins qu'une blessure soit très mineure, assurez-vous en tout temps que la victime soit prise en charge par l'équipe d'aide médicale après avoir reçu les premiers soins. L'équipe d'aide médicale peut prodiguer des soins sur place, au cours du trajet vers un établissement de soins médicaux ou dans un hôpital.

Les secouristes doivent s'assurer de connaître le numéro de téléphone des services médicaux d'urgence (SMU) de leur communauté. Dans la plupart des régions du Canada, il s'agit du 9-1-1. Il est important d'appeler pour obtenir une aide médicale. En cas d'urgence mettant la vie en danger, chaque seconde compte.

Vous pouvez demander à un(e) passant(e) d'appeler pour obtenir une aide médicale.

Voici les renseignements à donner à la personne faisant l'appel :

- Le numéro de téléphone d'urgence à composer.
- Une description de l'état de la victime.
- Des indications pour se rendre sur le lieu de l'urgence.
- Vous devez aussi demander à la personne appelant pour obtenir une aide médicale de revenir vous parler une fois l'appel terminé.

Si vous êtes seul(e), vous devez décider s'il est préférable de rester avec la victime ou d'aller demander une aide médicale. La marche à suivre dépend du contexte. Si vous avez un cellulaire,appelez depuis le lieu de l'accident et prodiguez les premiers soins avec l'aide du (de la) répartiteur(-trice).

Soins médicaux

Les secouristes ne sont pas formé(e)s pour diagnostiquer la nature et la gravité des blessures et des maladies; seul(e)s les médecins sont formé(e)s à cette fin. En règle générale, il faut veiller à ce que la victime reçoive des soins médicaux après avoir reçu les premiers soins. Pour les blessures mineures, cela peut ne pas être nécessaire. Les soins médicaux sont prodigués par un(e) médecin ou sous sa supervision. Les ambulancier(-ière)s paramédics fournissent des soins médicaux parce qu'ils (elles) travaillent sous la supervision d'un(e) médecin.

Aide en situation d'urgence

Il faut demander aux passant(e)s de quitter les lieux, à moins que l'on ait besoin de leur aide.

S'il y a d'autres secouristes sur place, ils (elles) peuvent offrir leur aide. En tant que secouriste responsable, identifiez-vous et acceptez leur aide. Si une autre personne sur place est plus qualifiée pour gérer la situation, vous pouvez lui demander de prendre le contrôle. Des médecins, des infirmier(-ière)s et d'autres professionnel(le)s de la santé qui ne sont pas en service peuvent s'identifier et offrir leur aide.

Les premier(-ière)s répondant(e)s sont les ambulancier(-ière)s, les policier(-ière)s et les pompier(-ière)s. Ces personnes prendront le contrôle dès leur arrivée.

D'autres autorités peuvent être appelées sur les lieux (par exemple, une équipe du fournisseur d'électricité peut se présenter sur place en cas de chute de ligne électrique).

01

En tant que secouriste responsable, identifiez-vous et continuez à prodiguer les premiers soins.

Dix façons de se faire aider par un(e) passant(e)

Les passant(e)s peuvent apporter leur aide des manières suivantes :

1. Sécuriser les lieux.
2. Trouver toutes les victimes.
3. Trouver une trousse de premiers soins.
4. Contrôler la foule.
5. Demander une aide médicale.
6. Aider à prodiguer les premiers soins, sous la direction du (de la) secouriste responsable.
7. Rassembler et protéger les effets personnels de la victime.
8. Prendre des notes.
9. Rassurer les proches de la victime.
10. Mener les ambulancier(-ière)s paramédics au lieu de l'urgence.

Meilleures méthodes de communication

La communication est nécessaire dans toute situation d'urgence, quel que soit le contexte. En tant que secouriste, vous pouvez être amené(e) à communiquer avec de nombreuses personnes : la victime, les passant(e)s, des proches de la victime, d'autres secouristes ainsi que des fournisseurs de SMU et d'autres professionnel(le)s (par exemple, des policier(-ière)s, des pompier(-ière)s ou des travailleur(-euse)s des services publics) sur le lieu de travail. Savoir communiquer de manière efficace vous aidera à évaluer l'état de la victime et à expliquer les mesures prises et la raison pour laquelle ces mesures ont été prises.

Voici quelques règles pour une communication efficace :

- Garder son calme et s'exprimer de manière directe.
- Faire preuve de respect.
- Ne pas utiliser de termes médicaux.
- Appeler la victime par son nom.
- Ne pas poser de diagnostic.
- Toujours se montrer honnête et rassurant(e), et choisir ses mots avec soin.

En tant que secouriste, la première chose à faire en arrivant sur le lieu d'une urgence est de prendre en charge la situation. Vous devez rester en charge jusqu'à ce que vous cédiez le contrôle à des personnes plus qualifiées. Pendant la prise en charge, de nombreuses autres personnes peuvent offrir leur aide.

Lorsque vous confiez la situation à une personne autre que la victime, vous devez décrire les antécédents complets de l'incident et transmettre à la personne toutes les notes que vous avez prises.

Il faut s'assurer d'inclure les renseignements suivants :

- Votre nom
- L'heure de votre arrivée
- Les antécédents liés à la maladie ou à la blessure, y compris les signes et symptômes observés
- Les premiers soins prodigués
- Tout changement de l'état de la victime depuis que vous l'avez prise en charge

Principes de communication

Bien que chaque situation soit unique, les lignes directrices générales suivantes aident à améliorer la communication.

Concentration

Concentrez-vous sur la victime. Placez-vous de façon à ce que vos yeux soient à la même hauteur que ceux de la victime, et maintenez le contact visuel.

Terminologie

Évitez d'utiliser la terminologie médicale lorsque vous communiquez avec une victime ou un(e) passant(e). Les explications et les réponses doivent être claires, concises et faciles à comprendre.

Langage corporel

Il faut éviter d'utiliser un langage corporel qui pourrait être perçu comme menaçant ou agressif.



LANGAGE CORPOREL POSTURE IDÉALE

- + Se placer au niveau de la victime
- + Faire preuve d'écoute attentive et active
- + Décroiser les bras pour démontrer une ouverture d'esprit
- + Sourire ou adopter des expressions faciales positives



LANGAGE CORPOREL POSTURE NON RECOMMANDÉE

- + Ne pas se placer au niveau de la victime
- + Ne pas faire preuve d'écoute active
- + Croiser les bras, ce qui peut sembler exprimer de la colère
- + Froncer les sourcils ou adopter des expressions faciales négatives



Professionnalisme

Maintenez toujours votre professionnalisme. Expliquez tout ce que vous faites et donnez-en la raison. Si cela peut être douloureux pour la victime, celle-ci doit en être informée.

Obstacles à la communication

Même si le (la) secouriste respecte les principes de communication ci-dessus, certains obstacles pourraient rendre la communication difficile.

- **Langue** — La victime ou les passant(e)s peuvent ne pas parler la même langue que le (la) secouriste.
- **Obstacles physiques** — La victime ou les passant(e)s peuvent être atteint(e)s d'une déficience auditive, de la parole ou visuelle.
- **Obstacles cognitifs** — La victime ou les passant(e)s peuvent ne pas comprendre les questions ou les demandes.
- **Obstacles culturels** — Il peut y avoir des différences d'ordre culturel dans la façon dont les personnes abordent les interactions avec les autres, et ces différences peuvent avoir une incidence sur la communication.
- **Obstacles environnementaux** — Les environnements bruyants peuvent rendre la communication très difficile.
- **Obstacles techniques** — La défaillance ou les limitations des appareils de communication (radios, téléphones) peuvent nuire à la communication.

01

Face à ces obstacles, les secouristes peuvent être amené(e)s à essayer plusieurs manières différentes de recueillir des renseignements ou de donner des directives.

Les secouristes doivent également se souvenir d'assurer une communication simple, claire et directe. Les longues descriptions au moyen de grands mots peuvent rendre la compréhension très difficile pour la victime ou les passant(e)s. Par exemple, on dira simplement « *Apportez-moi un défibrillateur* » plutôt que « *Veuillez m'apporter un défibrillateur externe automatisé pendant que je pratique la réanimation cardiorespiratoire* ».

Gestion du stress dans les situations d'urgence

Les secouristes peuvent éprouver un certain niveau de stress en raison de l'aide qu'ils (elles) apportent. Le stress est une réaction normale du corps à certains événements physiques et psychologiques. Il se manifeste par certaines attitudes et certains comportements, tant chez les victimes que chez les secouristes.

Il s'agit d'une réponse biologique qui peut se traduire par ce qui suit :

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Augmentation de la tension artérielle
- Augmentation de la glycémie
- Dilatation des bronches et des pupilles

Réactions possibles des victimes

Les victimes peuvent réagir aux facteurs de stress de différentes manières. Les secouristes doivent observer la réaction des victimes et adapter leur approche en conséquence. Voici des exemples de réactions :

- **Déni** — La victime peut nier la gravité de la situation et refuser l'aide offerte.
- **Résignation** — La victime peut se résigner à mourir même si sa vie ne semble pas en danger, et refuser de déployer des efforts pour faire ce qui est nécessaire.
- **Agressivité** — La victime peut être hostile.
- **Affirmation de soi** — La victime peut se montrer positive et coopérative, et même vouloir prendre en charge ses propres soins, y compris en dirigeant les secouristes.

Gestion du stress

La gestion du stress dans une situation d'urgence peut faire une grande différence dans la qualité des premiers soins fournis. En se préparant mentalement et en mettant régulièrement en pratique leurs compétences en matière de premiers soins, les secouristes seront mieux à même de réagir efficacement face à une situation d'urgence. On peut réduire les effets négatifs du stress en le comprenant et en prenant des mesures pour tenter de le surmonter. Après un incident grave, il est important pour les secouristes de gérer leurs émotions.

Lorsqu'ils (elles) sont confronté(e)s à une situation très stressante, certain(e)s secouristes peuvent ressentir des effets prolongés du stress, et devraient alors chercher à obtenir de l'aide professionnelle.

Chapitre 02

La prise en charge d'une situation d'urgence

INTRODUCTION

Les situations d'urgence commencent généralement dans la confusion alors que les personnes réalisent qu'une urgence se déroule devant elles. Personne ne sait ce qu'il faut faire en premier, qui doit prendre en charge la situation ou comment offrir de l'aide. Dans une telle situation, les secouristes doivent suivre une séquence d'étapes pour s'assurer que l'on prodigue des premiers soins sécuritaires et appropriés et que l'on protège la sécurité de tout(te)s. Pour ce faire, les secouristes utilisent la prise en charge d'une situation d'urgence (PCSU). La prise en charge d'une situation d'urgence est la séquence d'actions que les secouristes doivent suivre pour prodiguer des premiers soins sécuritaires et appropriés.

ÉTAPES DE LA PCSU

Voici les étapes de la PCSU :

- **Examen des lieux** — Dans le cadre de l'examen des lieux, les secouristes prennent le contrôle de la scène, déterminent ce qui s'est passé et s'assurent que les lieux sont sûrs avant d'évaluer l'état de la victime.
- **Examen primaire** — Les secouristes évaluent l'état de chacune des victimes pour vérifier si une blessure ou une maladie met leur vie en danger, appellent le 9-1-1 ou envoient quelqu'un appeler le 9-1-1, et prodiguent les premiers soins pouvant sauver la vie des victimes.
- **Examen secondaire** — L'examen secondaire est un processus étape par étape permettant de recueillir des renseignements afin de dresser un tableau complet de l'état général de la victime et de prodiguer les premiers soins pour les blessures ne mettant pas la vie des victimes en danger.

- Soins continus à la victime** — Les secouristes continuent à surveiller l'état des victimes jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne le contrôle.

02

On effectue généralement ces étapes dans l'ordre ci-dessus. L'examen initial des lieux, l'examen primaire et le début des premiers soins pouvant sauver la vie des victimes se déroulent habituellement pendant les deux premières minutes. L'examen secondaire n'est pas toujours nécessaire.

EFFECTUER UN EXAMEN DES LIEUX

Pour faire un examen des lieux, suivez les étapes suivantes :

1. Prenez le contrôle de la situation.
2. Évaluez les dangers et sécurisez les lieux.
- 3.appelez à l'aide pour attirer l'attention de passant(e)s.
4. Déterminez les antécédents de l'urgence. Combien y a-t-il de victimes? Quel est le mécanisme de blessure?
5. Identifiez-vous comme secouriste et offrez votre aide. Obtenez le consentement.
6. Vérifiez l'état de conscience de la victime.

Mécanisme de blessure

Le mécanisme de blessure englobe à la fois ce qui est arrivé à la victime et les répercussions de la blessure sur la victime. Il permet de déterminer la cause de la blessure. Mécanismes de blessure pour lesquels une ambulance est immédiatement requise :

- Chute de 6,5 m (20 pi) ou plus
- Collision impliquant un ou plusieurs véhicules et présentant des signes d'un impact considérable
- Dommages importants à l'intérieur d'un véhicule, volant tordu ou pare-brise brisé
- Victime éjectée d'un véhicule

- Véhicule renversé
- Victime heurtée par un véhicule
- Écrasements d'une partie du corps

Si l'un de ces mécanismes est apparent,appelez une ambulance le plus rapidement possible. Lorsque l'on comprend la cause des blessures, on peut prédire leur nature probable même dans les situations où il n'y a aucun signe visible de blessures ou lorsque la victime est incapable de décrire ses symptômes.

Envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale ou allez chercher de l'aide médicale dès que vous identifiez un problème grave et commencez ensuite l'examen primaire. Si vous avez un téléphone cellulaire, composer le 9-1-1 ou le numéro local des services d'urgence et placer le téléphone sur le haut-parleur, s'il est possible de le faire. Cela permet aux secouristes de rester auprès des victimes.

Mécanisme de blessure

Le mécanisme de blessure englobe à la fois ce qui est arrivé à la victime et les répercussions de la blessure sur la victime. Il permet de déterminer la cause de la blessure. Mécanismes de blessure pour lesquels une ambulance est immédiatement requise :

- Chute de 6,5 m (20 pi) ou plus
- Collision impliquant un ou plusieurs véhicules et présentant des signes d'un impact considérable
- Dommages importants à l'intérieur d'un véhicule, volant tordu ou pare-brise brisé
- Victime éjectée d'un véhicule
- Véhicule renversé
- Victime heurtée par un véhicule
- Écrasements d'une partie du corps

02

Si l'un de ces mécanismes est apparent,appelez une ambulance le plus rapidement possible. Lorsque l'on comprend la cause des blessures, on peut prédire leur nature probable même dans les situations où il n'y a aucun signe visible de blessures ou lorsque la victime est incapable de décrire ses symptômes.

EFFECTUEZ UN EXAMEN PRIMAIRE

Vérifiez si la vie de la victime est en danger. Il y a **trois éléments à vérifier** :

1. Voies respiratoires
2. Respiration
3. Circulation

Suivez les étapes de l'examen primaire en laissant la victime dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée, à moins que cela s'avère impossible.

L'examen primaire commence immédiatement après l'examen des lieux.

Vérification des voies respiratoires

Si la victime est consciente, demandez-lui *ce qui est arrivé*. La façon dont la victime répond vous aidera à déterminer si ses voies respiratoires sont dégagées.

Si la victime est inconsciente :

- Desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.
- Utilisez la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton pour dégager les voies respiratoires. En exerçant une pression légère, inclinez la tête de la victime vers l'arrière et soulevez son menton.

Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, vous devez utiliser la méthode de la subluxation de la mâchoire, **à condition d'avoir été formé(e) adéquatement.**

Vérification de la respiration

Si la victime est consciente, demandez-lui de décrire sa respiration. Toute personne capable de formuler des phrases respire normalement. Si une victime est inconsciente, vérifiez si elle respire pendant 5 à 10 secondes, maximum.

Si elle respire correctement, passez à la vérification de la circulation. Si la victime ne respire pas ou ne respire pas correctement (respiration haletante, irrégulière, agonique), commencez la RCR.

Vérification de la circulation sanguine

Toute victime qui respire a un pouls. Évaluez sa circulation sanguine afin de déterminer si celle-ci est compromise.

Vérifiez si la victime est en état de choc en évaluant l'état et la température de sa peau.

Contrôlez toute hémorragie grave évidente.

Examen rapide du corps

L'examen rapide du corps permet d'évaluer en quelques instants le corps de la victime. Il a lieu pendant l'examen primaire.

En passant vos mains sur l'ensemble du corps de la victime, de la tête aux pieds (et en dessous des vêtements extérieurs lourds), vous êtes capable de détecter s'il y a une hémorragie grave, une hémorragie interne et des fractures évidentes.

Lorsque vous procédez à un examen rapide du corps :

- Portez des gants lorsque possible et vérifiez régulièrement les gants pour détecter s'il y a du sang.
- Faites attention de ne pas causer davantage de blessures en effectuant l'examen.
- Observez le visage de la victime pour détecter des réactions à l'examen rapide du corps.

Premiers soins en cas de blessure ou d'affection potentiellement mortelle

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure ou d'affection potentiellement mortelle, suivez les étapes suivantes :

1. Maintenez les voies respiratoires ouvertes en utilisant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton ou en plaçant en position latérale de sécurité les victimes qui respirent, mais qui ne réagissent pas (victime sans réaction).
2. Pratiquez la RCR si une victime inconsciente ne respire pas ou ne respire pas normalement (halètement).
3. Contrôlez les hémorragies graves.
4. Assurez le soutien pour les fractures évidentes.
5. Prodiguez les premiers soins en cas de choc en traitant les blessures potentiellement mortelles et en maintenant la température corporelle de la victime.
6. Évaluez la situation et décidez s'il faut faire un examen secondaire.

Effectuez un examen secondaire dans les circonstances suivantes :

- La victime a plusieurs blessures.
- L'équipe d'aide médicale sera retardée de plus de 20 minutes.
- L'équipe d'aide médicale ne se rendra pas sur les lieux et vous devez transporter la victime.

Si vous ne faites pas d'examen secondaire, vous devez traiter toute blessure constatée et prodiguez des soins continus à la victime jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'aide médicale.

EXAMEN SECONDAIRE

On effectue l'examen secondaire après l'examen primaire et les premiers soins pouvant sauver la vie des victimes. Il permet de rassembler des renseignements étape par étape afin de former un portrait complet de l'état des victimes.

Dans le cadre de l'examen secondaire, les secouristes cherchent des blessures ou des maladies qui pourraient ne pas avoir été détectées lors de l'examen primaire. Vous devez effectuer un examen secondaire si :

- La victime a plusieurs blessures.
- L'équipe d'aide médicale sera retardée de 20 minutes ou plus.
- Vous transporterez la victime vers l'aide médicale.

L'examen secondaire comporte quatre étapes :

1. Antécédents
2. Signes vitaux
3. Examen de la tête aux pieds
4. Premiers soins pour toute blessure ou maladie constatée

Établissement des antécédents de la victime

On utilise le modèle **SAMPLE** pour établir de brefs antécédents médicaux de la victime. Cette information peut être utile pour les professionnel(l)e)s des soins de santé qui continueront à assister la victime. Si la victime n'est pas en mesure de répondre, un(e) membre de sa famille proche peut répondre à certaines questions du modèle SAMPLE.

Les questions du modèle SAMPLE sont les suivantes :

Symptômes — ce que ressent la victime (douleur, nausée, faiblesse, etc.).

Allergies — toute allergie dont souffre la victime, en particulier les allergies aux médicaments.

Médicaments — tout médicament ou supplément que la victime prend habituellement ou qu'elle a pris au cours des dernières 24 heures, ou toute dose qu'elle a pu omettre de prendre.

Maladies antérieures — tout antécédent médical, surtout s'il est associé à ce que la victime ressent actuellement.
Demandez si la victime a une alerte médicale.

Dernier repas — quel était le dernier repas de la victime et à quand remonte-t-il? A-t-elle pris autre chose par voie orale?

Événements ayant mené à l'incident — ce qui s'est passé avant la blessure ou l'apparition des symptômes. Comment la blessure est-elle survenue?

Vérification des signes vitaux

Il y a quatre signes vitaux à vérifier sur la victime :

- Pouls
- Respiration
- Niveau de conscience
- L'apparence et la température de la peau

Vérification du pouls

Le pouls est le nombre de battements du cœur en une minute. Il s'agit d'un élément essentiel pour l'évaluation de toute victime. Les endroits les plus communs pour vérifier le pouls sont au niveau du poignet ou du cou et pour les nourrissons, à l'intérieur de la partie supérieure du bras.



Pour la prise du pouls, placez délicatement deux doigts sur l'intérieur du poignet de la victime (juste en dessous de leur main, du côté du pouce) ou sur le côté de leur cou (artère carotide).

Dans le cas d'un nourrisson, placez deux doigts à l'intérieur de la partie supérieure de son bras, sur l'artère brachiale.

Appuyez juste assez pour ressentir le pouls. Il peut s'avérer nécessaire de tâtonner dans la zone jusqu'à ce qu'on trouve un endroit permettant de le ressentir. Dès que vous sentez le pouls de la victime, comptez le nombre de battements pendant 30 secondes, puis multipliez ce nombre par deux.

Pouls normaux	
Âge	Pouls normal
Nourrisson	De 120 à 150
Enfant	De 80 à 150
Adulte	De 60 à 100

Vérification de la respiration

Pour évaluer la fréquence respiratoire, observez attentivement la victime pendant 30 secondes.

Vous pouvez placer votre main sur la partie supérieure de l'abdomen pour sentir si la victime respire. Vérifiez la qualité de la respiration. Vous devez compter soigneusement le nombre de respirations pendant 30 secondes, puis multiplier ce nombre par deux pour déterminer le nombre de respirations par minute.



Rythmes respiratoires normaux

Âge	Trop lent	Normal	Trop rapide
Nourrisson	Moins de 25	De 30 à 50	Plus de 60
Enfant	Moins de 15	De 20 à 30	Plus de 40
Adulte	Moins de 10	De 10 à 20	Plus de 30

Vérification du niveau de conscience

Pour évaluer le niveau de conscience de la victime, on peut utiliser la mnémotechnique **AVPU**.

A — (Alert) Consciente

V — (Verbal) Réponse verbale

P — (Pain) Douleur

U — (Unresponsive) Sans réaction*

* **Remarque :** Aux fins de la terminologie du secourisme général, l'expression « victime sans réaction » a la même signification que « victime inconsciente ». Inversement, le terme « victime qui réagit aux stimulations » a la même signification que « victime consciente ».



Consciente — Une victime consciente a les yeux ouverts et est capable de répondre à des questions simples. En général, elle est capable d'indiquer son nom, l'endroit où elle se trouve et l'heure approximative (elle sait qui elle est, où elle est et quelle heure il est).

Si une victime a les yeux ouverts, s'exprime clairement et est capable de **serrer vos doigts** lorsque vous lui demandez, cette victime est consciente.

Réponse verbale — La victime est capable de répondre quand on s'adresse à elle, mais peut ne pas réussir à communiquer efficacement. Elle est désorientée et il se peut aussi qu'elle ne soit pas consciente de son nom, de l'espace et du temps.

Douleur — La victime ne réagit qu'aux stimulus douloureux, par exemple quand vous lui pincez l'oreille ou l'épaule, ou frottez vos phalanges sur sa clavicule. La victime peut bouger ou faire du bruit, mais en général, elle n'ouvre pas les yeux et ne communique pas.

Sans réaction — La victime ne réagit à aucun stimulus.

Vérification de l'état de la peau

02

La peau peut être un excellent indicateur de l'état d'une victime. Il s'agit souvent de l'un des premiers signes d'une urgence. Lors de la vérification de la peau, les secouristes examinent trois facteurs :

- **État** — sèche ou moite
- **Température** — froide ou chaude
- **Couleur** — couleur normale ou absence de couleur



Tous ces facteurs sont influencés par la quantité d'oxygène dans le sang, qui a une incidence sur les principaux organes (y compris la peau). Une victime en état de choc présente une oxygénation du sang inférieure à la normale ou un flux sanguin à l'opposé de la peau. Sa peau devient donc moite et froide, et ne présente pas le teint rougeâtre normal.

Cette absence de couleur donne aux personnes à la peau claire un aspect cendré ou pâle, et aux personnes à la peau foncée un aspect gris.

Si vous n'êtes pas en mesure d'évaluer la couleur de la peau d'une victime, vous pouvez vérifier l'intérieur d'une de ses lèvres, le lit de ses ongles et ses lobes d'oreille pour détecter tout signe de cyanose. Pour les personnes dont le teint est plus pâle, cela se traduira par une teinte bleue de la peau. Chez les personnes autochtones, noires et de couleur (PANDC) dont la peau est plus foncée, la peau peut présenter une teinte grise ou violette.

Examen de la tête aux pieds

L'examen de la tête aux pieds est un examen complet et détaillé pour toutes blessures qui auraient pu être manquées lors de l'examen rapide du corps. Ne cherchez pas des blessures improbables. Il peut s'avérer nécessaire d'exposer une partie du corps de la victime pour vérifier s'il y a des blessures, mais il faut toujours respecter la pudeur de la victime et s'assurer de la protéger du froid. Vous ne devez exposer que les parties du corps que vous devez absolument examiner.

- Demandez à la victime si elle ressent de la douleur avant de commencer. Notez toutes ses réponses.
- Parlez à la victime tout au long du processus. Expliquez ce que vous vérifiez pendant votre examen.
- Il faut toujours observer le visage de la victime pour détecter toute expression faciale pouvant indiquer de la douleur.
- N'arrêtez pas votre examen. Si vous trouvez une blessure, prenez-en note et continuez.
- N'enjambez pas la victime. Contournez-la au besoin.
- Lors d'un examen détaillé, cherchez à détecter les bosses, les ecchymoses, les éraflures et tout autre élément inhabituel.
- Chez une victime inconsciente, recherchez des appareils d'alerte médicale pendant l'examen, comme un collier, un bracelet, une montre ou tout autre indicateur.
- Observez, puis touchez.

Pour effectuer un examen de la tête aux pieds, suivez les étapes suivantes :

02

1. Commencez au niveau de la tête.

- Vérifiez si le crâne présente toute anomalie.
- Vérifiez si les oreilles contiennent du liquide.
- Vérifiez les yeux. Les pupilles sont-elles de la même taille?
- Vérifiez si le nez coule.
- Examinez la bouche. Les dents sont-elles intactes? Les lèvres sont-elles bleues ou pâles?



2. Vérifiez le cou.

- Les veines sont-elles gonflées?
- La victime porte-t-elle un collier d'alerte médicale?
- Vérifiez-les clavicules.
- Vérifiez les deux épaules.



3. Vérifiez les bras.

Examinez chaque bras complètement.

- Examinez les ongles pour vérifier la circulation : appliquez une pression sur l'ongle et observez le retour du sang.
- Demandez à la victime de serrer deux de vos doigts dans ses deux mains et au même moment. Ses mains ont-elles une force normale et égale?



4. Vérifiez la poitrine et le haut du dos.

- La victime éprouve-t-elle de la douleur lorsqu'elle respire?
- La poitrine se soulève-t-elle et s'abaisse-t-elle au rythme de la respiration de la victime de manière normale?
- Passez votre bras derrière le dos de la victime aussi loin que possible.



5. Vérifiez l'abdomen et le bas du dos.

- Avec les mains à plat, examinez l'abdomen avec soin.
- Évitez d'exercer une pression sur l'abdomen. Touchez doucement l'abdomen pour détecter toute douleur, sensibilité ou rigidité.
- Placez une main à plat sur l'abdomen de la victime et demandez-lui de pousser contre cette main. Est-ce que cela cause de la douleur à la victime?
- Passez votre bras derrière le dos de la victime aussi loin que possible.



6. Vérifiez le bassin.

- Placez vos mains au-dessus des os du bassin et appuyez très doucement pour vérifier la stabilité.



7. Vérifiez les jambes, les chevilles et les pieds.

02

Examinez chaque jambe complètement, l'une après l'autre.

- Est-ce qu'une jambe est plus courte que l'autre?
- Vérifiez soigneusement la stabilité de la rotule et du dessous du genou.
- Pressez ou pincez un pied. Demandez à la victime ce que vous venez de faire pour voir si elle répond correctement.
- Placez vos deux mains sur ses deux pieds. Demandez à la victime de pousser, puis de tirer vos mains avec ses pieds. Ressentez s'ils ont une force égale. Demandez à la victime de remuer ses orteils, et vérifiez si elle y parvient.
- Vérifiez la circulation.



Prodiguez les premiers soins pour les blessures détectées

Lorsque vous avez terminé votre examen, prodiguez les premiers soins appropriés pour toutes les blessures et les maladies découvertes. Si la victime a plus d'une blessure, prodiguez les premiers soins pour les blessures les plus graves en premier.

SOINS CONTINUS

Une fois les premiers soins terminés, et en attendant l'équipe d'aide médicale, prodiguez des soins continus à la victime. Ajustez les soins en fonction des blessures ou de l'état de la victime, notez ce qui s'est passé et ce vous avez fait, rassurez la victime et surveillez son état.

Placez une victime dans la position latérale de sécurité

Cette position protège la victime sans réaction et réduit les mouvements et la torsion de la colonne vertébrale. Elle protège également les voies respiratoires si vous devez quitter la victime.

Pour placer une victime dans la position latérale de sécurité, suivez les étapes suivantes :

1. Placez le bras le plus près de vous à un angle de 90 degrés devant la victime pour qu'il ne la gêne pas lorsque vous la ferez rouler.



2. Positionnez le bras le plus éloigné de vous sur la poitrine de la victime. Pliez le genou le plus éloigné.



3. Passez votre bras derrière l'épaule de la victime et roulez-la vers vous en tirant sur son genou le plus éloigné.

02



4. Ajuster la position des bras et des jambes pour que la victime soit dans une position stable. Placez le bras le plus éloigné à un angle de 90 degrés, paume vers le sol.



5. Continuez à donner des soins.



Documentation

Une fois l'examen secondaire terminé, documentez les observations aussi précisément que possible. Ces renseignements peuvent être utiles aux professionnel(le)s de la santé qui continueront le traitement de la victime.

La documentation est aussi importante en cas d'urgence en milieu de travail, car elle peut être utilisée dans le cadre d'une enquête. Il faut consigner les renseignements relatifs à l'incident et aux premiers soins prodigués au moyen de formulaires préimprimés, et les conserver conformément aux exigences de la réglementation ou de la législation provinciale afin que l'équipe d'enquête puisse s'y reporter.

Transfert à l'équipe d'aide médicale

Lorsqu'une ambulance arrive, vous ne devez arrêter de prodiguer les premiers soins qu'une fois que les ambulancier(-ière)s arrivent auprès de la victime et indiquent qu'ils (elles) sont prêt(e)s à prendre le relais. Vous devez brièvement expliquer aux ambulanciers(ères) la situation, l'état de la victime et ce que vous avait fait jusqu'à présent.

La mnémotechnique **MIST** peut aider les secouristes à se souvenir des renseignements à transmettre.

M — Mécanisme de blessure

I — (Injuries) Blessures ou maladies découvertes

S — Signes et symptômes

T — Traitement (procédures de secourisme) prodigué jusqu'ici

Remarque : Vérifiez auprès de votre conseil provincial ou territorial si la mnémotechnique **MIST** est couramment utilisé dans votre province ou territoire.

CONSIDÉRATIONS APRÈS UNE URGENCE

02

Une fois ces questions pratiques réglées, on s'attend à ce que les choses reviennent à la normale. Cependant, vous continuerez probablement à penser à la situation et à ce qui s'est passé pendant que vous aidiez la victime. Après un événement stressant, les gens ont tendance à repenser aux événements, à évaluer ce qu'ils ont fait et à se demander s'ils auraient pu mieux agir.

Ce phénomène est tout à fait normal, et il est probable que ce soit le cas pour vous. Cependant, si vous continuez à penser à un incident pendant plusieurs semaines ou que vos souvenirs d'un incident ont une influence sur votre vie quotidienne, cela peut indiquer que vous ressentez les effets négatifs du stress dû à un incident critique (SDIC).

Le stress dû à un incident critique est une réaction courante à une urgence stressante. Les effets du SDIC peuvent perturber la vie quotidienne des personnes qui en souffrent — leur travail, leurs relations et leur tranquillité d'esprit. De l'aide est offerte aux secouristes aux prises avec le SDIC.

Plusieurs ressources sont à leur disposition :

- Programme d'aide aux employés (PAE)
- Médecin de famille
- Guide religieux(-euse) ou spirituel(le)
- Ligne d'écoute ou centre de crise
- Services de conseils communautaires

On peut ressentir les effets du stress dû à un incident critique des semaines, des mois ou même des années après un événement.

SOULEVER ET DÉPLACER UNE VICTIME

Il faut toujours essayer de prodiguer les premiers soins nécessaires à l'endroit où la victime a été trouvée et attendre les ambulancier(-ière)s avant de la déplacer. Toutefois, il y a des situations où cela n'est pas possible. Vous pourriez devoir déplacer une victime dans les circonstances suivantes :

- Il y a des dangers potentiellement mortels pour vous ou la victime sur les lieux, par exemple un incendie, une explosion, du gaz ou de l'eau.
- Il est impossible de prodiguer des premiers soins essentiels pour une plaie ou toute autre affection sans déplacer la victime. C'est le cas, par exemple, lorsqu'une RCR est nécessaire et que les lieux n'offrent pas de surface plane et solide.
- Les équipes d'urgence ne peuvent pas accéder à la victime à l'emplacement actuel (lieux en construction, salles blanches, zones sécurisées).
- Les secouristes doivent stabiliser la victime.
- Il n'y a pas d'autre moyen d'obtenir des soins médicaux.
- Les secouristes doivent pouvoir accéder aux autres victimes.
- La victime doit être transportée à un établissement médical.

S'il faut déplacer une victime immédiatement en raison de dangers potentiellement mortels, il peut s'avérer nécessaire d'utiliser un transport de sauvetage.

Si les secouristes déplacent une victime lors d'une situation urgente et dangereuse sans assurer un soutien adéquat, ils (elles) risquent d'aggraver ses blessures. Les risques d'aggraver la blessure davantage peuvent être réduits avec des techniques adéquates de transport de sauvetage.

02

Il faut toujours déplacer le moins possible une victime pour la mettre en sûreté et lui prodiguer les premiers soins essentiels. Les secouristes peuvent demander aux passant(e)s de les aider. Ils (elles) doivent soutenir la victime le mieux possible pendant qu'ils (elles) la déplacent pour éviter d'aggraver ses blessures. Il faut réduire au maximum les risques pour la victime, vous-même et les autres personnes.

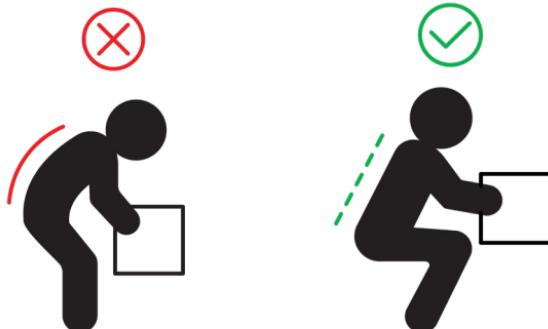
Repositionner une victime qui est face au sol sur le ventre

Vous devez prodiguer les premiers soins dans la position dans laquelle la victime a été trouvée dans la mesure du possible. Il est parfois nécessaire de retourner une victime pour vérifier si elle présente des blessures potentiellement mortelles ou pour lui prodiguer des premiers soins pouvant sauver sa vie.

Pour repositionner une victime qui est face au sol, suivez les étapes suivantes :

1. Passez le bras de la victime le plus près de soi par-dessus sa tête.
2. Placez l'autre bras de la victime contre le côté de son corps.
3. Croisez la cheville la plus loin de la victime par-dessus sa cheville la plus proche.
4. Soutenez la tête et le cou de la victime. Saisissez fermement les vêtements au niveau de la taille. Faites rouler la victime vers vous.
5. Placez la victime sur le dos avant de lui prodiguer les premiers soins.

Techniques de soulèvement et mécanique corporelle adéquate



Déplacer une victime d'une situation d'urgence pose des dangers à la fois pour le (la) secouriste et pour la victime. S'il faut déplacer une victime, choisissez la méthode qui présente le moins de risques pour elle et pour vous-même. Vous ne serez pas d'une grande aide si vous vous blessez pendant le sauvetage.

Ne pas bien se servir de son corps pour soulever ou déplacer une victime peut causer au (à la) secouriste des blessures telles que des foulures.

Lorsque vous soulevez et déplacez une victime, suivez les lignes directrices ci-dessous pour réduire les risques de blessure :

- Faites appel au plus grand nombre de personnes possible.
- Tenez-vous près de la personne à soulever.
- Pliez les genoux, et non la taille.
- Assurez-vous de bien agripper la personne à l'aide de vêtements, d'une ceinture, de draps, etc.
- Utilisez les muscles de vos jambes pour soulever la personne, et gardez votre dos aussi droit que possible.

02

- Faites porter le poids de la victime le plus possible au niveau du centre de votre corps.
- Au moment de tourner, ne pivotez pas. Déplacez d'abord vos pieds.
- Pour abaisser la personne, suivez les étapes dans le sens inverse.

Transports de sauvetage

Le transport de sauvetage est une méthode pour le déplacement d'urgence d'une victime sur une courte distance vers un lieu sécuritaire, un abri ou un transport.

Sélectionnez le type de transport selon les circonstances :

- Taille et poids de la victime par rapport à ceux du (de la) secouriste
- Nombre de secouristes pouvant apporter leur aide
- Type de blessure
- Distance à parcourir lors du déplacement de la victime

Lorsque cela est possible, demandez à un(e) ou à plusieurs passant(e)s de vous aider. Lorsque l'aide est disponible :

- Restez auprès de la victime.
- Donnez des instructions aux passant(e)s quant à la manière de procéder et aux précautions qu'ils (elles) doivent prendre.
- Coordonnez toutes les activités de sauvetage.

Les dangers qui constituent un risque pour le (la) secouriste et la victime comprennent l'environnement (par exemple, surface lisse ou glissante, risques visuels comme de la fumée ou du brouillard...) ou un soulèvement incorrect qui pourrait causer des blessures ou aggraver une blessure.

Transports de sauvetage par un(e) seul(e) secouriste

Les transports de sauvetage suivants peuvent être effectués par un(e) seul(e) secouriste.

Transport dans les bras

Utilisez la méthode de transport dans les bras pour soulever les enfants et les adultes léger(-ère)s.

1. S'agenouiller aux côtés de la victime.
2. Placez le bras de la victime autour de votre cou tout en soutenant son dos et ses épaules.
3. Faites passer votre autre bras sous les genoux de la victime pour agripper les cuisses.
4. Assurez-vous d'avoir une position stable et placez vos pieds de la largeur des épaules pour avoir un bon équilibre.
5. Se lever en utilisant les jambes, garder le dos droit et les muscles abdominaux tendus.



Traînée

Ce type de transport est utilisé par un(e) seul(e) secouriste pour traîner une victime qui est étendue sur son dos ou dans une position assise. La traînée offre une protection maximale à la tête et au cou, et il faut donc l'utiliser lorsque l'on déplace une victime présentant une blessure à cette partie du corps.



Si vous avez le temps, attachez les poignets de la victime ensemble sur sa poitrine avant de la traîner.

02

1. Placez-vous au niveau de la tête de la victime, face à ses pieds.
2. Accroupissez-vous et placez vos mains sous les épaules de la victime. S'agripper à ses vêtements de chaque côté. Soutenir la tête de la victime entre les avant-bras pour limiter le mouvement.
3. Traînez la victime à reculons sur la distance minimale requise pour qu'elle soit en sécurité.

Comme autre méthode, le (la) secouriste peut utiliser une couverture pour soutenir et traîner la victime.



En raison du risque d'aggravation des blessures, vous ne devez traîner la victime que dans les cas extrêmes, en cas de danger immédiat pour sa vie.

Transport de pompier

Utilisez cette méthode pour les victimes qui sont incapables de se déplacer et qui ne sont pas trop lourdes pour le (la) secouriste.

1. Avec la victime étendue devant vous, face vers le haut, tenez-vous avec vos orteils contre les orteils de la victime. Agrippez ses poignets et tirez-la vers le haut et vers l'avant.



2. Maintenez une prise sur un poignet et penchez-vous pour positionner le haut du corps de la victime sur votre épaule opposée. La manœuvre de soulèvement est un mouvement souple et continu visant à faire passer la victime d'une position assise à une position debout afin de la faire basculer sur vos épaules.
3. Ajustez le poids sur vos épaules; les jambes de la victime doivent chevaucher votre épaule.
4. Faites passer votre bras entre les jambes de la victime et agrippez son poignet. Ceci stabilisera la victime sur vos épaules et laissera votre autre main libre.

Transport sur le dos

Utilisez ce type de transport pour une victime consciente ayant des blessures aux membres inférieurs, mais qui peut utiliser ses bras. La victime doit être en mesure d'aider à se mettre en position sur votre dos ou être déjà assise à la hauteur d'une chaise ou d'une table.



1. Accroupissez-vous avec votre dos positionné entre les genoux de la victime. Demander à la victime de se tenir à votre cou.
2. Soutenir les jambes de la victime et se lever. Utilisez les muscles de vos jambes pour vous mettre en position debout en gardant votre dos droit.

Si la victime doit être transportée sur votre dos sur une longue distance, faites un siège de transport.

3. Faites une boucle large et ajustable à l'aide d'une sangle ou d'une ceinture.
4. Faites passer vos bras dans la boucle, puis placez-là-derrière votre cou et devant vos épaules. Laissez la moitié inférieure de la boucle libre dans votre dos, au niveau de vos fesses.

02

- Faites passer les jambes de la victime à travers la partie inférieure de la boucle en plaçant une jambe de chaque côté. Positionnez la boucle sous les fesses de la victime, l'ajustant pour permettre une bonne position de transport et une répartition adéquate du poids.

Béquille humaine

Si la victime est blessée à une jambe ou à un pied, aidez-la à marcher sur sa jambe qui n'est pas blessée tout en la soutenant du côté où elle est blessée.

- Soutenez la victime en plaçant son bras (du côté où elle est blessée) autour de votre cou et en tenant son poignet fermement.
- Passez votre bras libre derrière le dos de la victime et agrippez ses vêtements à la taille.
- Dites à la victime de faire un pas en même temps que vous, chacun utilisant le pied intérieur. Cela vous permet de soutenir le poids de la victime du côté où elle est blessée.



Transports de sauvetage à deux secouristes

Les transports de sauvetage suivants peuvent être effectués par deux secouristes.

Siège à deux mains

Une victime qui est incapable de soutenir le haut de son corps peut être transportée par deux secouristes au moyen de la technique du siège à deux mains.



1. Les secouristes s'accroupissent de chaque côté de la victime.
2. Chaque secouriste fait passer un de ses bras derrière le dos de la victime pour agripper ses vêtements du côté opposé au niveau de taille.
3. Chaque secouriste passe son autre main sous les cuisses de la victime en gardant ses doigts pliés et en tenant un coussinet pour protéger la victime de ses ongles. Les secouristes joignent leurs doigts pliés pour former un siège rigide. Ils (elles) peuvent aussi se tenir par les poignets.



4. Les secouristes se lèvent en utilisant les muscles de leurs jambes et en gardant le dos droit. Lorsqu'ils (elles) sont debout, les secouristes ajustent leurs mains et leurs bras pour être plus à l'aise. Lorsque la victime est positionnée de manière sécuritaire, les porteur(-euse)s avancent en même temps, en utilisant leur pied intérieur.

Siège à quatre mains

Une victime consciente, capable d'utiliser ses mains et ses bras peut être transportée par deux secouristes au moyen de la technique du siège à quatre mains.

02

1. Chaque secouriste agrippe son propre poignet gauche avec sa main droite et agrippe ensuite le poignet droit de l'autre secouriste avec sa main gauche pour former un carré.
2. Les secouristes doivent demander à la victime de passer ses bras autour de leurs épaules et de se soulever pour leur permettre de passer leurs mains sous ses fesses afin de les poser sous ses cuisses, à un point d'équilibre.
3. Les secouristes doivent ensuite demander à la victime de tenir leurs épaules pour garder son équilibre et soutenir le haut de son corps.
4. Les secouristes avancent en même temps, en utilisant leur pied intérieur.



Transport sur chaise

Le transport sur chaise permet à deux secouristes de transporter une victime consciente ou inconsciente dans un passage étroit ou dans des escaliers.



1. Placez une victime inconsciente sur une chaise en glissant le dossier de la chaise sous ses jambes et ses fesses et le long du bas de son dos.
2. Attachez le haut du corps et les bras de la victime au dossier de la chaise.
3. Deux secouristes transportent la chaise, un(e) à l'avant et un(e) à l'arrière de la chaise. Le (la) secouriste qui fait face à la victime doit tenir les pieds avant de la chaise près du sol. Le (la) secouriste qui se trouve derrière la victime doit tenir la chaise là où il (elle) peut le faire en toute sécurité. La victime doit avoir le visage orienté vers le sens de la marche (pour plus de confort). Dans la mesure du possible, un(e) troisième secouriste devrait guider le (la) secouriste qui marche à reculons.
4. Les secouristes se déplacent en décalant leurs pas.

Transport par les extrémités

Utilisez le transport par les extrémités lorsque vous ne soupçonnez pas de fracture au tronc, à la tête ou à la colonne vertébrale de la victime. On peut utiliser cette technique pour déplacer une personne d'un lit au sol ou pour la déplacer dans des espaces restreints.

1. Un (une) secouriste fait passer ses mains sous les aisselles de la victime, agrippe ses poignets et les croise sur la poitrine de la victime.
2. Un (une) deuxième secouriste s'accroupit en plaçant son dos entre les genoux de la victime et agrippe chaque jambe juste au-dessus du genou.
3. Les secouristes se déplacent en décalant leurs pas. Cette méthode est plus confortable pour la victime.

Transports de sauvetage par trois secouristes ou plus

Les techniques de transport utilisant une couverture et une civière nécessitent la participation de trois secouristes ou plus. Utilisez ces techniques pour transporter des victimes conscientes ou sans réaction qui ne sont pas en mesure de marcher et chez lesquelles on ne soupçonne pas de blessures au cou, à la tête ou à la colonne vertébrale.

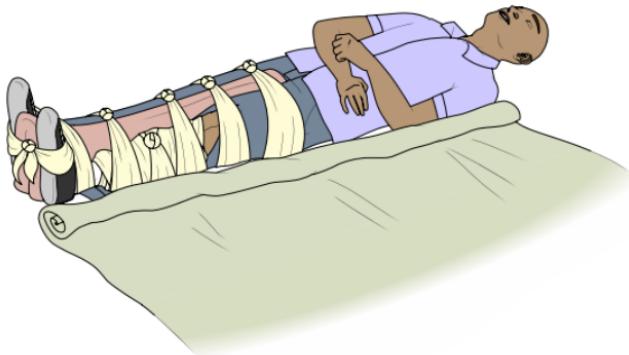


Levée sur couverture avec quatre porteur(-euse)s

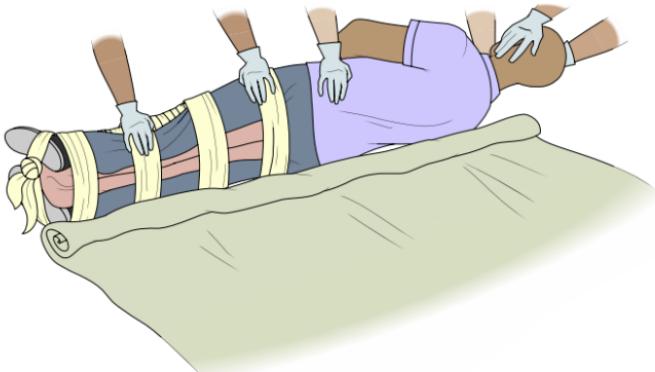
02

Avant d'utiliser une couverture, il faut la tester pour s'assurer qu'elle pourra supporter le poids de la victime. Les secouristes ne doivent pas utiliser cette technique s'ils (elles) soupçonnent que la victime est blessée au cou ou au dos.

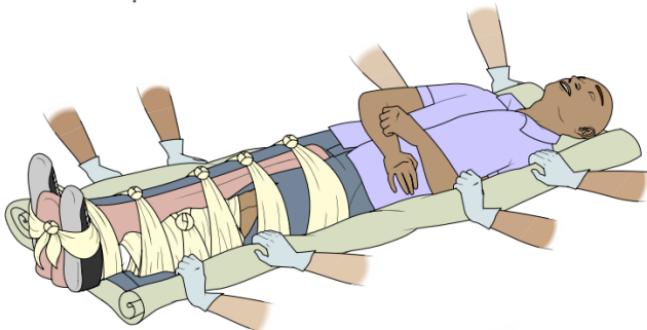
1. Roulez la couverture ou le tapis dans le sens de la longueur sur la moitié de sa largeur. Placez les porteur(-euse)s à la tête et aux pieds de la victime pour maintenir sa tête, son cou et le reste de son corps aligné. Placez le bord roulé le long du côté blessé de la victime.



2. Agenouillez-vous à l'épaule de la victime et placez un(e) autre porteur(-euse) à sa taille pour aider la victime à se coucher sur son côté qui n'est pas blessé au moyen de la technique de déplacement en bloc. Tournez la victime à l'unisson afin d'éviter de tordre son corps.



3. Faites rouler la victime sur la couverture enroulée de façon à ce qu'elle soit allongée sur le dos sur la couverture. Déroulez la couverture, puis enroulez les bords de la couverture de chaque côté de la victime. Ensuite, préparez-vous à soulever la victime. Demandez aux porteur(-euse)s de saisir la couverture enroulée au niveau de la tête et des épaules, ainsi qu'au niveau des hanches et des jambes.



4. Gardez la couverture serrée pendant que la victime est soulevée et placée sur la civière.

Méthode à quatre porteur(-euse)s — sans couverture

Pour utiliser la méthode à quatre porteur(-euse)s (sans couverture), suivez les étapes suivantes :

1. Tous (toutes) les porteur(-euse)s s'agenouillent sur leur genou gauche, trois d'un côté de la victime et un(e) de l'autre. Le (la) porteur(-euse) aides à soulever et à abaisser la victime, et place aussi la civière sous la victime.



02

2. Le (la) porteur(-euse) 4 tient les mains des porteur(-euse)s 1 et 2. Dès que vous avez l'assurance que chaque porteur(-euse) tient fermement la victime, le (la) porteur(-euse) 1 demande aux autres de *se préparer à soulever la victime* avant d'en *donner l'ordre*. Soulevez la victime en douceur jusqu'à la hauteur des genoux pliés.
3. Lorsque le (la) porteur(-euse) 1 donne l'ordre de *déposer la victime*, celle-ci est doucement posée sur les genoux pliés des porteur(-euse)s 1, 2 et 3.
4. Le (la) porteur(-euse) 1 indique au (à la) porteur(-euse) 4 de mettre la civière en place.
Une fois la civière en place,
le (la) porteur(-euse) 4 retourne soutenir la victime en liant ses mains à celles des porteur(-euse)s 1 et 2.
Positionnez ensuite la civière.
5. Lorsque tout le monde est positionné, le (la) porteur(-euse) 1 indique à l'équipe de *se préparer à abaisser la victime*, avant d'en *donner l'ordre*. L'équipe abaisse doucement la victime sur la civière. Attachez ensuite la victime sur la civière.



Méthode à trois porteur(-euse)s — sans couverture

La méthode à trois porteur(-euse)s (sans couverture) est essentiellement identique à celle à quatre, mais le (la) secouriste et un(e) porteur(-euse) partagent le poids d'un côté de la victime. Le (la) troisième porteur(-euse) lie ses mains à celles du (de la) secouriste du côté opposé pour soutenir le poids du tronc de la victime.

La victime est soulevée et déposée sur les genoux des porteur(-euse)s tandis qu'on met la civière en place, puis le (la) porteur(-euse) 3 lie de nouveau ses mains à celles du (de la) secouriste pour abaisser la victime sur la civière.

Civières

Il peut y avoir des situations où l'équipe d'aide médicale est injoignable, ou pour d'autres raisons, ne peut pas venir sur les lieux. Dans un tel cas, il faut transporter la victime jusqu'à un endroit où elle pourra être prise en charge par l'équipe d'aide médicale. Si la victime est incapable de marcher, ou que la blessure ou la maladie permet uniquement des mouvements limités, il faut utiliser une civière.

Déplacer une victime sur une civière

Prodiguez tous les premiers soins essentiels et immobilisez la victime avant de la déplacer sur une civière.

1. Apportez la civière couverte et rembourrée à côté de la victime plutôt que de déplacer la victime vers la civière.
2. En tant que secouriste responsable, placez-vous de manière à pouvoir surveiller et contrôler la zone la plus délicate du corps de la victime, généralement au niveau de la tête et des épaules ou de la partie du corps blessée.
3. Indiquez aux porteur(-euse)s ce que chacun(e) doit faire. Si le déplacement est difficile et que vous avez le temps, il est bon de s'exercer avec une personne autre que la victime. Cela aide à réduire les risques et à rassurer la victime si elle est consciente.
4. Testez la civière improvisée avec une personne de poids égal ou supérieur à celui de la victime pour s'assurer qu'elle sera en mesure de supporter le poids de la victime.
5. Vérifiez que la civière improvisée pourra passer dans les couloirs, les portes et les escaliers sans blesser la victime.
6. Donnez des ordres clairs pour assurer des mouvements fluides et coordonnés.

Transport avec une civière

02

Les civières doivent être transportées par quatre porteur(-euse)s. En tant que secouriste responsable, choisissez la méthode de transport et donnez des instructions claires aux porteur(-euse)s. Une fois que la victime a été attachée à la civière, placez-vous de manière à pouvoir surveiller la victime tout en donnant des instructions aux porteur(-euse)s.

Attribuez à chaque porteur(-euse) une extrémité (s'il y a deux porteur(-euse)s) ou un coin (s'il y a quatre porteur(-euse)s) de la civière. Les porteur(-euse)s doivent s'accroupir près des poignées de la civière, dans le sens de la marche.

- Une fois que les porteur(-euse)s ont le pied ferme et une bonne prise sur la civière, indiquez-leur de *se préparer à soulever la victime*, avant d'en donner l'ordre.
- Demandez aux porteur(-euse)s s'ils (si elles) sont prêt(e)s. Une fois que l'équipe est prête, donner l'ordre *d'avancer*.
- Lorsqu'il faut *s'arrêter*, donnez-en l'ordre aux porteur (-euse)s, puis dites-leur de *se préparer à abaisser la victime*, avant d'en donner l'ordre.

Afin d'assurer un transport en douceur pour la victime :

- S'il y a quatre porteur(-euse)s, ils (elles) descendent ensemble sur leur pied le plus proche de la civière et gardent le pas.
- S'il y a deux porteur(-euse)s, ils (elles) descendent sur des pieds opposés et marchent en décalant leurs pas.

Transport la tête la première

Bien que les victimes sur civière soient généralement transportées les pieds en premier, certaines conditions exigent de les transporter la tête la première :

- Blessures aux jambes et long transport en descente ou descente d'escaliers — un transport tête la première diminue la pression sur les membres inférieurs et réduit l'inconfort de la victime.
- Transport en montée ou montée d'escaliers dans les cas où il n'y a pas de blessure aux jambes. Un transport la tête la première diminue le flux sanguin vers la tête de la victime et lui offre plus de confort.
- Transfert d'une victime dans une ambulance ou sur un lit. Le transport la tête la première est plus sûr et permet de surveiller la victime plus facilement.

Obstacles

Lors de la traversée d'un sol inégal, la civière doit être transportée par quatre porteur(-euse)s et maintenue à l'horizontale le plus possible. Les porteur(-euse)s doivent ajuster la hauteur de la civière pour compenser les dénivellations du sol.

Utilisation de civières commerciales

Les civières commerciales les plus courantes sont les civières en toile à tiges rigides. Ces civières sont dotées de barres de renfort articulées, placées à angle droit entre les tiges rigides à chaque extrémité, qu'il faut verrouiller en position étendue avant toute utilisation.



Utilisation de lits roulants

Certains milieux de travail peuvent être équipés d'un lit roulant réglable. Le type de civière que l'on associe généralement aux ambulances.

Il faut suivre une formation adéquate sur le fonctionnement du lit roulant avant de l'utiliser afin d'éviter les blessures pouvant être causées aux secouristes et aux victimes. Les lits roulants ne sont pas idéaux pour les sols inégaux et doivent uniquement être utilisés sur des surfaces dures.

Transport d'une victime en milieu de travail jusqu'à l'hôpital

En général, les secouristes ne transportent pas les victimes à l'hôpital et laissent cette tâche aux ambulances. Cependant, vous pourriez choisir de transporter une victime en milieu de travail à l'hôpital dans l'une des situations suivantes :

- Les blessures sont mineures et la victime est dans un état stable.
- Le délai avant l'arrivée des SMU est trop long (p. ex., dans les régions éloignées).
- Si les conditions ci-dessus sont remplies et que la victime est un(e) membre de la famille ou un(e) ami(e) proche.

Dans la mesure du possible, évitez de transporter à l'hôpital des personnes que vous ne connaissez pas dans votre propre véhicule.

Soins pendant le transport

Il faut tout faire pour éviter d'aggraver les blessures pendant le transport d'une victime vers un établissement médical.

Vous devez prendre des mesures pour que la victime soit à l'aise et dans une position qui ne provoque pas de mouvement inutile des membres blessés. Demandez à une autre personne de vous accompagner afin de surveiller la victime si possible.

Ne conduisez pas rapidement. Si une victime doit être transportée rapidement, il faut appeler une ambulance. Respectez toutes les règles locales du *Code de la route*. Trouvez la route la plus douce possible pour réduire au maximum l'inconfort de la victime.

Transport jusqu'aux équipes de services médicaux (ambulances, hélicoptères)

Certains milieux de travail sont isolés, ce qui prolonge le délai avant l'arrivée des équipes de SMU. Dans un tel cas, si la réglementation provinciale le permet, il est possible de transporter les victimes jusqu'à l'équipe d'aide médicale selon un point de rencontre convenu. Vous devez vous assurer que le point de rencontre est clairement compris par tout(e)s, et qu'il est facile à trouver. Indiquez tout point de repère ou commerce aux alentours pour aider l'équipe d'aide médicale à repérer le point de rencontre. Si vous arrivez avant l'équipe d'aide médicale, communiquez avec l'équipe de SMU pour déterminer où se trouve l'aide médicale avant de déplacer le point de rencontre.

Dans certains endroits, on pourrait dépecher un hélicoptère pour le transport d'un(e) travailleur(-euse) blessé(e) jusqu'à l'hôpital. Toute personne travaillant à proximité d'un hélicoptère doit avoir reçu une formation adéquate, et les lignes directrices ci-dessous doivent être suivies par tous et toutes :

- Garder la zone dégagée.
- Ne jamais s'approcher d'un hélicoptère.
- Permettre aux membres de l'équipe de remplir les rôles qui leur ont été attribués. Toujours suivre les directives du (de la) pilote ou chef d'équipe.
- S'assurer de connaître les zones interdites et dangereuses autour de l'hélicoptère et rester en dehors de ces zones.
- La queue et le rotor de queue de l'hélicoptère représentent un danger important et doivent être évités.

Dégagement d'une victime d'un véhicule

Le dégagement est le processus qui consiste à libérer une victime piégée ou empêtrée dans un véhicule ou une structure effondrée et qui ne peut pas se libérer elle-même. Il faut apporter le plus de soutien possible à la victime pendant le dégagement. Dans la mesure du possible, prodiguez les premiers soins essentiels et immobilisez les parties du corps blessées avant de déplacer la victime.

En cas de danger immédiat, si vous êtes seul(e) et que vous devez sortir une victime d'un véhicule, procédez comme suit :

1. Si nécessaire, libérez les pieds de la victime et tirez-les vers l'extérieur du véhicule.
Passez votre avant-bras sous l'aisselle de la victime du côté de la sortie, en étendant votre main pour soutenir son menton.
2. Faites doucement glisser la tête de la victime vers l'arrière de façon à ce qu'elle repose sur votre épaule tout en gardant le cou de la victime aussi immobile que possible.

3. Passez votre autre avant-bras sous l'aisselle du côté opposé et tenez le poignet de la victime qui est le plus proche de la sortie.
4. Assurez-vous d'avoir le pied ferme, puis sortez du véhicule avec la victime, en gardant son cou aussi immobile que possible. Éloignez la victime du véhicule jusqu'à une distance sûre, en la bougeant le moins possible.



PRISE EN CHARGE DE VICTIMES MULTIPLES

Dans la plupart des situations à victimes multiples, il y a deux ou trois victimes et un(e) seul(e) secouriste. Un bon exemple d'une telle situation est une collision entre véhicules. Il y aura au moins deux victimes. Il est important que les blessé(e)s soient classé(e)s par ordre de priorité pour les premiers soins.

Le processus de prise de décisions dans une situation d'urgence où plusieurs victimes sont blessées est appelé « triage ». Lors du triage, les secouristes examinent rapidement toutes les victimes et les placent dans l'ordre de celles ayant le plus grand besoin de premiers soins et de transport. L'objectif est d'aider le plus grand nombre de personnes possible avec les ressources dont on dispose.

Les victimes sont classées selon trois niveaux de priorité :

- **Priorité élevée** — victimes ayant immédiatement besoin de premiers soins et d'un transport vers l'équipe d'aide médicale.

- **Priorité moyenne** — victimes pouvant probablement attendre une heure avant d'être prise en charge par l'équipe d'aide médicale sans que cela mette leur vie en danger.
- **Priorité faible** — victimes pouvant attendre et recevoir les premiers soins et le transport en dernier, ou victimes qui sont de toute évidence décédées.

Remarque : En cas de foudroiement, si plus d'une personne est blessée, les principes de prise en charge de victimes multiples sont inversés. Il faut prodiguer les premiers soins aux victimes qui ne réagissent pas et qui ne respirent pas, car les victimes qui respirent sont en rétablissement.

Priorités pour les premiers soins en cas de blessures		
Priorité	Condition	Causes
Priorité élevée		
Voies respiratoires	Corps étranger bloquant les voies respiratoires	Étouffement avec de la nourriture
	Langue ou liquide bloquant les voies respiratoires	Victime inconsciente étendue sur le dos
	Voies respiratoires enflées	Réaction allergique, infection des voies respiratoires

Respiration	Blessure à la poitrine ou aux poumons	Blessure à la poitrine, côtes fracturées
	Cerveau ne contrôlant pas la respiration efficacement	Intoxication, intoxication aux drogues, accident vasculaire cérébral, décharge électrique
	Manque d'oxygène dans le sang	Manque d'oxygène dans l'air, intoxication par le monoxyde de carbone
Circulation	Hémorragie grave	Hémorragie externe ou interne
	Choc grave	Hémorragie, maladie grave, intoxication
Priorité moyenne		
Blessures susceptibles d'entraîner un handicap à vie	Fractures pouvant nuire à la respiration	Côtes ou omoplate fracturées
	Fractures ouvertes, graves ou multiples	Fracture de la partie supérieure de la jambe ou du bassin, bras écrasé
	Blessures à la tête ou à la colonne vertébrale	Chute d'une échelle de 1,80 m (6 pi)
	Brûlures graves	Toute activité provoquant une brûlure grave

Priorité faible

02

Blessures mineures ou victime de toute évidence décédée	Fractures mineures	Fracture de la partie inférieure de la jambe, de l'avant-bras, de la main, du doigt, etc.
	Saignement mineur	Saignement qui ne gicle pas ou qui ne s'écoule pas librement
	Brûlures non graves	Brûlures modérées aux avant-bras
	Problèmes comportementaux	Deuil ou panique

Étapes du triage

Voici l'ordre des actions à prendre pour le triage :

1. Commencer le processus de PCSU.

- Déterminez le nombre de victimes lors de l'examen des lieux.

2. Commencer par la victime la plus proche, puis avancer.

- Faites un examen primaire.
- Prodiguez les premiers soins en cas de blessure potentiellement mortelle.

3. Catégoriser les victimes.

- Déterminez lesquelles sont à priorité élevée, à priorité moyenne et à priorité faible.
- Si une victime est de toute évidence décédée, la mettre en position latérale de sécurité et se diriger vers la prochaine victime.

4. Répéter les étapes 2 et 3 pour chaque victime.

- Déplacez-vous toujours vers la victime la plus proche.

5. Organiser le transport.

- Faites en sorte que les victimes présentant la priorité la plus élevée soient transportées vers l'équipe d'aide médicale le plus rapidement possible.

6. Réaliser un examen secondaire.

- Commencez par la victime à la priorité la plus élevée. Prodiguez les premiers soins appropriés, puis passez à la victime suivante.

7. Continuer à prodiguer des soins à chaque victime jusqu'à son transport.

Consultez toujours la législation ou la réglementation applicable à votre milieu de travail.

Chapitre 03

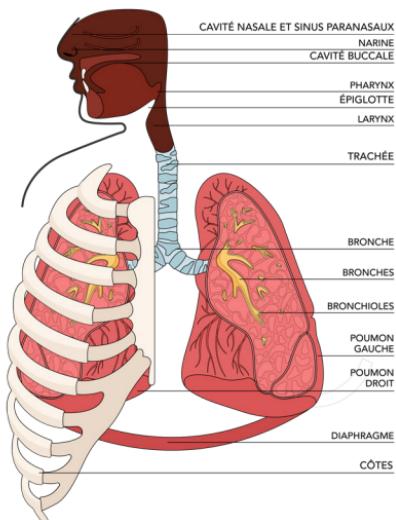
Urgences respiratoires

INTRODUCTION

Lorsqu'une blessure ou une maladie a une incidence sur la respiration d'une victime en milieu de travail, cela peut représenter un danger immédiat pour sa vie. En tant que secouriste, vous devez être en mesure de reconnaître une urgence respiratoire très rapidement et savoir quels premiers soins prodiguer à la victime. La vie de la victime en dépend.

STRUCTURES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

Le système respiratoire permet à l'air d'entrer dans les poumons et d'en sortir. L'air frais que nous respirons contient approximativement 21 % d'oxygène. Dans les poumons, le sang absorbe de l'oxygène et libère du dioxyde de carbone. L'air que nous expirons contient moins d'oxygène (environ 16 %) et plus de dioxyde de carbone.



Le système respiratoire est composé de trois parties :

- Voies respiratoires
- Poumons
- Diaphragme

03

Les **voies respiratoires** sont le passage par lequel l'air se déplace du nez et de la bouche aux **poumons**. Grâce au système circulatoire, le sang apporte du dioxyde de carbone et l'échange contre de l'oxygène. Ce processus s'appelle un *échange gazeux*. Le **diaphragme**, un muscle plat et lisse situé sous les poumons, est le principal muscle utilisé pour la respiration.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le fonctionnement du système respiratoire, reportez-vous à « Système respiratoire ».

Hypoxie

Les urgences respiratoires et les étouffements entraînent un manque d'oxygène dans le cerveau; c'est ce qu'on appelle *l'hypoxie*. Ce trouble peut endommager des tissus vitaux et potentiellement entraîner la mort. Les causes d'hypoxie peuvent être regroupées sous trois catégories principales :

- **Manque d'oxygène** : hautes altitudes, espaces confinés, déplacement de l'oxygène par d'autres gaz (p. ex., gaz d'ensilage).
- **Voies respiratoires bloquées** : étouffement causé par un corps étranger, des fluides ou la langue, voies respiratoires enflées en raison d'une réaction allergique.
- **Fonctions cardiaque et pulmonaire anormales** : cœur et poumons défaillants en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une intoxication.

URGENCES RESPIRATOIRES

La section suivante présente les types d'urgences respiratoires.

Respiration adéquate et inadéquate

03

Le rythme de respiration normal est différent chez les nourrissons, les enfants et les adultes. Un rythme de respiration trop lent ou trop rapide est un signe d'une urgence respiratoire. Le rythme de la respiration fait référence à l'intervalle de temps entre chaque respiration. Lorsque la respiration est normale, ces intervalles sont réguliers, et respirer ne demande aucun effort. La profondeur des respirations fait référence à la quantité d'air qui entre dans les poumons et en sort lors de chaque respiration.

Les signes d'une **respiration adéquate** comprennent les suivants :

- Une respiration silencieuse.
- Une expansion égale des deux côtés de la poitrine lorsqu'une personne inspire.
- La personne est consciente et détendue.
- Sa peau présente une couleur normale.
- La personne peut parler sans devoir respirer après chaque mot ou presque.

Lorsque l'apport en oxygène d'une personne est insuffisant, son corps réagit en respirant plus rapidement et profondément. Les signes d'une **respiration inadéquate** comprennent les suivants :

- La victime a de la difficulté à respirer ou halète.
- Le rythme de sa respiration est trop rapide ou trop lent.
- Le rythme de sa respiration est irrégulier.
- Ses respirations sont superficielles ou trop profondes.
- Sa respiration est bruyante ou rauque.

- La personne s'épuise en essayant de respirer.
- La personne transpire.
- Son niveau de conscience baisse.
- Ses lèvres, ses oreilles et ses ongles deviennent bleus (teints plus pâles) ou gris (teints plus foncés); cette condition s'appelle une *cyanose*.
- Les mouvements de sa poitrine peuvent être anormaux.

Premiers soins en cas de respiration inadéquate

Envoyez toujours quelqu'un chercher de l'aide médicale ou allez toujours chercher de l'aide médicale dès l'apparition des premiers signes d'une urgence respiratoire.

Les premiers soins en cas de respiration inadéquate comprennent deux étapes:

1. Si la victime est consciente, prodiguez-lui des premiers soins pour traiter sa blessure ou son problème, puis, dans la mesure du possible, placez-la en position semi-assise.
2. Si elle cesse de respirer, elle perdra conscience.
Demandez immédiatement une aide médicale et commencez la RCR.

Le tableau suivant présente quelques-unes des causes d'une urgence respiratoire. Pour prodiguer les premiers soins, déterminez d'abord la cause de l'urgence respiratoire, puis décidez ensuite quels sont les premiers soins les plus appropriés.

Causes d'une urgence respiratoire

Blessures	Problèmes de santé	Empoisonnement
Côtes brisées	Asthme	Poison inhalé (p. ex., monoxyde de carbone ou sulfure d'hydrogène)
Quasi-noyade	Accident vasculaire cérébral	Poison avalé — p. ex., nettoyants domestiques ou empoisonnement par des médicaments
Blessure par balle ou arme blanche	Réaction allergique	Poison injecté (p. ex., piqûre d'abeille)
Brûlures au visage ou aux voies respiratoires	Pneumonie	
Blessure à la tête	Insuffisance cardiaque congestive	
Compression de la poitrine empêchant son expansion	Emphysème/bronchite	

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

03

Une **maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)** fait référence à des conditions respiratoires comme la bronchite chronique et l'emphysème.

Une *bronchite chronique* est caractérisée par une toux productive qui dure au moins trois mois par an au cours d'une période de deux années consécutives.

Un *emphysème* est une maladie progressive qui ne peut pas être inversée. Au fil du temps, la victime souffrant de cet état aura de plus en plus de difficulté à respirer.

Les signes et les symptômes d'une bronchite chronique sont les suivants :

- Halètement
- Position assise et inclinée vers l'avant pour tenter de respirer
- Respiration sifflante audible
- Cyanose
- Toux

Les signes et les symptômes d'un emphysème sont les suivants :

- Halètement
- Position assise et inclinée vers l'avant pour tenter de respirer
- Respiration sifflante audible
- Exhalation prolongée et pincement des lèvres
- Poitrine en forme de tonneau
- Toux

Premiers soins en cas de MPOC

Pour prodiguer les premiers soins en cas de MPOC, suivez les étapes suivantes :

1. Procédez à la PCSU.
2. Assurez-vous que la victime se trouve dans une position confortable (en position semi-assise, en général).
3. Desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.
4. Effectuez un examen secondaire.
5. Si la victime rejette des expectorations (salive et mucus), encouragez-la à continuer.
6. Assurez-vous que quelqu'un a appelé le 9-1-1.

Réaction allergique sévère

Une réaction allergique se produit lorsque le système immunitaire réagit à la présence d'une substance étrangère dans l'organisme. La plupart des allergies ne sont pas dangereuses.

L'anaphylaxie est une réaction allergique sévère qui se produit généralement lorsqu'une substance à laquelle une personne est très sensible pénètre dans son organisme; elle peut aussi être causée par l'exercice physique ou n'avoir aucune cause apparente. L'anaphylaxie peut survenir dans les secondes, les minutes et les heures suivant la pénétration d'un allergène dans l'organisme. De manière générale, plus l'organisme de la victime réagit vite, pire sera son état. L'anaphylaxie est une urgence médicale grave qui nécessite des soins médicaux immédiats.

Les signes et symptômes précurseurs courants d'une allergie peuvent comprendre les suivants :

- Peau rouge qui démange
- Sensation de démangeaison ou d'engourdissement au niveau de la langue et de la bouche
- Urticaire
- Éternuements et écoulement nasal
- Toux

En cas de réaction sévère, vous pourriez remarquer une enflure du visage et du cou, tout particulièrement au niveau des lèvres et de la langue. Si l'enflure est interne, elle pourrait entraîner des difficultés respiratoires. La victime peut avoir la nausée, vomir et ressentir de l'anxiété et une sensation de mort imminente alors que sa tension artérielle diminue, et tomber en état de choc. Cette situation est une véritable urgence médicale et nécessite des premiers soins immédiats.

Premiers soins en cas de réaction allergique sévère

Pour prodiguer les premiers soins en cas de réaction allergique sévère, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire. Envoyez quelqu'un chercher des secours médicaux.
2. Placez la victime dans la position la plus confortable pour favoriser sa respiration. Il s'agit habituellement de la position assise, le dos bien droit.
3. Aidez la victime à prendre ses médicaments. Il s'agit généralement d'un auto-injecteur d'épinéphrine.
4. Continuez à prodiguer des soins à la victime.

De nombreux auto-injecteurs sont offerts au Canada. Leur fonctionnement diffère légèrement, mais leur utilisation suit le même principe. Si un auto-injecteur vous a été prescrit, il est important que vos ami(e)s et les membres de votre famille suivent une formation sur son utilisation.

Vérifiez la date d'expiration. Si le seul auto-injecteur à votre disposition a passé sa date d'expiration, il pourrait tout de même permettre de sauver une vie; c'est pourquoi vous devez tout de même l'utiliser, à condition que le liquide qu'il contient soit toujours transparent.

L'auto-injecteur est l'un des rares médicaments que les secouristes peuvent administrer à une personne incapable de le faire elle-même; reportez-vous toutefois aux lois et aux protocoles locaux.

Utilisation d'un auto-injecteur

Pour utiliser un auto-injecteur, suivez les étapes suivantes :

1. Retirez l'auto-injecteur de son contenant de rangement.
2. Tenez fermement l'auto-injecteur en orientant l'extrémité d'administration dotée d'une aiguille vers le bas.
3. Retirez le bouchon de sécurité.
4. Utilisez l'auto-injecteur uniquement sur la partie la plus charnue de la cuisse, soit au milieu de l'extérieur de la cuisse. L'auto-injecteur peut être utilisé au travers de vêtements légers.
5. Appuyez fermement l'extrémité de l'injecteur dotée d'une aiguille au milieu de l'extérieur de la cuisse jusqu'à ce que l'unité s'active.
6. Maintenez l'auto-injecteur en place pendant plusieurs secondes et retirez-le en gardant le même angle.
7. Après l'injection, gardez la victime au chaud et assurez-vous qu'elle évite de faire tout effort physique.
- 8.appelez le 9-1-1 dès que la première dose est administrée.



La victime devrait réagir rapidement à l'administration de l'auto-injecteur; une seule dose est suffisante pour atténuer les symptômes de la plupart des victimes pendant 10 à 20 minutes. Toutefois, dans le cas de certaines personnes, les symptômes peuvent prendre plus de temps à s'atténuer et même parfois réapparaître après cinq minutes.

Les secouristes doivent se préparer à administrer une seconde dose à l'aide d'un nouvel auto-injecteur.

Si une personne se sent faible ou étourdie en raison d'un choc imminent, allongez-la sur le dos, à moins qu'elle ne vomisse ou soit en détresse respiratoire. Gardez la victime au repos jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale arrive. Si elle s'assied, se lève ou bouge, sa tension artérielle pourrait chuter, ce qui entraînerait une perte de conscience.

Suivez les directives du fabricant concernant la gestion du dispositif utilisé. Si une personne s'injecte accidentellement au moyen d'un auto-injecteur, demandez une aide médicale. Placez l'auto-injecteur dans son contenant d'entreposage et emmenez-le à l'hôpital avec la victime.

Asthme

L'asthme est une maladie respiratoire réactive qui entraîne chez une personne des essoufflements fréquents caractérisés par une respiration sifflante et une toux. Une crise d'asthme légère ne constitue pas une urgence de santé et peut être gérée par la victime sans aide. Toutefois, une crise d'asthme sévère peut être mortelle et nécessite des premiers soins immédiats. À la suite d'un « élément déclencheur », les voies respiratoires de la victime peuvent se contracter, enfler et sécréter un mucus épais qui limitera le passage de l'air.

Quelques-uns des éléments déclencheurs courants d'une crise d'asthme sont les suivants :

- Rhumes, infections des voies respiratoires supérieures
- Squames animales
- Morsures et piqûres d'insectes
- Aliments
- Pollen, peinture et fumée

Les signes et symptômes d'une crise d'asthme sévère sont les suivants :

- Essoufflement et difficultés respiratoires flagrantes
- Toux ou respiration sifflante
- Respiration rapide et superficielle
- Victime se plaçant en position assise pour essayer de mieux respirer
- Coloration bleue (teints plus pâles) ou grise (teints plus foncés) du visage (cyanose)
- Anxiété, sensation d'oppression dans la poitrine
- Pouls rapide, choc
- Agitation au début, fatigue par la suite

Premiers soins en cas de crise d'asthme sévère

Pour prodiguer les premiers soins en cas de crise d'asthme sévère, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire; envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale.
2. Placez la victime dans la position la plus confortable pour favoriser sa respiration. Il s'agit habituellement de la position assise, le dos bien droit avec les bras appuyés sur une table.
3. Aidez la victime à prendre les médicaments qui lui ont été prescrits.
4. Continuez à prodiguer des soins à la victime.
5. Si une victime inconsciente cesse de respirer, commencez la RCR.

La plupart des personnes asthmatiques transportent un médicament ayant l'une des formes suivantes :

- Aérosol-doseur
- Turbuhaler^{MD}
- ADVAIR DISKUS^{MD}

03

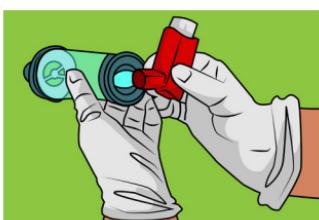
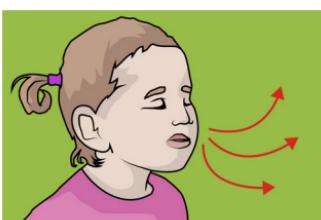
De manière générale, une personne asthmatique est en mesure de s'administrer son médicament sans aide. Si la personne a besoin d'aide, le (la) secouriste peut lui apporter son aide.

Un inhalateur transmet une quantité prémesurée d'un médicament. Lisez et suivez toujours les instructions du fabricant. Consultez l'étiquette d'ordonnance pour confirmer le nom de la victime et la date d'expiration du médicament.

Aider à utiliser un aérosol-doseur

L'utilisation d'un aérosol-doseur (aussi appelé « pompe ») est la méthode la plus courante pour administrer des médicaments contre l'asthme. Pour aider une victime à utiliser un aérosol-doseur, suivez les étapes suivantes :

1. Agitez le contenant, puis retirez le bouchon.
2. Dites à la victime d'expirer son souffle complètement.
3. Dites-lui d'inspirer lentement et profondément. En même temps, enfoncez l'aérosol-doseur pour libérer le médicament. L'aérosol-doseur peut être inséré dans la bouche ou placé juste devant celle-ci.
4. Dites à la victime de retenir sa respiration pendant 10 secondes afin que le médicament se propage jusqu'aux poumons. Dites-lui ensuite de respirer normalement afin de ne pas expulser le médicament de son organisme. Si plus de doses sont requises, attendez au moins 30 à 60 secondes avant de répéter ces étapes.



Tube d'espacement (Aerochamber^{MD})

Lorsque le médicament est expulsé hors de l'inhalateur, il peut se déposer à l'arrière de la gorge et ne jamais atteindre les poumons. Il est aussi possible que la victime halète et soit incapable de retenir sa respiration. Pour remédier à ces situations, vous pouvez utiliser un tube d'espacement. Il piège les particules du médicament vaporisé pour permettre à la victime d'inhaler plus efficacement le médicament en plusieurs respirations.

Un tube d'espacement facilite l'inhalation du médicament et devrait toujours être utilisé si vous en avez un à votre disposition. Les jeunes enfants et d'autres victimes ayant de la difficulté à coordonner l'inhalation et la vaporisation du médicament auront souvent un tube d'espacement dans leurs effets personnels.

Cet accessoire permet à la victime d'inspirer deux ou trois fois avant que le médicament se disperse complètement dans l'air. Il est aussi possible de fixer un masque au dispositif pour faciliter la prise du médicament.

Si la victime dit ressentir une irritation dans la gorge après l'utilisation de l'inhalateur, demandez-lui de se rincer la bouche ou de se garganiser avec de l'eau.

ÉTOUFFEMENT

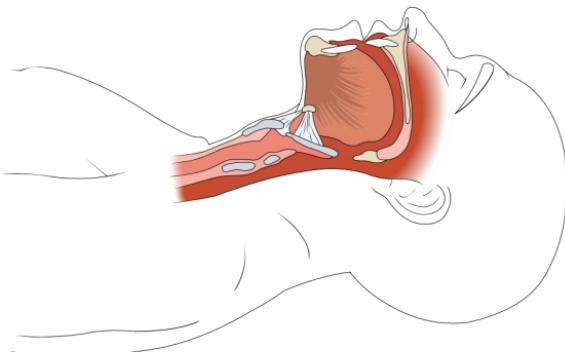
Les victimes s'étouffent lorsque leurs voies respiratoires sont partiellement ou totalement bloquées et que le flux d'air vers leurs poumons est réduit ou coupé. Les victimes qui s'étouffent ont du mal à respirer ou ne peuvent pas respirer du tout.

Les nourrissons et les jeunes enfants peuvent s'étouffer à cause d'un corps étranger comme de la nourriture, des jouets, des boutons ou des pièces de monnaie. Les adultes s'étouffent habituellement lorsqu'ils mangent trop rapidement ou lorsqu'ils parlent en mangeant.

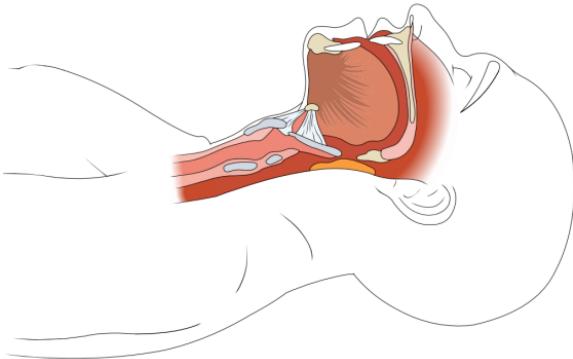
03

Si une victime sans réaction est allongée sur le dos, les muscles de sa langue pourraient se relâcher et bloquer ses voies respiratoires. Du sang, des vomissures et d'autres fluides pourraient également s'accumuler au fond de sa gorge. Une réaction allergique sévère, une blessure grave ou d'autres problèmes de santé peuvent entraîner l'enflure des voies respiratoires.

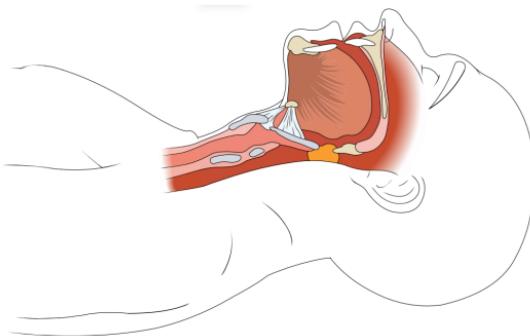
La sévérité d'un étouffement dépend du degré d'obstruction des voies respiratoires. Lorsqu'une personne respire normalement et sans obstruction, ses voies respiratoires sont **ouvertes et dégagées**.



Il est question d'étouffement léger lorsque les voies respiratoires sont **partiellement bloquées** et que la victime peut tout de même tousser avec force, respirer et parler. La circulation de l'air est limitée, mais tout de même adéquate.



Un étouffement sévère se produit lorsque les voies respiratoires sont **complètement bloquées** et que l'air ne peut plus circuler.



Lorsque le flux d'air des poumons est coupé, le visage de la victime prendra d'abord une teinte visiblement rouge, puis deviendra gris. Ses lèvres et lobes d'oreilles bleuiront en raison du manque d'oxygène. Si la victime ne reçoit pas d'aide, elle perdra conscience, puis son cœur cessera de battre.

Signes et symptômes d'un étouffement

Les signes et symptômes d'un étouffement sont les suivants :

03

Signes d'étouffement	
Obstruction légère	Obstruction sévère
Capacité à parler	Incapacité à parler
Signes de détresse (yeux indiquant de la peur)	Signes de détresse (yeux indiquant de la peur)
Toux vigoureuse	Toux faible ou absence de toux
Respiration sifflante et halètements entre les toussotements	Bruit aigu ou absence de bruit lorsque la victime essaie de respirer
Visage rouge	Visage gris, lèvres et oreilles bleues

Gestion d'un étouffement chez les adultes et les enfants

Le processus de gestion d'un étouffement est le même chez les adultes et chez les enfants. Pour prodiguer les premiers soins à un(e) enfant en cas d'étouffement, gardez les consignes suivantes à l'esprit :

- Placez-vous à sa hauteur. Ne l'asseyez pas sur une chaise ou un banc.
- N'utilisez pas autant de force qu'avec un(e) adulte lors des compressions.
- Vous pourriez devoir utiliser une seule main si l'enfant est sans réaction.

Premiers soins chez une victime consciente

En cas d'obstruction légère (la victime est capable de tousser avec force, de parler ou de respirer), suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Dites à la victime d'essayer de cracher l'objet. Si une obstruction légère dure quelques minutes, demandez une aide médicale.



En cas d'obstruction sévère (la victime est incapable de tousser avec force, de parler ou de respirer), suivez les étapes suivantes :

3. Faites un examen des lieux.



4. Donnez-lui cinq tapes dans le dos :

- Soutenez la victime en plaçant votre bras à l'avant de son corps, au niveau de ses épaules.
- Donnez-lui jusqu'à cinq tapes dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main.

5. Faites 5 compressions abdominales :

- Si cela ne suffit pas à éliminer l'obstruction, placez-vous derrière la victime et soyez prêt(e) à la soutenir si elle perd conscience.
- Fermez un poing et placez-le sur l'abdomen de la victime au niveau de son nombril, afin qu'il soit aligné avec les os de la hanche.
- Saisissez le poing avec votre autre main et prodiguez cinq compressions abdominales vigoureuses vers l'intérieur et vers le haut.

Continuez à lui donner des tapes dans le dos et à faire des compressions abdominales jusqu'à ce que le corps étranger se dégage ou jusqu'à ce que la victime perde conscience.

Une fois que ses voies respiratoires sont dégagées, une victime d'âge adulte doit consulter un(e) médecin pour vérifier si les compressions abdominales ont causé des blessures internes.

Après l'étouffement d'un(e) enfant, consultez absolument un(e) médecin.

Fonctionnement compressions abdominales

Si vous vous étouffez en raison d'un corps étranger, votre corps essaiera de débloquer vos voies respiratoires grâce à la toux. Les compressions abdominales visent à obtenir le même effet au moyen d'une toux artificielle. Cette illustration montre comment les compressions abdominales provoquent une toux.

Les compressions abdominales font remonter le diaphragme vers les poumons très rapidement. Cela permet de faire remonter l'air des poumons dans les voies respiratoires et, avec un peu de chance, d'éliminer l'obstruction. Pour obtenir un effet optimal, il faut placer votre poing au bon endroit.

Gardez vos avant-bras éloignés de l'abdomen et faites de chaque poussée un mouvement fort et soudain.

Premiers soins chez une victime enceinte ou dont la taille est plus grande que celle du (de la) secouriste

03



Si une victime qui s'étouffe est plus grande que vous ou enceinte, prodiguez-lui des tapes dans le dos comme vous le feriez pour toute autre victime, puis prodiguez-lui des compressions thoraciques :

1. Soutenez la victime en plaçant votre bras à l'avant de son corps, au niveau de ses épaules. Donnez-lui jusqu'à cinq tapes dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main.
2. Si cela ne suffit pas à éliminer l'obstruction, placez-vous derrière la victime.



3. Gardez vos bras à l'horizontale et serrez-les sous les aisselles de la victime.

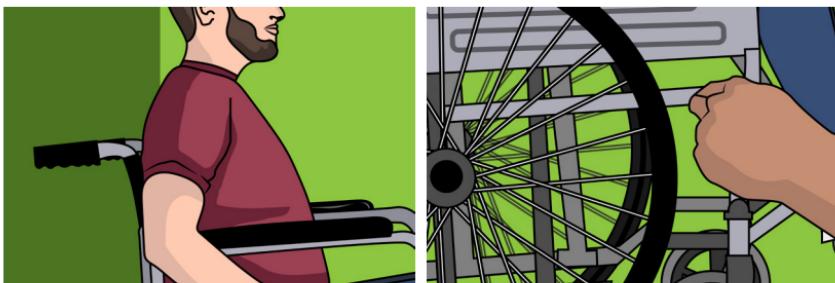
4. Placez votre poing contre la moitié inférieure du sternum de la victime, en orientant votre pouce vers l'intérieur.
5. Attrapez votre poing avec votre autre main. Tirez vers l'intérieur vigoureusement.
6. Continuez à prodiguer à la victime des tapes dans le dos et des compressions thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit retiré ou que la victime perde conscience.

03

Premiers soins en cas d'étouffement d'une victime en fauteuil roulant

Certains fauteuils roulants permettent aux secouristes de prodiguer des compressions abdominales ou thoraciques comme il serait possible de le faire pour une victime debout.

Si vous êtes en mesure de passer vos bras autour du fauteuil roulant, prodiguez à la victime des tapes dans le dos comme vous le feriez pour toute autre victime, ainsi que des compressions abdominales ou thoraciques.



Si vous n'êtes pas en mesure de passer vos bras autour du fauteuil roulant, suivez les étapes suivantes :

1. Placez le fauteuil roulant contre un mur (dans la mesure du possible) et actionnez le frein.
2. Si possible, penchez délicatement la victime vers l'avant et soutenez ses épaules. Prodiguez à la victime cinq tapes dans le dos, entre les omoplates, avec le talon de la main.

3. Placez le talon d'une de vos mains sur le centre du sternum de la victime, placez votre autre main par-dessus, puis prodiguez des compressions thoraciques vigoureuses.



4. Continuez à prodiguer à la victime des tapes dans le dos et des compressions thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit retiré ou que la victime perde conscience.

Si un(e) médecin, un(e) physiothérapeute ou tout(e) autre professionnel(le) de la santé vous a montré une autre façon de prodiguer des compressions abdominales à une personne dont vous vous occupez, utilisez la méthode qui vous a été recommandée.

Si la victime est sans réaction, vous devez la sortir du fauteuil roulant.

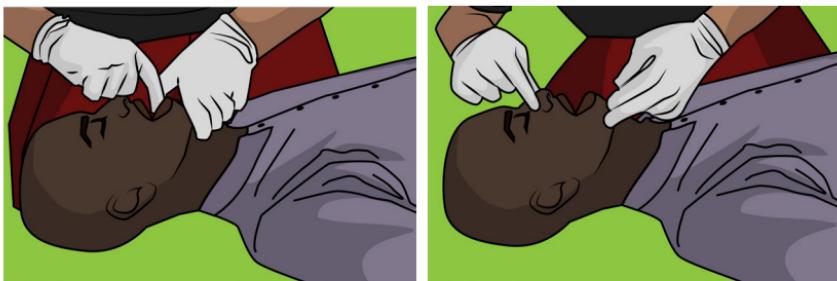
Premiers soins chez une victime sans réaction

Si la victime perd conscience alors que vous lui prodiguez les premiers soins pour un étouffement, effectuez une version modifiée de la RCR :



03

1. Allongez la victime au sol s'il est possible de le faire sans vous blesser. Au minimum, protégez la tête de la victime alors qu'elle s'effondre.
2. Appelez pour obtenir une aide médicale et allez chercher un DEA si possible.
3. Faites 30 compressions thoraciques au centre de la poitrine.
4. Ouvrez les voies respiratoires en effectuant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton, puis inspectez l'intérieur de sa bouche.
5. Retirez tout corps étranger que vous pouvez voir.
6. Essayez de donner deux respirations, même si vous ne voyez aucun corps étranger dans la bouche de la victime.



7. Si les respirations ne permettent pas de donner d'air à la victime, repositionnez sa tête. Ses voies respiratoires n'étaient peut-être pas ouvertes adéquatement.
8. Essayez de donner deux autres respirations.
9. Si les respirations ne permettent toujours pas de donner d'air à la victime, recommencez les compressions, les inspections de l'intérieur de la bouche et les tentatives de ventilation.

Si vous réussissez à donner une respiration, donnez-en une deuxième. Préparez-vous à continuer la RCR si la victime ne recommence pas à respirer sans aide.

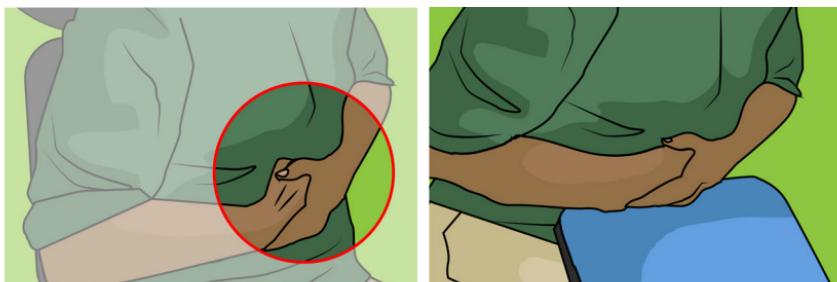
Si la victime est un(e) enfant, commencez à donner des compressions avec une seule main. Si cela ne vous permet pas d'effectuer des compressions thoraciques suffisamment profondes, utilisez vos deux mains.

Premiers soins si vous êtes seul(e) et que vous vous étouffez

03

Si vous commencez à vous étouffer en raison d'un corps étranger, vous pourriez avoir à dégager vous-même vos voies respiratoires. S'il y a des gens autour de vous, attirez leur attention; ne vous isolez pas des autres. Ne vous isolez pas des autres.

Essayez de cracher l'objet. Si vous ne parvenez pas à tousser, à parler ou à respirer, prodiguez-vous des compressions abdominales.



1. Placez une main formant un poing juste au-dessus de votre nombril.
2. Utilisez votre autre main pour effectuer des compressions vers l'intérieur et vers le haut.
3. Répétez jusqu'à ce que l'objet se dégage ou jusqu'à ce que vous puissiez tousser ou respirer.
4. Utilisez une surface solide comme le dossier d'une chaise ou le bord d'une table ou d'un comptoir :

5. Placez-vous afin que l'objet soit juste au-dessus de vos hanches.
6. Appuyez avec force pour produire une compression abdominale.

03



Gestion d'un étouffement chez les nourrissons

Puisqu'ils mettent souvent des objets dans leur bouche, les nourrissons sont vulnérables au risque d'étouffement. Un nourrisson qui s'étouffe présentera un ou plusieurs des signes suivants :

- Respiration sifflante aiguë ou incapacité d'émettre le moindre son
- Halètements
- Pleurs apparents sans le moindre son
- Yeux écarquillés
- Peau changeant de couleur

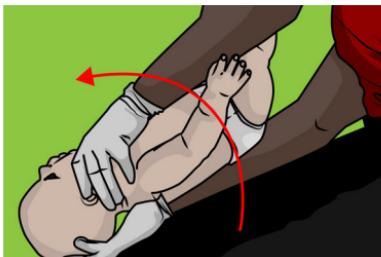
Premiers soins en cas d'étouffement d'un nourrisson conscient

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'étouffement d'un nourrisson conscient, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et un examen primaire.
2. Soutenez la tête du nourrisson en saisissant son menton « en C ».
3. Couchez le nourrisson sur le ventre sur votre avant-bras et placez ses jambes de part et d'autre de votre bras.



4. Maintenez la tête du nourrisson plus bas que son corps et utilisez le talon de votre main pour lui prodiguer cinq tapes vigoureuses dans le dos, entre les omoplates.
5. Placez votre autre main de sorte à tenir le nourrisson entre vos avant-bras en vous assurant de soutenir l'arrière de sa tête.
6. Tournez le nourrisson afin que son visage soit orienté vers le haut.



7. Prodiguez-lui cinq compressions thoraciques avec deux doigts placés tout juste sous la ligne des mamelons.

Répétez les tapes dans le dos et les compressions thoraciques jusqu'à ce que les voies respiratoires soient dégagées ou que le nourrisson perde conscience. Après l'étouffement d'un nourrisson, consultez absolument un(e) médecin.

03

Premiers soins en cas d'étouffement d'un nourrisson sans réaction

Si le nourrisson est sans réaction, placez-le sur une surface plane et ferme, puis suivez les étapes suivantes :

1. Demandez à quelqu'un d'appeler le 9-1-1 ou appelez vous-même, puis mettez le téléphone sur haut-parleur.



2. Placez deux doigts sous la ligne des mamelons du nourrisson et effectuez 30 compressions. Ouvrez les voies respiratoires en effectuant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton, puis inspectez l'intérieur de sa bouche.



3. Retirez tout corps étranger que vous pouvez voir.

4. Essayez de donner deux respirations, même si vous ne voyez aucun corps étranger dans la bouche de la victime.
5. Si les respirations ne permettent pas de donner d'air à la victime, repositionnez sa tête. Ses voies respiratoires n'étaient peut-être pas ouvertes adéquatement.
6. Essayez de donner deux autres respirations.
7. Si les respirations ne permettent toujours pas de donner d'air à la victime, recommencez les compressions, les inspections de l'intérieur de la bouche et les tentatives de ventilation.

Les poumons d'un nourrisson sont beaucoup plus petits que ceux d'un(e) adulte. Lorsque vous exécutez des respirations, ne soufflez pas trop fort et donnez juste suffisamment d'air pour que sa poitrine se gonfle (souvent, il suffit de remplir vos joues d'air).

Puisque la tête d'un nourrisson est plus grande que les autres parties de son corps, vous pourriez devoir placer une serviette ou une couverture pliée sous ses épaules afin d'incliner adéquatement sa tête.

Chapitre 04

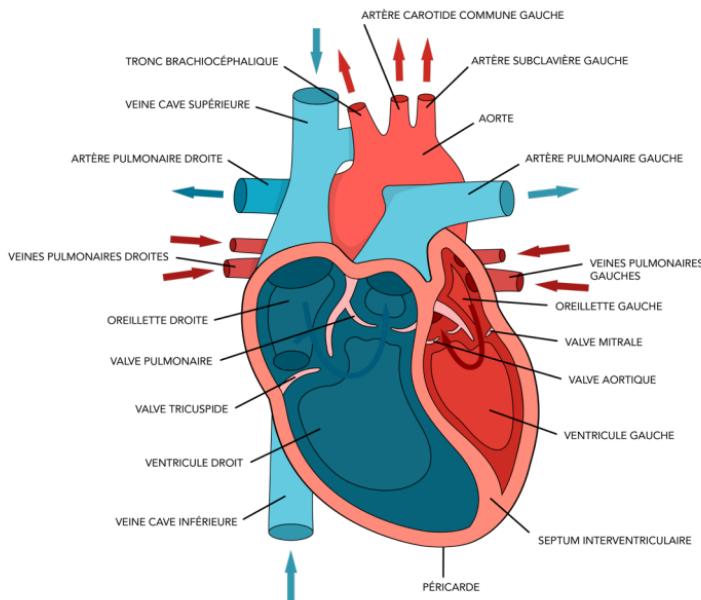
Urgences cardiovasculaires

STRUCTURES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE

Le système circulatoire est un circuit fermé complexe qui fait circuler le sang dans le corps. Il est composé du cœur et des vaisseaux sanguins. La circulation sanguine est essentielle pour distribuer de l'oxygène et des nutriments aux cellules et éliminer les déchets de l'organisme.

04

Cœur



Le cœur est un muscle situé dans la cavité thoracique, derrière les côtes et le sternum. C'est un organe creux qui, en se contractant et en pompant le sang dans les vaisseaux sanguins, permet à ce dernier de circuler dans l'organisme.

Vaisseaux sanguins

Les vaisseaux sanguins acheminent le sang. Il en existe trois types principaux : les artères, les capillaires et les veines. Habituellement, les artères transportent le sang oxygéné provenant du cœur vers les organes du corps, et les veines dirigent le sang désoxygéné des organes vers le cœur. Les capillaires permettent au sang de circuler entre les cellules et les artères et les veines.

Circulation sanguine

Le sang sort du côté droit du cœur (ventricule droit) pour se rendre jusqu'aux poumons où il libère son dioxyde de carbone et se charge en oxygène. Le sang entre ensuite dans le côté gauche du cœur (oreillette gauche) avant d'être pompé vers le reste de l'organisme (ventricule gauche). Après avoir été utilisé par l'organisme, le sang retourne dans le côté droit du poumon (oreillette droite).

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les maladies cardiovasculaires figurent parmi les principales causes de décès chez les adultes au Canada. Il est possible d'éviter certains de ces décès en prodiguant les premiers soins appropriés.

Ce chapitre décrit les premiers soins à prodiguer en milieu de travail en cas d'urgence cardiovasculaire, notamment :

- Premiers soins en cas d'angine de poitrine/
de crise cardiaque
- Premiers soins en cas d'accident vasculaire cérébral et
d'accident ischémique transitoire (AIT)

Hypertension artérielle

La tension artérielle est la pression du sang contre les parois des vaisseaux sanguins. La tension artérielle peut augmenter et diminuer de manière naturelle. Lorsqu'une personne éprouve de l'excitation ou du stress, sa tension artérielle augmente; elle diminue toutefois habituellement une fois que les émotions se calment. Chez certaines personnes, la tension artérielle demeure élevée en tout temps. Cette condition de tension artérielle continuellement élevée se nomme l'hypertension. Si la victime perd conscience et arrête de respirer, commencer la RCR.

Au fil du temps, l'hypertension artérielle endommage les tissus du système cardiovasculaire. Les parois des vaisseaux sanguins épaississent et perdent leur élasticité, et le cœur s'hypertrophie. Ces changements causés par l'hypertension artérielle augmentent les risques d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque et de problèmes rénaux et oculaires. Hélas, l'hypertension artérielle n'est pas toujours accompagnée de signes précurseurs.

Vous pourriez vous sentir en excellente forme, mais tout de même souffrir d'hypertension artérielle. C'est pourquoi on appelle souvent ce trouble « le tueur silencieux ».

Si votre tension artérielle vous préoccupe, parlez-en à votre prestataire de soins de santé primaires. Des pharmacies disposent de tensiomètres pouvant vous aider à surveiller votre tension artérielle; ces outils ne permettent toutefois pas de poser un autodiagnostic.

Rétrécissement des artères

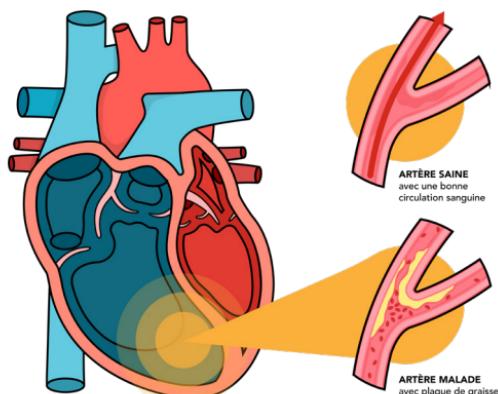
Les artères sont les vaisseaux sanguins qui transportent le sang du cœur vers les organes du corps. Leur fonctionnalité s'altère lorsque des dépôts lipidiques s'y accumulent et réduisent ainsi le passage du sang.

04

Ce processus d'accumulation de dépôts lipidiques et de rétrécissement des artères se nomme l'athérosclérose. Si le rétrécissement se produit dans les artères coronaires, qui transportent le sang oxygéné vers le cœur, ce trouble s'appelle alors coronaropathie.

Plus une artère rétrécit, moins elle peut laisser passer de sang. Lorsqu'elle devient trop étroite, les tissus de l'autre côté de la région rétrécie n'obtiennent pas une quantité suffisante de sang oxygéné pour fonctionner normalement. Bien que les signes et symptômes du durcissement des artères soient surtout visibles chez les personnes d'âge moyen ou plus âgées, l'athérosclérose se manifeste souvent dès l'enfance.

ANGINE DE POITRINE ET CRISE CARDIAQUE



Une *angine de poitrine* se produit lorsque les muscles du cœur ne sont pas correctement alimentés en sang oxygéné en raison en raison d'artères rétrécies, endommagées ou obstruées dans le cœur. Cela signifie que le cœur ne parvient pas à recevoir suffisamment de sang lorsqu'il en a besoin, notamment lorsqu'il pompe plus fort (p. ex., lorsque vous courez pour ne pas manquer l'autobus ou déneigez votre entrée). Cela peut causer des douleurs à la poitrine ou une sensation d'inconfort, qui peut s'étendre jusqu'au cou, à la mâchoire, aux épaules et aux bras. Une angine de poitrine est généralement de courte durée, et les symptômes peuvent disparaître si la personne atteinte se repose et prend les médicaments qui lui ont été prescrits.

Une crise cardiaque (ou un infarctus du myocarde) se produit lorsque les tissus du cœur meurent en raison d'un flux sanguin interrompu. Les symptômes d'une crise cardiaque sont semblables à ceux d'une angine de poitrine, mais le repos et des médicaments ne permettent pas d'atténuer la douleur.

Si la crise cardiaque endommage le système électrique intrinsèque du cœur ou si une grande partie des muscles du cœur sont touchés, alors le cœur pourrait cesser de battre adéquatement. C'est ce qu'on appelle un arrêt cardiaque.

Facteurs de risque

De nombreux facteurs peuvent augmenter les risques de maladies cardiovasculaires, de crises cardiaques et d'accident vasculaire cérébral. Ceux-ci peuvent être divisés en risques modifiables et non modifiables.

04

Facteurs de risque	
Modifiables	Non modifiables
Tabagisme	
Mauvaise alimentation	
Manque d'exercice	
Niveau de stress élevé	Âge
Antécédents génétiques	
Sexe assigné à la naissance	

Les facteurs de risque modifiables peuvent entraîner une dyslipidémie (augmentation des dépôts lipidiques), l'obésité, le diabète et une hypertension artérielle. Il est possible de réduire ces risques modifiables en apportant des changements à son mode de vie.

Signes et symptômes d'une angine de poitrine ou d'une crise cardiaque

Les signes et les symptômes d'une angine de poitrine sont très semblables à ceux d'une crise cardiaque. Les symptômes d'une angine de poitrine peuvent disparaître, mais doivent être considérés comme des signes précurseurs d'une crise cardiaque imminente. Dans ces situations, il est préférable de toujours soupçonner une crise cardiaque.

Les signes et les symptômes varient d'une personne à l'autre. Chez une partie de la population, un ou deux symptômes ou encore de légers signes et symptômes peuvent se manifester.

Les signes et symptômes chez les femmes diffèrent souvent de ceux que l'on peut observer dans la population en général.

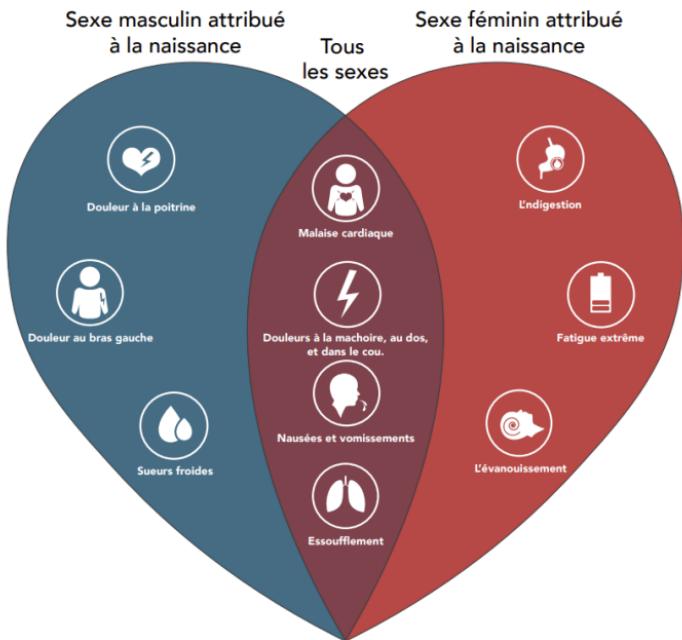
Une personne souffrant d'une crise cardiaque sera en état de choc, puis pourrait présenter un ou plusieurs des symptômes suivants :

- Peau froide, moite et sans couleur
- Essoufflement
- Signes évidents de douleur ou d'inconfort
- Sensation de lourdeur, de serrement ou de pression au niveau de la poitrine
- Indigestion, brûlures d'estomac, nausées ou vomissements
- Douleurs à la mâchoire
- Épaules ou bras endoloris

Voici d'autres signes et symptômes potentiels :

- Fatigue
- Anxiété (entraînant le déni)
- Douleur au milieu du dos

Les premiers signes d'une crise cardiaque



Il est difficile de concevoir qu'une personne puisse être victime d'une crise cardiaque et pourrait mourir incessamment, surtout s'il s'agit d'un membre de votre famille ou d'un(e) ami(e) proche. Puisque les victimes ont tendance à prétendre que la situation n'a rien de grave, il est facile de se fier à leurs paroles rassurantes. Le déni est un détail important. Si une personne soutient que tout va bien alors qu'elle présente des signes de choc, qu'elle a de la difficulté à respirer et qu'elle éprouve de la douleur, vous devriez avoir des soupçons et agir.

En moyenne, plusieurs heures s'écoulent entre le moment où les victimes commencent à ressentir un malaise et leur arrivée à l'hôpital. C'est ce délai qui empêche de sauver de nombreuses vies. Aider une victime à se rendre rapidement à l'hôpital améliore ses chances de survie.

Chaîne de survie^{MD}

La RCR est souvent ce qui vient à l'esprit lorsque les gens pensent aux premiers soins en cas de crise cardiaque ou d'arrêt cardiaque. Mais la RCR n'est qu'une partie du tableau.

Il est essentiel de suivre les six étapes suivantes lorsque vous aidez une personne ayant des problèmes cardiaques :

04

1. Détection immédiate d'une urgence cardiovasculaire et activation des services médicaux d'urgence (SMU) communautaires. Cela signifie que vous devez rapidement appeler les secours.
2. RCR précoce avec un accent sur les compressions thoraciques.
3. Défibrillation rapide.
4. Soins avancés efficaces en réanimation.
5. Soins intégrés à prodiguer après un arrêt cardiaque.
6. Récupération (traitement, observation, réadaptation et soutien psychologique).

Chaque étape est aussi importante que les autres. Le temps est un facteur vital. Pour donner une chance raisonnable de survie à une victime en arrêt cardiaque, la RCR doit être commencée immédiatement, suivie d'une défibrillation le plus rapidement possible. Pour les deux procédures, plus elles sont utilisées rapidement, mieux c'est.

Vous, la première personne formée arrivée sur la scène, êtes responsable d'amorcer la séquence. Vous devez détecter l'urgence cardiovasculaire, appeler pour obtenir une aide médicale, commencer la RCR au besoin et utiliser un défibrillateur s'il y en a un disponible. Vous êtes responsable des trois premières étapes de la Chaîne de survie^{MD}.

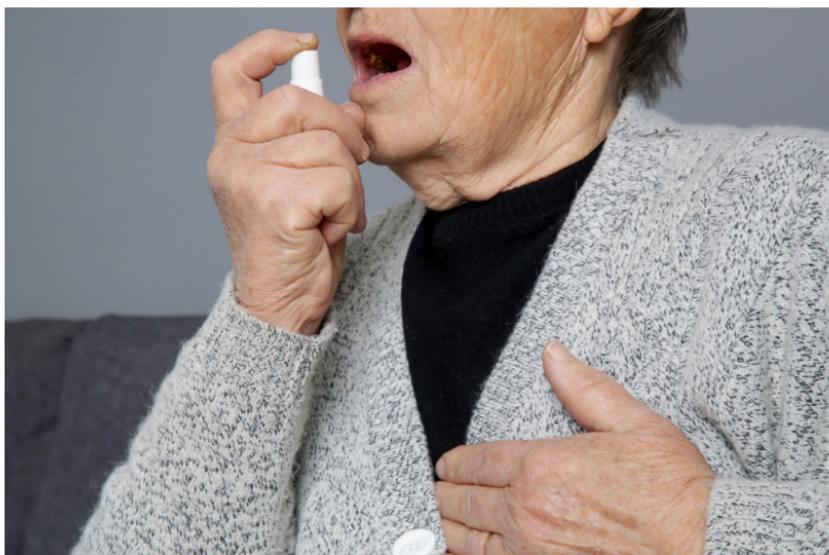
Premiers soins en cas d'angine de poitrine ou de crise cardiaque

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'angine de poitrine ou de crise cardiaque, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Faites un examen primaire. Posez des questions à la victime :
 - « Pouvez-vous m'indiquer où vous avez mal? »
 - « Avez-vous déjà ressenti une telle douleur? »
 - « Avez-vous des médicaments pour traiter cette douleur? »
3. Appelez pour obtenir une aide médicale et allez chercher un défibrillateur.
4. Placez la victime en position de repos et rassurez-la. La position semi-assise est habituellement la meilleure position, mais il peut aussi s'agir d'une position dans laquelle la victime est à l'aise.
5. Si la victime est consciente, aidez-la à prendre les médicaments qui lui ont été prescrits ou de l'AAS.
 - Suivez la procédure « Aide à la prise de médicaments ».
 - Aidez-la à prendre une dose de nitroglycérine, si elle en a.
 - Aidez-la à prendre de l'AAS.
 - Administrez une dose de nitroglycérine à des intervalles de cinq minutes, jusqu'à concurrence de trois doses, si la douleur persiste et si la victime est toujours consciente.
6. Si la victime perd conscience et arrête de respirer, commencer la RCR.

Aide à la prise d'AAS

Si la victime n'a pas de médicament prescrit ou si elle n'est pas soulagée après la première dose du médicament prescrit, demandez-lui si elle est allergique à l'AAS ou si un(e) médecin lui a déjà dit de ne pas en prendre. Si ce n'est pas le cas, suggérez lui de mâcher un comprimé d'AAS ordinaire (ou deux comprimés d'AAS à faible dose). Les propriétés anticoagulantes de l'AAS



Aide à la prise de nitroglycérine

La nitroglycérine en comprimés ou à vaporiser est couramment utilisée pour soulager les douleurs chroniques causées par une angine de poitrine. Vous pourriez devoir aider une victime en grande détresse à prendre ses médicaments.

Demandez à la victime si elle a pris d'autres médicaments aujourd'hui. Si elle a pris des médicaments traitant les troubles d'érection, comme Viagra^{MD} ou CIALIS^{MD}, alors la prise de nitroglycérine pourrait diminuer de manière importante sa tension artérielle.

04

Vaporisez la nitroglycérine ou placez les comprimés sous la langue de la victime. Assurez-vous que la victime ne les avale pas.

Il est possible d'administrer de la nitroglycérine toutes les 5 à 10 minutes pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de trois doses. N'oubliez pas : si vous devez aider une personne à prendre ses médicaments, vous devez appeler pour obtenir une aide médicale!

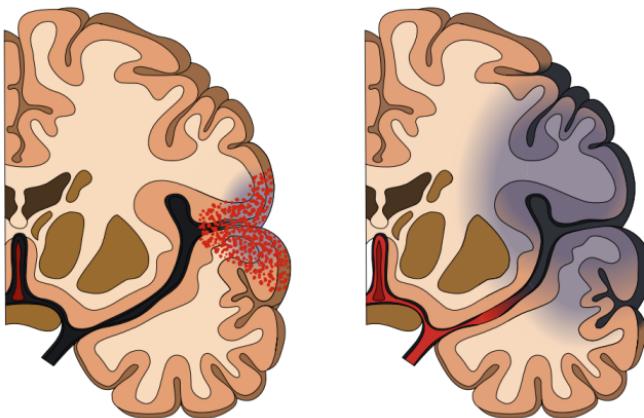
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Un accident vasculaire cérébral survient lorsque le flux sanguin vers une partie du cerveau est interrompu par une artère bloquée ou la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau. Un accident vasculaire cérébral peut entraîner des lésions cérébrales pouvant réduire certaines fonctions corporelles, selon la région du cerveau atteinte.

Le type d'accident vasculaire cérébral ne peut être déterminé qu'à la suite d'une tomodensitométrie avancée en milieu hospitalier. Il existe deux types d'accidents vasculaires cérébraux :

- L'AVC hémorragique (perte de sang)
- L'AVC ischémique (caillot de sang ou vaisseau sanguin bloqué)

Un **accident ischémique transitoire (AIT)** est une perturbation temporaire du flux sanguin vers le cerveau en raison d'un rétrécissement d'une artère dans cette région. Un AIT est généralement de courte durée et ne laisse aucun dommage permanent, et ses symptômes sont identiques à ceux d'un accident vasculaire cérébral. Il est préférable de toujours soupçonner un accident vasculaire cérébral, même si les symptômes se résorbent d'eux-mêmes, car un AIT peut être un signe précurseur d'un accident vasculaire cérébral.



Signes et symptômes d'un accident vasculaire cérébral et d'un AIT

Utilisez l'acronyme **VITE** comme moyen mnémotechnique pour détecter les signes et les symptômes d'un accident vasculaire cérébral et obtenir de l'aide immédiatement :

- **V — visage affaissé** : demandez à la victime de sourire. Un côté du visage pourrait ne pas bouger aussi bien que l'autre.
- **I — incapacité** : demandez à la victime de tendre les deux bras, les paumes vers le haut, et de fermer les yeux. Celle-ci peut être incapable de bouger un de ses bras ou le laisser retomber par rapport à l'autre.

- **T — trouble de la parole :** demandez à la victime de répéter une phrase après vous. Celle-ci pourrait peiner à articuler, ne pas employer les bons mots ou être incapable de parler.
- **E — extrême urgence :** quand le premier symptôme est-il apparu? Demandez à la victime, ou à sa famille, à ses amis ou à des passant(e)s, à quel moment les symptômes sont apparus. Demandez une aide médicale immédiatement; plus un accident vasculaire cérébral est traité rapidement, plus les chances seront favorables.

Les signes et symptômes d'un accident vasculaire cérébral sont les suivants :

- Vision trouble
- Désorientation soudaine
- Étourdissement
- Maux de tête
- Perte d'équilibre

Il est important que les secouristes ne supposent pas que les signes et symptômes d'un accident vasculaire cérébral sont ceux d'une intoxication.

Premiers soins en cas d'accident vasculaire cérébral

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'accident vasculaire cérébral, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Faites un examen primaire.
3. Appliquez la méthode VITE pour déterminer s'il s'agit d'un accident vasculaire cérébral.
4. Appeler pour obtenir une aide médicale.
5. Placez la victime au repos en position semi-assise.

6. Ne donnez rien par voie orale. **Ne lui donnez pas d'AAS.**
7. Continuez à prodiguer des soins.

Si la victime perd connaissance, placez-la en position latérale de sécurité. En cas de paralysie, placez la victime de sorte à positionner le côté paralysé vers le haut. Ainsi, vous réduirez les risques de lésions tissulaires ou nerveuses du côté affecté.

04

Chapitre 05

RCR et DEA

ARRÊT CARDIAQUE

Un arrêt cardiaque soudain se produit lorsque le cœur cesse de battre de façon adéquate. Le sang ne circulant plus vers le cerveau, la victime perd conscience et arrête de respirer. Une victime atteinte d'arrêt cardiaque est cliniquement morte, mais si la réanimation cardiorespiratoire (RCR) est amorcée et qu'un défibrillateur (DEA) est utilisé rapidement, il est encore possible de rétablir un rythme cardiaque normal.

05

Respiration agonique

Le terme « respiration agonique » désigne un rythme respiratoire anormal induit par un réflexe du tronc cérébral. Ce phénomène est caractérisé par des respirations haletantes irrégulières, parfois accompagnées de vocalisations étranges. Cela peut se produire lors d'un arrêt cardiaque et faire croire aux passant(e)s que la victime respire. Une victime avec une respiration agonique doit être prise en charge de la même manière qu'une personne qui ne respire pas.

Causes courantes d'arrêt cardiaque

Les causes courantes d'arrêt cardiaque sont les suivantes :

- Crise cardiaque
- Blessures graves
- Décharge électrique
- Intoxication aux drogues
- Noyade
- Suffocation

RCR CHEZ UNE VICTIME D'ÂGE ADULTE

La **réanimation cardiorespiratoire (RCR)** se résume en deux techniques : la circulation artificielle et la respiration artificielle. La circulation artificielle permet de faire circuler le sang dans le corps, tandis que la respiration artificielle vise à oxygénier les poumons.

05

L'objectif de la RCR est de faire circuler suffisamment de sang oxygéné vers le cerveau et les autres organes pour retarder les dommages jusqu'à ce que le cœur recommence à battre ou que l'équipe d'aide médicale prenne le relais. La RCR est plus efficace lorsque les interruptions des compressions thoraciques sont réduites au minimum.

Effectuer la RCR par un(e) secouriste

Pour effectuer la RCR par un(e) secouriste, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
 - a. Vérifiez l'état de conscience de la victime.
 - b. Demandez à quelqu'un d'appeler le 9-1-1 et d'aller chercher un DEA, si possible.
2. Faites un examen primaire.
 - a. Dégagez les voies respiratoires.
 - b. Vérifiez si la victime respire pendant 5 à 10 secondes, maximum.
3. Si la victime ne respire pas ou ne respire pas efficacement (respiration agonique), commencez immédiatement les compressions.

05



4. Effectuer 30 compressions thoraciques. Appuyez fort. Appuyez rapidement.
 - a. Placer vos mains au centre de la poitrine de la victime, de sorte que vos épaules se trouvent directement au-dessus de vos mains. Verrouillez vos coudes en extension.
5. Appuyez directement sur le sternum avec le talon de vos mains. Chaque compression doit avoir une profondeur de 5 à 6 cm (de 2 à 2,4 po).



- a. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir en position de repos.

05

- b. Effectuez des compressions à un rythme de 100 à 120 compressions par minute.
Comptez les compressions à haute voix pour bien suivre le nombre de compressions et garder un rythme régulier.
6. Ouvrez les voies respiratoires en effectuant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton.
7. Mettez un dispositif de protection en place et donnez deux respirations.
8. Dans le cas d'une victime adulte, chaque respiration doit durer environ une seconde et fournir juste assez d'air pour que la poitrine de la victime se soulève.



Cela représente un cycle de 30:2 (30 compressions pour 2 respirations).

9. Continuez la RCR jusqu'à ce que :
 - a. Vous puissiez utiliser un DEA
 - b. La victime commence à réagir
 - c. Un(e) autre secouriste ou l'équipe d'aide médicale prenne le relais
 - d. Vous soyez trop épuisé(e) pour continuer

Utilisez un DEA dès que l'appareil arrive sur les lieux.

Prendre le relais de la RCR d'un(e) autre secouriste

Pour prendre le relais de la RCR d'un(e) autre secouriste, suivez les étapes suivantes :



05

1. Assurez-vous que l'équipe d'aide médicale a été appelée.
2. Offrez de l'aide. Dites au (à la) secouriste que vous êtes formé(e) en RCR.
3. Faites 30 compressions suivies de 2 respirations. Utilisez votre propre dispositif de protection, si vous en avez un.



RCR par compressions thoraciques seulement

Les directives de RCR mettent l'accent sur la détection rapide de l'urgence et l'importance d'appeler le 9-1-1 ou le numéro d'urgence locale si jamais vous trouvez une personne effondrée et sans réaction.

Si vous n'êtes pas formé(e) en RCR ou si vous hésitez à donner des respirations pour quelconque raison que ce soit, n'abandonnez pas.

Vos actions peuvent quand même sauver une vie.

La RCR par compressions thoraciques seulement se définit comme la RCR sans respirations (bouche à bouche). Faites des compressions thoraciques de qualité en appuyant fort et rapidement au centre de la poitrine de la victime, à un rythme de 100 à 120 compressions par minute.



Bien que cette technique ne procure pas d'oxygène à la victime, elle peut être utilisée par des personnes qui ne sont pas formées en RCR conventionnelle ou qui doutent de leur capacité à effectuer adéquatement la RCR.

RCR avec l'aide d'un(e) répartiteur(-trice)

Dans un grand nombre de localités, le (la) répartiteur(-trice) du 9-1-1 est formé(e) pour vous guider pendant une urgence jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale arrive. Mettez votre téléphone sur le haut-parleur, placez-le à côté de la tête de la victime et parlez avec le (la) répartiteur(-trice) tout au long du processus de sauvetage.

Effectuer RCR par deux secouristes

05

Si deux secouristes formé(e)s se trouvent sur les lieux, ils (elles) peuvent coopérer pour effectuer ensemble la RCR à une victime. Effectuer la RCR par deux secouristes comporte trois avantages.

- La RCR est une activité physique difficile. Si un(e) secouriste se fatigue, la qualité des compressions thoraciques se détériorera. En se partageant la tâche, les deux secouristes effectuant la RCR peuvent faire des compressions thoraciques efficaces pendant une période plus longue.
- La RCR par deux secouristes réduit au maximum le temps d'interruption des compressions pour effectuer les respirations.
- Elle permet aux secouristes de se donner de la rétroaction et de se soutenir pendant un événement éprouvant.

Pour effectuer la RCR par deux secouristes, le (la) secouriste qui effectue l'examen primaire se positionne près de la tête de la victime et s'assure de garder ses voies respiratoires dégagées et de ventiler après 30 compressions. L'autre secouriste effectue les compressions thoraciques.

Afin que les compressions demeurent efficaces, il est recommandé que les secouristes changent de rôle après cinq cycles de compressions et de respirations (soit environ toutes les deux minutes).

RCR CHEZ UN(E) ENFANT

La procédure de RCR par un(e) secouriste chez un(e) enfant est la même que celle pour une victime d'âge adulte; il faut toutefois adapter la procédure à la taille plus petite de la victime. *Utilisez une seule main pour effectuer la RCR*, à moins que cela ne vous permette pas d'effectuer des compressions thoraciques suffisamment profondes. La quantité d'air requise pour que la poitrine de la victime se soulève est moindre que celle requise pour une personne d'âge adulte.

Dans le cas de la RCR par deux secouristes chez un(e) enfant, le ratio de compressions et de respirations est différent. Les arrêts cardiaques chez les enfants sont souvent dus à des difficultés respiratoires, tandis que ceux chez les adultes sont généralement causés par un problème cardiaque. De plus, un(e) enfant requiert en moyenne plus d'oxygène qu'une personne d'âge adulte; l'idéal est de donner des respirations toutes les 15 compressions dans le cadre de la RCR chez un(e) enfant. Toutefois, le temps qui s'écoule entre le moment où vous arrêtez les compressions pour déplacer la tête de la victime et donner des respirations et le moment où vous reprenez les compressions est trop long. La RCR par deux secouristes permet de réduire considérablement ce délai et de donner 2 respirations toutes les 15 compressions. Ainsi, une plus grande quantité de sang oxygéné circulera vers les organes vitaux, ce qui donnera à l'enfant une meilleure chance de survie.



Effectuer la RCR par un(e) secouriste chez un(e) enfant

Pour effectuer la RCR par un(e) secouriste chez un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
 - a. Vérifiez l'état de conscience de la victime.
 - b. Demandez à quelqu'un d'appeler le 9-1-1 et d'aller chercher un DEA, si possible.
2. Faites un examen primaire.
 - a. Dégagez les voies respiratoires.
 - b. Vérifiez si la victime respire pendant 5 à 10 secondes, maximum.
3. Si la victime ne respire pas ou ne respire pas efficacement (respiration agonique), commencez immédiatement les compressions.

05



4. Effectuez 30 compressions thoraciques. Appuyez fort. Appuyez rapidement.
5. Placez une main au centre de la poitrine de la victime, de sorte que votre épaule se trouve directement au-dessus de votre main, et assurez-vous que votre coude est verrouillé en extension.



05

- a. Placez votre autre main derrière votre dos ou posez-la sur le sol au-dessus de la tête de l'enfant.
 - b. Appuyez directement sur le sternum avec le talon de votre main. Chaque compression doit avoir une profondeur correspondant au tiers de la profondeur de la poitrine.
 - c. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir en position de repos.
 - d. Effectuez des compressions à un rythme de 100 à 120 compressions par minute. Comptez les compressions à haute voix pour bien suivre le nombre de compressions et garder un rythme régulier.
6. Ouvrez les voies respiratoires en effectuant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton.
 7. Mettez un dispositif de protection en place et donnez deux respirations.
 - a. Dans le cas d'un(e) enfant, chaque respiration doit durer moins d'une seconde et fournir juste assez d'air pour que la poitrine de la victime se soulève.

Cela représente un cycle de 30:2 (30 compressions pour 2 respirations).



05

8. Continuez la RCR jusqu'à ce que :
 - a. Vous puissiez utiliser un DEA
 - b. La victime commence à réagir
 - c. Un(e) autre secouriste ou l'équipe d'aide médicale prenne le relais
 - d. Vous soyez trop épuisé(e) pour continuer

Utilisez un DEA dès que l'appareil arrive sur les lieux.

Effectuer la RCR par deux secouristes chez un(e) enfant

Pour effectuer la RCR par deux secouristes chez un(e) enfant, le (la) secouriste qui effectue l'examen primaire se positionne près de la tête de la victime et s'assure de garder ses voies respiratoires dégagées et de ventiler après 15 compressions. L'autre secouriste effectue les compressions thoraciques.

Un cycle de RCR par deux secouristes chez un(e) enfant comprend 15 compressions et 2 respirations.

Afin que les compressions demeurent efficaces, il est recommandé que les secouristes changent de rôle après dix cycles de compressions et de respirations (soit environ toutes les deux minutes).

RCR CHEZ UN NOURRISSON

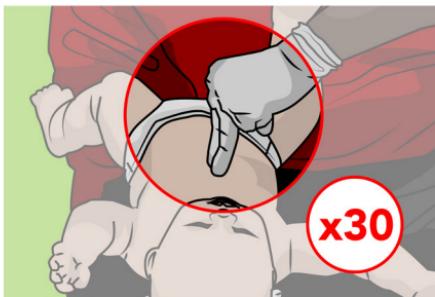
La petite taille d'un nourrisson demande l'adaptation de la procédure de RCR. Les nourrissons souffrent plus souvent d'urgences respiratoires que de problèmes cardiaques; toutefois, un arrêt respiratoire prolongé mènera à un arrêt cardiaque.

05

Effectuer la RCR par un(e) secouriste chez un nourrisson

Pour effectuer la RCR par un(e) secouriste chez un nourrisson, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
 - a. Vérifiez l'état de conscience de la victime.
 - b. Demandez à quelqu'un d'appeler le 9-1-1 et d'aller chercher un DEA, si possible.



2. Faites un examen primaire.
 - a. Dégagez les voies respiratoires.
 - b. Vérifiez si la victime respire pendant 5 à 10 secondes, au maximum.
 - c. Si la victime ne respire pas ou ne respire pas efficacement (respiration agonique), commencez immédiatement les compressions.

3. Effectuez 30 compressions thoraciques. Appuyez fort. Appuyez rapidement.
 - a. Placez deux doigts au centre de la poitrine de la victime, tout juste sous la ligne des mamelons.
 - b. Placez votre autre main derrière votre dos ou posez-la sur le sol au-dessus de la tête du nourrisson.
 - c. Appuyez directement sur le sternum. Chaque compression doit avoir une profondeur correspondant au tiers de la profondeur de la poitrine.
 - d. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir en position de repos.
 - e. Effectuez des compressions à un rythme de 100 à 120 compressions par minute. Comptez les compressions à haute voix pour bien suivre le nombre de compressions et garder un rythme régulier.
4. Ouvrez les voies respiratoires en effectuant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton.
5. Mettez un dispositif de protection en place et donnez deux respirations.
 - a. Pour donner des respirations à un nourrisson, bloquez à la fois sa bouche et son nez.
 - b. La quantité d'air de chaque respiration est infime comparativement à celle pour une victime d'âge adulte ou un(e) enfant. Il suffit de remplir vos joues d'air.

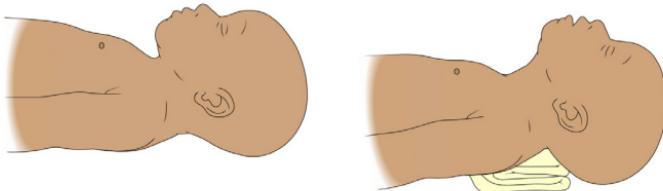
Cela représente un cycle de 30:2 (30 compressions pour 2 respirations).

6. Continuez la RCR jusqu'à ce que :
 - a. Vous puissiez utiliser un DEA.
 - b. La victime commence à réagir.
 - c. Un(e) autre secouriste ou l'équipe d'aide médicale prenne le relais.
 - d. Vous soyez trop épuisé(e) pour continuer.

05

Utilisez un DEA dès que l'appareil arrive sur les lieux.

L'arrière de la tête d'un nourrisson est plutôt volumineux comparativement au reste de son corps. C'est pourquoi la tête d'un nourrisson peut se pencher vers l'avant quand le nourrisson est couché sur le dos, ce qui bloque ses voies respiratoires. Lorsque vous effectuez la RCR, il peut être utile de mettre un coussin mince sous les épaules du nourrisson pour aider à garder ses voies respiratoires ouvertes; ne perdez toutefois pas de temps à essayer de trouver un tel coussin.



Effectuer la RCR par deux secouristes chez un nourrisson

Pour effectuer la RCR par deux secouristes chez un nourrisson, le (la) secouriste qui effectue l'examen primaire se positionne près de la tête de la victime et s'assure de garder ses voies respiratoires dégagées et de ventiler après 15 compressions. L'autre secouriste effectue les compressions thoraciques.

Un cycle de RCR par deux secouristes chez un nourrisson comprend 15 compressions et 2 respirations.

Afin que les compressions demeurent efficaces, il est recommandé que les secouristes changent de rôle après dix cycles de compressions et de respirations (soit environ toutes les deux minutes).



5

Pour effectuer la RCR par deux secouristes chez un nourrisson, vous pouvez **encercler la poitrine avec vos mains et appuyer sur le sternum à l'aide de vos pouces** au lieu d'utiliser la méthode à deux doigts, s'il est plus facile pour vous de vous positionner ainsi.

DEA

La **défibrillation** consiste à envoyer une décharge électrique à un cœur qui a cessé de battre de manière efficace. Il a été démontré qu'un défibrillateur externe automatisé (DEA) est l'un des outils les plus utiles pour sauver la vie des victimes d'un arrêt cardiaque soudain. Son emploi est la troisième étape de la chaîne de survie^{MD} et relève de la responsabilité des secouristes.



Un DEA est un appareil électronique programmé pour reconnaître deux types de rythmes cardiaques, soit la fibrillation ventriculaire (FV) et la tachycardie ventriculaire (TV) sans pouls, et pour envoyer des décharges électriques au cœur. Si l'appareil reconnaît une FV ou une TV chez

une victime, il se chargera et indiquera que l'envoi d'une décharge électrique est conseillé.

L'objectif de cette décharge est de corriger la perturbation électrique anormale et de rétablir le rythme cardiaque.

Il est important de garder à l'esprit qu'un DEA envoie uniquement une décharge s'il détecte une FV ou une TV. Vous ne pouvez pas envoyer une décharge électrique en cas de rythme cardiaque normal, et l'appareil ne fonctionnera pas lorsqu'une décharge n'est pas requise, par exemple lors d'un arrêt cardiaque (asystole) ou d'une activité électrique sans pouls.

Le temps est un facteur essentiel qui détermine les chances de survie en cas d'arrêt cardiaque : le cœur demeure en fibrillation pendant une courte durée seulement avant que toute activité électrique ne cesse. Une défibrillation doit être effectuée le plus rapidement possible pour être la plus efficace possible. La RCR permet au sang oxygéné de circuler jusqu'au cerveau et au cœur de demeurer en TV ou en FV (les seules arythmies cardiaques décelées par un DEA) plus longtemps. La RCR prodiguée à la victime permet de gagner du temps jusqu'à ce que le DEA soit fonctionnel et prêt à envoyer une décharge électrique.



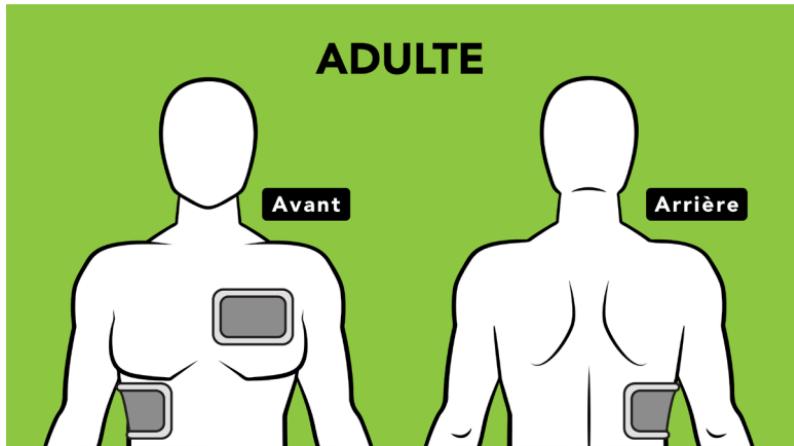
Utiliser un DEA chez une victime d'âge adulte

Pour utiliser un DEA chez une victime d'âge adulte, suivez les étapes suivantes :

1. Mettez en marche le DEA.
2. Suivez les instructions vocales.

Ces instructions vocales vous demanderont d'effectuer les étapes suivantes :

- Dégagiez la poitrine de la victime et placez-y les électrodes. Les électrodes doivent être appliquées directement sur sa peau; vous devez donc retirer toute quantité excessive de sueur, d'eau ou de poils avant de procéder.

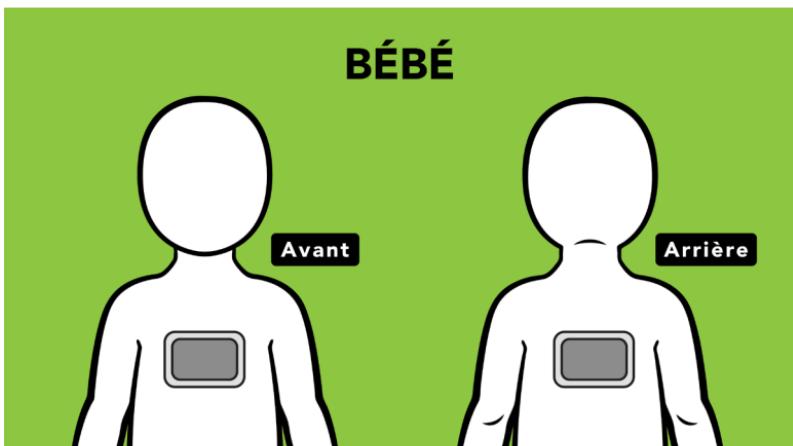


- Reculez (et faites éloigner toute autre personne).
- Appuyez sur le bouton de décharge ou continuez la RCR, selon les instructions émises par l'appareil.

Continuez la RCR et écoutez les instructions supplémentaires émises par le DEA.

Utiliser un DEA chez un(e) enfant ou un nourrisson

Il est possible d'utiliser un DEA sur un(e) enfant ou un nourrisson. Vous pourriez devoir utiliser un DEA doté d'électrodes pédiatriques et suivre les instructions figurant sur les électrodes.



La plupart des DEA sont dotés d'électrodes convenant à des victimes d'âge adulte. Si un DEA n'est pas doté d'électrodes spécialement conçues pour les enfants, vous pouvez utiliser les électrodes pour adultes : placez-en une sur la poitrine de l'enfant ou du nourrisson, et l'autre sur son dos.

Défibrillation — Considérations et circonstances spéciales

Prenez en compte les considérations et circonstances suivantes concernant la défibrillation :

Victimes enceintes : vous pouvez utiliser un DEA pour les victimes enceintes, peu importe le stade de la grossesse.

Stimulateurs cardiaques ou défibrillateurs implantés : les électrodes d'un défibrillateur ne doivent pas être placées directement par-dessus un stimulateur cardiaque, mais à une distance d'environ 2,5 cm (un pouce) de celui-ci. Vérifiez la présence de cicatrices ou de bosses sur la poitrine indiquant l'implantation de tels appareils.

Médicaments sous forme de timbres : certaines victimes portent un timbre contenant des médicaments comme de la nitroglycérine pour traiter les angines de poitrine. Si le timbre gêne la mise en place des électrodes, retirez-le délicatement avec des gants et essuyez la zone.

Environnement mouillé : les DEA peuvent être utilisés dans des endroits mouillés. Essuyez la poitrine pour assurer un bon contact des électrodes. Déplacez la victime vers un endroit sec si possible. Évitez d'utiliser le DEA si vous ou la victime êtes immergé(e)s dans de l'eau. En général, si le fait de taper votre pied au sol ne produit pas d'éclaboussures, le DEA peut être utilisé en toute sécurité.

Surfaces métalliques : lorsque la victime se trouve sur une surface métallique, il est tout à fait sécuritaire d'utiliser un DEA. Vous pouvez étendre une couverture sur la surface métallique si cela vous inquiète.

Bijoux et piercings : évitez de placer les électrodes sur des piercings, des bijoux ou tout autre élément susceptible d'empêcher les électrodes d'entrer directement en contact avec la peau. Les électrodes du DEA doivent être positionnées à plat contre la peau.

Environnement : assurez-vous que l'environnement dans lequel vous utilisez un DEA ne contient pas de gaz explosif.

05

Soins post-réanimation et transfert aux SMU

Si la défibrillation est un succès, la victime peut commencer à respirer par elle-même, mais demeurer sans réaction. Dans cette situation, placez la victime dans la position latérale de sécurité et surveillez ses voies respiratoires, sa respiration et sa circulation. Laissez les électrodes du DEA sur la poitrine de la victime. Le DEA continuera à surveiller le rythme cardiaque de la victime, et il sera facile de l'utiliser à nouveau au besoin.

Certaines informations sont importantes pour le personnel des services d'urgence, comme le moment de l'effondrement, le moment auquel la RCR a commencé, le moment auquel la première décharge a été donnée et le nombre de décharges. Donnez le plus de détails possibles et suivez les directives des membres du personnel médical à leur arrivée sur la scène.

Politiques et procédures en matière de DEA sur le lieu de travail

Les lois fédérales, provinciales et territoriales définissent les exigences déterminant si un lieu de travail doit disposer d'un DEA ainsi que des politiques nécessaires concernant son utilisation. Si aucune exigence n'est mentionnée dans les règlements concernés, un lieu de travail doit mettre en œuvre une politique sur les DEA décrivant les éléments suivants :

- Exigences de certification et de recertification
- Processus d'entretien et d'inspection
- Processus post-utilisation (téléchargement des informations, réapprovisionnement des électrodes et de la trousse de sauvetage, etc.)
- Remplacement des piles et des électrodes
- Remplacement d'une unité en fin de vie utile

Assurez-vous de savoir où se trouve le DEA sur votre lieu de travail afin de pouvoir le récupérer rapidement en cas d'urgence cardiovasculaire. Si vous êtes le (la) secouriste désigné(e) sur un lieu de travail, vous avez la responsabilité de vous assurer que le DEA est prêt à être utilisé en cas d'urgence. Vous enverrez chercher ou irez chercher un DEA lorsque vous traiterez une victime inconsciente, ayant des difficultés à respirer ou se plaignant de douleurs thoraciques.

Les indications pour l'utilisation d'un DEA sur le lieu de travail sont les mêmes que pour les autres urgences cardiovasculaires, et les cas particuliers doivent toujours être pris en compte (par exemple, si la victime porte un stimulateur cardiaque).

Si vous devez utiliser un DEA pour traiter une victime souffrant d'une urgence cardiovasculaire, assurez-vous de suivre les procédures de votre lieu de travail ou de votre province en matière de signalement et de documentation des incidents.

Dépannage et entretien des DEA

Il est important d'effectuer des inspections et des entretiens réguliers des DEA pour veiller à ce qu'ils soient fonctionnels lorsque vous en aurez besoin. Dans le cadre du processus d'inspection, évaluez et documentez les éléments suivants :

- La date de l'inspection pour suivre la fréquence des évaluations et le moment où les pièces de l'équipement sont remplacées.
- Les dates d'expiration de l'équipement du DEA, comme la pile et les électrodes de défibrillation.
- L'apparence des électrodes de défibrillation (adultes et enfants). S'ils semblent usés ou endommagés, ils doivent être remplacés.
- Le fonctionnement général du DEA, tel que son alimentation, la présence de la trousse de secours et son contenu, ainsi que le fait que les voyants lumineux soient verts.

Si vous effectuez une inspection des DEA sur votre lieu de travail, assurez-vous de suivre les directives et procédures du fabricant décrites dans le programme d'inspection des DEA de votre lieu de travail.

La plupart des DEA effectuent une vérification autonome et quotidienne de leur système et vous indiquent lorsqu'ils sont prêts à être utilisés. Parfois, l'appareil affichera un message demandant de vérifier les électrodes. Le cas échéant, vérifiez la connexion entre les fils et les électrodes et entre les fils et la machine ainsi que l'adhérence des électrodes sur la poitrine de la victime. L'appareil vous informera également si un mouvement est détecté ou si les piles sont faibles.

Les DEA sont vendus avec un manuel d'instructions qui contient des renseignements détaillés sur le dépannage de l'appareil. Respectez toujours les listes de vérification et les directives suggérées par le fabricant pour les inspections et l'entretien.

ÉTAT DE CHOC

Un état de choc est un problème de circulation qui empêche les tissus du corps de recevoir suffisamment de sang oxygéné.

Ce trouble est dangereux, car toute blessure physique ou maladie peut être accompagnée d'un choc qui peut se transformer en affection potentiellement mortelle. La douleur, l'anxiété et la peur ne causent pas un état de choc, mais elles peuvent l'aggraver ou accélérer son aggravation. C'est la raison pour laquelle il est important de rassurer la victime et de la mettre à l'aise. Il ne faut pas confondre un choc médical avec un état de choc électrique, ou encore avec le fait d'être surpris et choqué. Un choc médical peut être mortel, car il empêche le cerveau et d'autres organes de fonctionner adéquatement.

Les tableaux suivants indiquent les types, les causes, les signes et les symptômes d'un choc. Un état de choc grave peut également survenir après une urgence médicale liée notamment au diabète, à l'épilepsie, à une infection, à une intoxication ou à une intoxication aux drogues.

Types de chocs et leurs causes

Cause	Effet
-------	-------

Choc hypovolémique

Hémorragie grave, interne ou externe (y compris les fractures graves)

Perte d'une quantité suffisante de sang ou de liquide, de sorte que la circulation sanguine dans le corps est insuffisante pour remplir les vaisseaux sanguins.

05

Écrasements d'une partie du corps	Perte de sang et de plasma sanguin dans les tissus. Volume de sang insuffisant pour remplir les vaisseaux sanguins.
Brûlures graves	Perte de plasma sanguin (liquide) dans les tissus. Volume de sang insuffisant pour remplir les vaisseaux sanguins.

Choc cardiogène

Crise ou insuffisance cardiaque	Cœur trop faible pour pomper efficacement le sang dans le corps.
---------------------------------	--

Choc spinal

Lésions médullaires ou nerveuses	Cerveau incapable de contrôler la taille des vaisseaux sanguins. Le sang ne se rend pas adéquatement aux tissus.
----------------------------------	--

Choc anaphylactique

Réactions allergiques sévères	Anaphylaxie pouvant entraîner l'enflure des tissus et une insuffisance respiratoire.
-------------------------------	--

Signes et symptômes d'un choc

Signes	Symptômes
Peau terne. Apparence pâle pour les teints plus pâles et apparence grise pour les teints plus foncés.	Agitation

Lèvres, langue, lobes d'oreilles et ongles bleus ou violetts.	Anxiété
Peau froide et moite.	Désorientation
Respiration superficielle et irrégulière. La victime peut éprouver de la difficulté à respirer ou être à bout de souffle.	Confusion
Changements du niveau de conscience.	Peur
Pouls faible, rapide. Le pouls radial peut être absent.	Étourdissement

Premiers soins en cas d'état de choc

Pour atténuer un état de choc, suivez les étapes suivantes :

1. Prodiguez des premiers soins pour la blessure ou la maladie qui a causé l'état de choc. Rassurez la victime souvent.
2. Minimisez la douleur en manipulant doucement la victime.
3. Desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.

4. Gardez la victime au chaud, mais ne la surchauffez pas. Utilisez des vestes, des manteaux ou des couvertures si vous en avez.
5. Humectez ses lèvres si la victime indique qu'elle a soif. Ne lui donnez rien à boire ou à manger.
6. Placez la victime dans la meilleure position étant donné son état.
7. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'au transfert.

05

Cette procédure peut prévenir l'aggravation de l'état de choc. Lorsque cela est possible, ajoutez ces mesures aux premiers soins que vous prodiguez.

Positionner une victime en état de choc

Placer la victime dans la bonne position peut la mettre plus à l'aise et ralentir l'aggravation de l'état de choc.

La position idéale dépend de l'état de la victime. Celle-ci doit être aussi à l'aise que possible dans cette nouvelle position.

Si vous ne soupçonnez pas une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale et que la victime est complètement consciente

Placez la victime sur le dos, si ses blessures le permettent. Une fois que la victime est dans une bonne position, recouvrez-la pour préserver sa chaleur corporelle, en vous assurant toutefois qu'elle n'a pas trop chaud.

Si vous ne soupçonnez pas une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale et que la victime n'est pas complètement consciente

Placez la victime dans la position latérale de sécurité. En cas de niveau de conscience diminué, vérifiez ses voies respiratoires et sa respiration en priorité. Placer la victime dans la position latérale de sécurité permet d'assurer que ses voies respiratoires sont ouvertes.

Si une victime consciente est en situation d'urgence respiratoire ou souffre de douleurs à la poitrine

Si une victime consciente éprouve des douleurs à la poitrine ou des difficultés respiratoires, aidez-la à adopter une position semi-assise ou toute autre position qui lui permet de respirer plus facilement.

Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale

Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, stabilisez et soutenez la victime dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée. Ainsi, vous préviendrez l'aggravation de sa blessure à la tête ou à la colonne vertébrale. Surveillez attentivement les voies respiratoires, la respiration et la circulation de la victime.

Soyez conscient(e) des blessures de la victime

Les blessures d'une victime pourraient l'empêcher d'adopter une position idéale. Continuez de soutenir sa tête et son cou et, au besoin, utilisez la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton pour ouvrir ses voies respiratoires. Pensez toujours au confort de la victime avant de la placer dans toute position.

CONSCIENCE

La conscience fait référence au degré de conscience qu'une personne a d'elle-même et de l'environnement dans lequel elle se trouve. Il existe différents niveaux de conscience, allant d'un état complètement conscient à un état complètement inconscient (ou sans réaction).

De nombreuses blessures et maladies peuvent entraîner un changement du niveau de conscience d'une victime, notamment :

- Urgence respiratoire
- Crise cardiaque
- Blessure à la tête
- Empoisonnement
- État de choc
- Abus d'alcool ou de drogues
- Problème de santé (épilepsie, diabète, etc.)

05

Si une victime semi-consciente ou inconsciente est allongée sur le dos, il s'agit d'une urgence respiratoire, car sa langue pourrait retomber au fond de sa gorge et bloquer ses voies respiratoires. Il est aussi possible qu'elle s'étouffe en raison d'une accumulation de salive et d'autres fluides au fond de sa gorge.

Une perte de conscience progressive signifie que l'état de la victime s'aggrave. Surveillez toujours le niveau de conscience d'une victime et notez tout changement d'état. Les secouristes peuvent utiliser la mnémotechnique AVPU (victime consciente, victime qui répond aux stimuli verbaux, victime qui réagit aux stimuli douloureux et victime sans réaction) pour évaluer et décrire les niveaux de conscience.

Un niveau de conscience diminué indique toujours une situation d'urgence. La victime peut rapidement perdre conscience, ce qui représente alors une situation d'urgence respiratoire. Demandez une aide médicale pour toute victime qui n'est pas entièrement consciente.

Premiers soins en cas d'inconscience

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'inconscience, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.appelez ou demandez à quelqu'un d'appeler le 9-1-1 dès que vous déterminez que la victime est inconsciente.
2. Faites un examen primaire.
3. Effectuez un examen secondaire, au besoin.
4. Placez la victime dans la position latérale de sécurité, si ses blessures le permettent.
5. Continuez à prodiguer des soins.

Si la victime doit être allongée sur le dos en raison de ses blessures, surveillez continuellement sa respiration. Au besoin, gardez ses voies respiratoires dégagées. Assurez-vous toujours que les voies respiratoires sont ouvertes.

Desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille et continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'au transfert. Notez tout changement du niveau de conscience et le moment auquel il survient.

ÉVANOUISSLEMENT

L'évanouissement est une perte de conscience temporaire causée par un manque de sang oxygéné dans le cerveau. Les causes courantes de l'évanouissement comprennent :

- Peur ou anxiété
- Manque d'air frais
- Douleur intense, blessure ou maladie
- Vue du sang
- Problème médical sous-jacent
- Fatigue ou faim
- Longues périodes passées en position debout ou assise
- Chaleur intense

Une personne qui s'est évanouie est inconsciente. Placez-la dans la position latérale de sécurité pour protéger les voies respiratoires et prévenir un étouffement potentiel. Placez la victime dans une position confortable jusqu'à ce qu'elle reprenne conscience.

Premiers soins en cas d'évanouissement

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'évanouissement, suivez les étapes suivantes :

1. Assurez-vous que la victime peut respirer de l'air frais et desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.
2. Assurez-vous que la victime est à l'aise lorsqu'elle reprend conscience, puis demandez-lui de rester allongée pendant 10 à 15 minutes. Continuez à surveiller sa respiration et son niveau de conscience.

Ne présumez pas que la personne a « simplement perdu conscience », à moins qu'elle se rétablisse très rapidement. Si elle ne se rétablit pas rapidement ou complètement,appelez le 9-1-1 et restez à ses côtés jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne le relais.

Se sentir faible ou avoir une sensation « d'évanouissement imminent »

Parfois, certains signes vous indiqueront qu'une personne va perdre conscience. La personne présentera les symptômes suivants :

- Peau pâle
- Transpiration
- Malaise, nausée ou sentiment d'étourdissement ou d'instabilité

Premiers soins en cas de sensation d'évanouissement imminent

Pour prodiguer les premiers soins en cas de sensation d'évanouissement imminent, suivez les étapes suivantes :

1. Placez la victime sur son dos.
2. Assurez-vous que la victime peut respirer de l'air frais.
Ouvrez les fenêtres et les portes.
3. Desserrez des vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.
4. Restez avec la victime jusqu'à ce qu'elle se soit complètement rétablie.

Chapitre 06

Matériel de premiers soins

PANSEMENTS

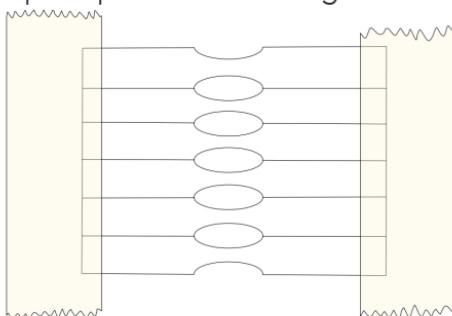
Un pansement est une couche protectrice placée sur une plaie pour aider à contrôler une hémorragie, à absorber le sang de la plaie et à prévenir davantage de contamination.

Un pansement doit être :

- Stérile ou le plus propre possible
- Suffisamment large pour couvrir la plaie
- Hautement absorbant
- Compressible, épais et doux
- Antiadhésif et non pelucheux pour réduire les risques d'adhérence à la plaie

Il existe des pansements de différentes tailles et conceptions. Les pansements couramment utilisés dans le cadre des premiers soins sont les suivants :

- **Pansements adhésifs** : pansements de gaze stériles préparés dotés de bandes adhésives.
- **Sutures cutanées** : bandes adhésives qui rapprochent les lèvres d'une plaie pour favoriser la guérison.



- **Pansements de gaze** : gaze stérile en sachet individuel ou en vrac.
- **Pansements compressifs** : larges pansements stériles faits de gaze et d'autres matériaux absorbants, habituellement fixés à un bandage en rouleau. Ils sont utilisés pour appliquer une pression sur une plaie saignant abondamment.

- **Pansements hémostatiques :** pansements compressifs imprégnés d'agents stimulant la coagulation utilisée pour arrêter les hémorragies graves. Ces pansements ne conviennent pas à tous les types de blessures. Veuillez prendre connaissance des protocoles locaux applicables pour obtenir de plus amples détails.

Pour l'application de pansements, suivez les **directives** suivantes :

- Prévenez les risques de nouvelle contamination.
- Étendez le pansement au-delà des lèvres de la plaie.
- Si le sang détrempe le pansement, laissez-le en place et couvrez-le avec d'autres pansements.
- Fixez le pansement en place avec du ruban adhésif ou des bandages.

Pansements de fortune

Lorsque vous n'avez pas de pansements commerciaux à votre disposition, vous pouvez improviser et en fabriquer un avec les matériaux que vous avez sous la main. Un pansement de fortune doit être :

- Propre et de préférence stérile
- Antiadhésif
- Non pelucheux
- Absorbant

Quelques exemples d'objets pouvant servir de pansements de fortune sont un vêtement en coton, des serviettes, des essuie-tout, des serviettes hygiéniques et des couches.

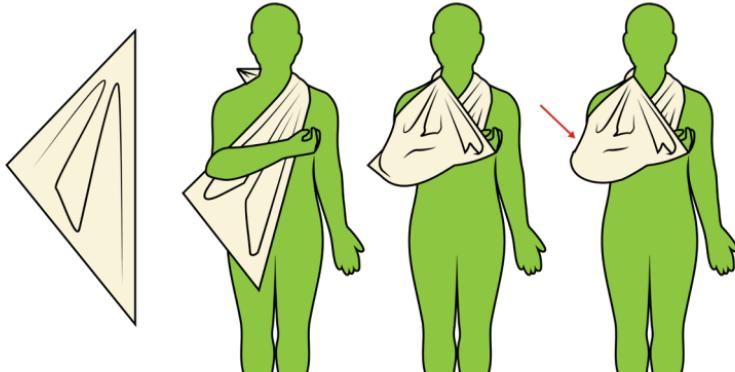
BANDAGES

Un bandage est un matériel qui est utilisé pour maintenir un pansement en place, maintenir de la pression sur une plaie, soutenir un membre ou une articulation, immobiliser des parties du corps ou fixer une attelle.

Lorsque vous utilisez des bandages, n'oubliez pas les consignes suivantes :

- Appliquez le bandage fermement pour veiller à contrôler l'hémorragie ou à immobiliser la région blessée.
- Vérifiez la circulation du sang au niveau de la blessure avant et après l'application d'un bandage; vous pourriez l'avoir trop serré, ou l'enflement d'un membre pourrait le rendre trop serré.

Bandage triangulaire



Un bandage triangulaire est un article polyvalent qu'il est utile d'inclure dans une trousse de premiers soins. Il peut être **complètement déplié** pour servir d'écharpe ou pour maintenir un grand pansement en place. Il peut être plié de sorte à former un **bandage large** ou **étroit** pour fixer une attelle, appliquer une pression ou immobiliser une partie du corps.

Bandages larges et étroits

Un bandage large est utilisé pour appliquer une pression sur une grande zone et pour immobiliser une partie du corps.

Pour former un bandage large :

1. Pliez la pointe vers le milieu de la base du triangle et faites-la dépasser légèrement de la base.



2. Pliez le bandage en deux en rabattant la moitié supérieure sur la moitié inférieure.

Un bandage étroit est idéal pour fixer des attelles et des pansements, car il permet d'appliquer une pression plus ciblée.

Pour former un bandage étroit, pliez un bandage large en deux une autre fois en rabattant la moitié supérieure sur la moitié inférieure.



Nœud plat

Le nœud plat est le nœud idéal et recommandé pour attacher des bandages et des écharpes. Sa forme plate le rend plus confortable que d'autres types de nœuds; il ne glisse pas et est facile à défaire pour ajuster le bandage.

Pour attacher un nœud plat, suivez les étapes suivantes :

1. Prenez une extrémité du bandage dans chaque main.
2. Placez l'extrémité dans votre main droite par-dessus celle dans votre main gauche, puis passez-la sous celle-ci pour former un demi-nœud. Vous changerez alors les extrémités de main.
3. Placez l'extrémité qui se trouve maintenant dans votre main gauche par-dessus celle dans votre main droite, puis passez-la sous celle-ci pour former un autre demi-nœud. Le nœud final ressemblera à deux boucles entrelacées.
4. Serrez-le en tirant une boucle vers l'autre ou en tirant sur les extrémités des boucles.
5. Placez le nœud de sorte qu'il n'appuie pas sur la peau ou sur un os pour ne pas causer d'inconfort, surtout sur la zone d'une fracture ou autour du cou, dans le cas d'une écharpe.
6. Si le nœud cause un inconfort à la personne, placez un matériau doux sous celui-ci, comme des compresses coussinées.

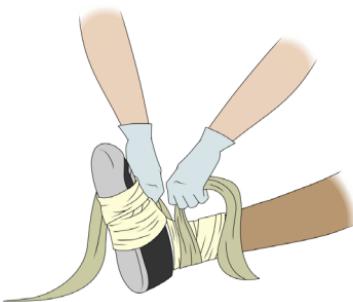


Nœud en forme de 8

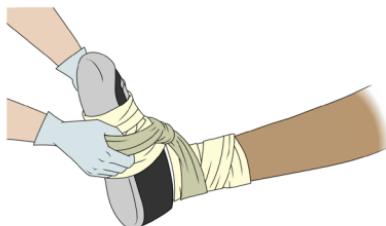
Un nœud en forme de 8 peut être utilisé autour des chevilles et des pieds, notamment pour fixer une attelle ou pour soutenir une cheville blessée.

Pour attacher un nœud en forme de 8, suivez les étapes suivantes :

1. Placez le milieu d'un bandage triangulaire étroit ou large sous la cheville (ou sous les deux chevilles si vous souhaitez les attacher ensemble).



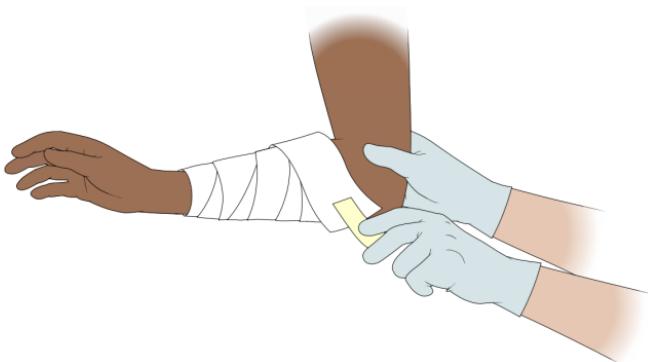
2. Croisez les extrémités au-dessus de la cheville, puis attachez-les sous le pied.



Bandage en rouleau

Les bandages en rouleau sont habituellement faits d'un matériau élastique semblable à une gaze et sont utilisés pour maintenir un pansement en place ou fixer une attelle.

Pour mettre un bandage en rouleau en place, enroulez-le simplement autour du membre blessé. Commencez de à l'extrémité la plus étroite du membre. Fixez le bandage en effectuant quelques tours au même endroit, puis continuez à l'enrouler autour du membre en superposant chaque fois le matériau d'un quart à un tiers de la largeur du bandage. À l'autre extrémité du membre, enroulez le bandage deux ou trois fois sur toute sa largeur, puis fixez-le à l'aide d'une épingle de sûreté ou de ruban adhésif ou en coupant et en attachant le bandage comme le montre l'illustration. Vérifiez toujours la circulation du sang au niveau de la plaie avant et après l'application d'un bandage; vous pourriez l'avoir trop serré, ou l'enfllement d'un membre pourrait le rendre trop serré.



ÉCHARPES

Il est facile de faire une écharpe de fortune avec un foulard, une ceinture, une cravate ou d'autres articles pouvant s'attacher autour du cou de la victime. Vous pouvez également soutenir le bras d'une victime en plaçant sa main à l'intérieur d'un manteau boutonné ou en fixant la manche d'un chandail ou d'un manteau au vêtement dans le bon angle.

Une **écharpe pour bras** est utilisée pour soutenir un bras et le garder élevé en cas de blessure au niveau de la partie inférieure du bras, du poignet ou de la main. Une **écharpe tubulaire** est utilisée pour transférer le poids du bras à l'épaule opposée et pour garder la main élevée.

Une **écharpe autour du cou et du poignet** soutient le poids d'un bras lorsque l'état de l'épaule d'une victime ne lui permet pas de bouger son bras. Le cou de la personne soutient le poids de son bras au lieu de l'épaule du bras blessé.

Mettez en place une écharpe pour bras

Pour mettre en place une écharpe pour bras, suivez les étapes suivantes :

1. Demandez à la victime de soutenir l'avant-bras de son bras blessé à l'horizontale devant elle.
2. Placez un bandage triangulaire ouvert entre son avant-bras et sa poitrine de sorte que la pointe supérieure du triangle soutienne son coude.
3. Tandis que la victime soutient toujours son bras blessé, passez les deux autres pointes du bandage par-dessus sa main et son avant-bras, puis attachez-les à l'arrière de son cou, du côté du bras blessé.



4. Attachez l'écharpe du côté blessé avec un nœud plat placé dans le creux situé au-dessus de la clavicule.
5. Placez un coussinet sous le nœud pour plus de confort.
6. Au niveau du coude, entortillez la pointe supérieure du triangle en « tire-bouchon », puis insérez-la à l'intérieur de l'écharpe.
7. Ajustez l'écharpe au besoin pour pouvoir accéder aux doigts et vérifier la circulation.



Mettre en place une écharpe tubulaire

06

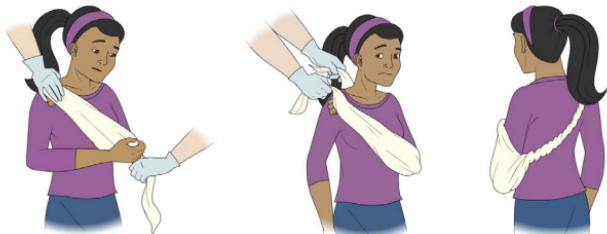
Pour mettre en place une écharpe tubulaire, suivez les étapes suivantes :

1. Soutenez l'avant-bras du côté blessé en le plaçant en diagonale sur la poitrine, les doigts pointés vers l'épaule opposée.
2. Placez un bandage triangulaire ouvert par-dessus l'avant-bras, la base du triangle orientée vers le bas et le long de l'avant-bras, environ 10 cm (3 po) sous le bras. La pointe du triangle doit dépasser du bras blessé.



3. Glissez la base du bandage sous la main, l'avant-bras et le coude, puis insérez la base du bandage sous le bras blessé de sorte à former une poche qui s'étend sur toute la longueur du bras.
4. Torsadez le bandage au niveau du coude vers l'arrière.

- 06
5. Passez l'extrémité inférieure dans le dos, entre les omoplates, puis par-dessus l'épaule du côté indemne. Vous fermerez ainsi la poche au niveau du coude.
 6. Ajustez délicatement la hauteur du bras alors que vous attachez les extrémités du bandage; placez le nœud dans le creux au-dessus de la clavicule.
 7. Placez des compresses coussinées sous le nœud, si possible. Attachez l'écharpe suffisamment serrée pour soutenir le poids du bras blessé.



Mettre en place une écharpe autour du cou et du poignet

Pour mettre en place une écharpe autour du cou et du poignet, suivez les étapes suivantes :

1. Pliez un bandage triangulaire de sorte à former un bandage étroit.
2. Centrez le bandage sous le poignet, puis croisez les deux extrémités au-dessus du poignet pour former un demi-nœud.
3. Passez les extrémités du bandage autour du cou de la victime, puis serrez le nœud.

ATTELLES

Les attelles sont un outil très important pour soigner les blessures musculaires et osseuses. Une bonne attelle peut prévenir d'autres blessures en empêchant les os fracturés de bouger inutilement, favoriser le rétablissement et réduire la douleur. Toutes les attelles doivent être rigides et bien rembourrées. Bien qu'une attelle ne doive jamais être douloureuse une fois mise en place, elle n'est pas toujours confortable, en particulier lorsqu'elle est portée pendant de longues périodes.

06

Il existe des attelles commerciales, de fortune ou anatomiques (utilisant une autre partie du corps).



Les **attelles commerciales** sont faites en bois, en métal souple recouvert de mousse ou en plastique ondulé. Elles sont de différentes tailles et peuvent comprendre des instructions sur la façon de modifier leur forme pour convenir à des blessures précises.

Une **attelle de fortune** est formée avec les matériaux se trouvant à portée de main sur le lieu d'une urgence. Ce type d'attelle peut être formé avec des morceaux de bois, du carton, des livres et des magazines, des oreillers, des règles et des cintres.

Une bonne attelle est :

- Suffisamment rigide pour soutenir le membre blessé
- Bien rembourrée pour offrir soutien et confort
- Suffisamment longue pour immobiliser complètement l'articulation ou l'os blessé au-dessus et en dessous de la blessure
- Légère pour ne pas être inconfortable

Une **attelle anatomique** s'appuie sur une autre partie du corps pour soutenir un membre. Les doigts, les épaules, la partie supérieure du bras et le haut de la cuisse sont souvent immobilisés au moyen d'attelles anatomiques, car il est difficile de placer une attelle rigide sur ces parties du corps.

Autres matériaux requis pour former une attelle

En plus de l'attelle elle-même, il est nécessaire de préparer des compresses coussinées et des bandages pour fixer adéquatement une attelle à une partie du corps.

Les **compresses coussinées** offrent les avantages suivants :

- Elles remplissent les creux naturellement formés entre le corps et l'attelle pour garantir que le membre blessé est soutenu adéquatement.
- Elles rendent l'attelle plus confortable.

Placez toujours des compresses coussinées entre une attelle et le membre blessé, ainsi qu'entre deux parties du corps qui seront attachées ensemble au moyen d'un bandage.

Lorsque vous utilisez des **bandages**, n'oubliez pas les consignes suivantes :

- Assurez-vous qu'ils sont suffisamment larges pour offrir un soutien solide sans toutefois être inconfortables.
- Placez-les dans les creux naturels du corps. Cela peut être, par exemple, entre le coude et le flanc, sous un genou, dans le bas du dos ou dans le creux derrière les chevilles.
- Serrez-les suffisamment pour prévenir tout mouvement, mais ne coupez pas la circulation. Vérifiez la circulation sous les bandages toutes les 15 minutes.

Chapitre 07

Soins des plaies majeures

HÉMORRAGIE EXTERNE GRAVE

Une hémorragie externe grave est un écoulement de sang hors des vaisseaux sanguins. Dans le cas d'une hémorragie externe, le sang s'échappe du corps par une blessure externe. Dans le cas d'une hémorragie interne, le sang s'échappe des tissus à l'intérieur du corps.

Dans le cas d'une *hémorragie artérielle*, le sang est rouge vif et gicle à chaque battement de cœur.



07

Dans le cas d'une *hémorragie veineuse*, le sang est rouge foncé et coule plus régulièrement.

Une grave perte de sang entraînera les signes et les symptômes suivants d'un choc :

- Peau froide, moite et sans couleur
- Pouls rapide qui devient graduellement plus faible
- Faiblesse, étourdissements, soif et nausées
- Agitation et appréhension
- Respiration superficielle, bâillements, soupirs ou halètement

Premiers soins en cas d'hémorragie externe grave

Lorsque vous traitez une plaie qui saigne, vérifiez la circulation avant et après avoir bander la blessure.

Pour vérifier la circulation sanguine, suivez les étapes suivantes :

1. Vérifiez la température de la peau au-dessous de la blessure.
2. Appuyez sur un ongle de la main ou du pied jusqu'à ce le lit de l'ongle devienne blanc. Relâchez la pression et notez la rapidité avec laquelle la couleur revient. Si vous n'êtes pas en mesure d'accéder aux ongles facilement, vous pouvez utiliser cette technique sur n'importe quelle autre partie du corps.

07

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'hémorragie externe grave, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux, puis un examen primaire.
2. Pour maîtriser une hémorragie grave, appliquez une pression directe sur la plaie.
3. Placez la victime au repos.
4. Une fois l'hémorragie maîtrisée, continuez l'examen primaire afin de vérifier si la victime présente toute autre blessure potentiellement mortelle.
5. Avant de bander la plaie, vérifiez la circulation sanguine au-dessous de la blessure.
6. Bandez le pansement.
7. Vérifiez la circulation sanguine sous la blessure et comparez-la à celle de l'autre côté. Si elle est pire qu'avant le bandage de la blessure, desserrez le bandage juste assez pour améliorer la circulation sanguine si possible.
8. Continuez à prodiguer des soins à la victime.



Si les pansements sont imbibés de sang, ne les retirez pas. Ajoutez-en d'autres et maintenez la pression. Le retrait des pansements imbibés de sang peut perturber la coagulation du sang et exposer la plaie à des risques de contamination.

Garrots

Un garrot est un dispositif conçu pour stopper le saignement en comprimant une artère ou une veine contre l'os d'un membre. Souvent qualifié d'outil de dernier recours, le garrot a fait l'objet d'expériences et de recherches menées en Afghanistan et en Irak afin de démontrer ses avantages pour sauver des vies dans des cas de saignement traumatique.

Quand utiliser un garrot

Le garrot est un outil dont l'utilisation dépend de la situation et des blessures de la victime.

Il y a deux situations où un garrot est presque toujours nécessaire :

- Amputations graves dans le cadre desquelles la blessure n'est pas nette et il n'est pas possible de maîtriser l'hémorragie en exerçant une pression directe. Amputations causées par un cisaillement (comme dans le cas d'un accident automobile) ou une explosion, ou toute autre amputation entraînant une mutilation.
- Blessures par balle qui touchent les principaux vaisseaux sanguins en profondeur dans le membre. On les reconnaît au giclement de sang clair ou à l'écoulement rapide de sang foncé.



07

Il existe différents types de garrots. Cependant, le plus courant est le garrot de guindeau. *Le garrot de guindeau* se compose d'une bande, d'une tige (le guindeau) et d'une attache.

Quand ne pas utiliser un garrot

Il ne faut pas utiliser de garrot dans les situations suivantes :

- **Blessures mineures** — Il faut les traiter en appliquant une pression directe et en plaçant la victime au repos. L'application d'un garrot n'offre pas d'avantage supplémentaire par rapport aux méthodes traditionnelles de maîtrise des hémorragies et augmente le risque de dommages aux tissus corporels et de perte de membre.
- **Amputations non graves** qui résultent d'une coupe relativement nette (par exemple, causée par une scie). Dans le cas d'une telle amputation, on peut habituellement maîtriser l'hémorragie en appliquant une pression directe sur l'extrémité du membre blessé. Toutefois, si la pression directe ne fonctionne pas, on peut utiliser un garrot.
- **Les petites blessures par balle**, comme celles causées par une balle de petit calibre, ont tendance à moins saigner; dans bien des cas, on peut maîtriser l'hémorragie en appliquant une pression directe.

Application d'un garrot de guindeau

Étant donné qu'un garrot coupe toute circulation sanguine au-dessous de l'endroit où il est appliqué, il y a un risque que les tissus corporels situés au-dessous du garrot meurent. Les garrots doivent être placés aussi près que possible de la plaie. Dans la mesure du possible, le garrot doit être placé sur l'os inférieur ou mi-long (fémur ou humérus). L'exception à la règle concerne les amputations, pour lesquelles le garrot doit être placé de 5 à 7,5 cm (de 2 à 3 pouces) au-dessus de la blessure. S'assurer de ne pas placer un garrot au niveau d'une articulation et jamais par-dessus un objet logé.

Pour appliquer un garrot de guindeau, suivez les étapes suivantes :

1. Enroulez la bande autour du membre et faites-la passer dans le garrot.
2. Fixez la bande de manière à ce qu'elle soit bien serrée contre la peau — vous ne devez pas être en mesure de passer deux doigts sous la bande.



3. Tournez le guindeau jusqu'à ce qu'il soit assez serré pour arrêter l'hémorragie.

07



4. Fixez le guindeau.
5. Notez l'heure à laquelle le garrot a été appliqué.

Les garrots ne sont pas confortables. La victime se plaindra probablement que son garrot lui fait mal s'il est appliqué correctement.

Une fois le garrot en place, vous ne devriez le desserrer que si vous avez reçu une formation adéquate et que vous vous trouvez dans une situation de soins prolongés.

Complications liées à l'utilisation des garrots

L'utilisation d'un garrot peut entraîner la mort de tissus corporels. Les victimes à qui l'on a posé un garrot ont besoin de soins médicaux le plus rapidement possible.

Il est possible qu'un garrot seul ne suffise pas à arrêter l'hémorragie. Dans une telle situation, il faut appliquer un deuxième garrot 5 cm au-dessus du premier.

Utilisation d'un garrot improvisé

En règle générale, l'utilisation d'un garrot improvisé *n'est pas recommandée*. Idéalement, il faut utiliser un garrot commercial afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Cependant, dans les cas où un garrot commercial n'est pas disponible, et parce que les premiers soins consistent à prodiguer des soins au mieux de vos capacités avec du matériel facilement accessible, vous pouvez créer un garrot improvisé avec le matériel à votre disposition.

Pour la création d'un garrot improvisé, il vous faudra une **bande** et un **guindeau**.

- **Bandes** : les bandages étroits fonctionnent bien, de même que tout morceau de tissu raisonnablement étroit (environ 7,5 cm ou 3 po de large) et pouvant être facilement tordu.
- **Guindeau** : utilisez une tige robuste qui ne se pliera pas et ne se brisera pas sous la pression. Elle doit mesurer environ 15 cm ou 6 po de long.

Il vous faudra un deuxième bandage pour fixer les extrémités du guindeau une fois le garrot serré.

Vous ne devriez utiliser un garrot improvisé que si le délai entre la pose et les soins à l'hôpital est court, car le risque d'endommager les tissus corporels est fortement accru lors de l'utilisation d'un garrot improvisé.

Remarque : Les articles tels que les ceintures ne font pas de bons garrots, car on ne peut pas les serrer suffisamment pour maîtriser l'hémorragie. De même, l'utilisation d'une serviette ou d'un t-shirt n'est pas la meilleure approche pour maîtriser l'hémorragie, mais vous pouvez avoir recours à cette méthode en dernier recours. Tout garrot improvisé sera remplacé par un matériel plus approprié à l'arrivée des ambulancier(-ière)s paramédics.

Pansements hémostatiques

Les pansements hémostatiques constituent une autre option pour maîtriser les hémorragies. Ces pansements sont imprégnés d'agents conçus pour faciliter et accélérer la coagulation du sang. Les blessures pour lesquelles on peut envisager d'utiliser un garrot sont également propices à l'utilisation d'un pansement hémostatique. Ce type de pansement peut aussi convenir aux hémorragies graves au centre du corps (où il n'est pas possible d'utiliser un garrot).

On applique les pansements hémostatiques de la même manière qu'on applique les pansements compressifs.

HÉMORRAGIE INTERNE GRAVE

Les hémorragies *internes graves* sont le résultat d'une blessure qui provoque un saignement sans percer la peau. La forme la plus simple et la plus courante d'hémorragie interne se traduit par une ecchymose (par exemple lorsqu'une personne se cogne à une table). Les cas plus graves d'hémorragie interne nécessitent des soins médicaux immédiats, puisqu'on ne peut pas maîtriser le saignement facilement. Ces blessures requièrent généralement une intervention chirurgicale.

Il faut soupçonner des hémorragies internes graves dans les cas suivants :

- La victime subit un coup violent ou une blessure pénétrante à la poitrine, au cou, à l'abdomen ou à l'aine.
- La victime subit une fracture majeure aux membres, comme une fracture de la partie supérieure d'une de ses jambes ou une fracture du bassin.
- La victime subit un impact ou une chute qui entraîne un risque de blessure à la tête ou à la colonne vertébrale.

Signes et symptômes des hémorragies internes graves

Les signes et symptômes d'une hémorragie interne grave sont les suivants :

- Saignement du canal de l'oreille ou du nez
- Œil injecté de sang ou œil au beurre noir (hémorragie à l'intérieur de la tête)
- Grande zone d'ecchymoses et de gonflement
- Expectorations de sang rouge vif et écumeux (hémorragie dans les poumons)
- Vomissures rouge vif ou sang brunâtre qui ressemblent à des grains de café

- Sang dans les selles; selles de couleur rouge ou noire et d'apparence goudronneuse
- Sang rouge ou brunâtre dans l'urine
- Signes d'un état de choc sans signe d'une blessure externe

Premiers soins en cas d'hémorragie interne grave

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'hémorragie interne grave, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale ou allez chercher de l'aide médicale.
3. Faites un examen primaire.
4. Placez la victime de manière appropriée : placez-la sur le dos si elle réagit; placez-la en position latérale de sécurité si elle ne réagit pas; ou laissez-la dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée si vous soupçonnez qu'elle souffre d'une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime, et prodiguez-lui les premiers soins en cas de choc.

Il y a peu de choses que vous pouvez faire pour contrôler une hémorragie interne. Prodiguez les premiers soins pour minimiser le choc et demandez une aide médicale le plus rapidement possible.

Contusions

Les *contusions* (le terme médical pour désigner les ecchymoses) sont causées par une déchirure de petits vaisseaux sanguins et un saignement suivi d'une accumulation du sang écoulé dans une zone du corps. Comme il n'y a pas d'hémorragie externe à maîtriser, les secouristes ne sont pas en mesure de « traiter » les hémorragies internes, mais ils doivent comprendre qu'elles témoignent d'une blessure interne potentiellement grave.

Les contusions peuvent aller des lésions mineures aux tissus mous, telles que des entorses ou des foulures (lésions ligamentaires) accompagnées de gonflements, etc., aux lésions beaucoup plus dangereuses, comme des ecchymoses autour des yeux ou derrière les oreilles (fracture du crâne).

07

Pour le traitement d'une contusion majeure, il faut généralement que la victime consulte un(e) médecin, ou même qu'elle se rende au service des urgences d'un hôpital. Savoir reconnaître ce type de blessure est donc primordial. Lors des soins de suivi, il est important que le (la) secouriste tienne compte de la possibilité de contusions. Imaginons par exemple un employé qui glisse et tombe, mais dit qu'il ne s'est pas blessé. Il retourne donc au travail, mais plus tard, il retourne voir les secouristes et présente d'autres symptômes de commotion cérébrale, comme un mal de tête, des nausées ou une difficulté à se rappeler certaines choses. Si le (la) secouriste remarque des ecchymoses autour des yeux de la victime ou derrière ses oreilles, cela indique une blessure grave à la tête et au cou, et il faut immédiatement appeler le 9-1-1.

AMPUTATIONS

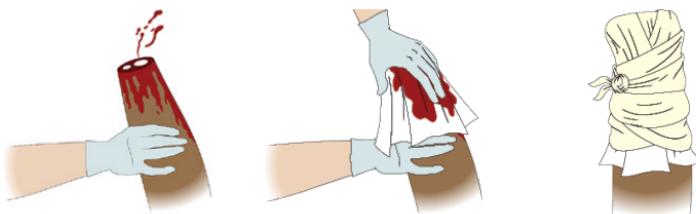
Une amputation est lorsqu'une partie du corps est partiellement ou complètement coupée. Vous devez contrôler l'hémorragie de la plaie, prendre soin du tissu amputé et demander une aide médicale.

Premiers soins en cas d'amputation complète

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'amputation complète, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux, puis un examen primaire.
2. Envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale.
3. Maîtrisez l'hémorragie en appliquant une pression directe sur la plaie.
4. Maintenez les pansements en place à l'aide d'un bandage.
5. Prenez soin de la partie amputée en l'enveloppant dans un pansement propre et humide (si de l'eau propre est disponible).

07



6. Placez le membre amputé dans un sac en plastique propre et étanche et scellez-le.

7. Placez ce sac dans un autre sac en plastique ou un récipient partiellement rempli de glace pilée.
8. Joignez une note indiquant la date et l'heure auxquelles cela a été effectué et assurez-vous que le sac reste avec la victime lorsqu'elle est transférée à l'équipe d'aide médicale.



07 Premiers soins en cas d'amputation partielle d'un doigt

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'amputation partielle d'un doigt, suivez les étapes suivantes :

1. Remettez en place la partie amputée et bandez-la.
2. Envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale et continuez à prodiguer des soins à la victime.
3. Fixez un bandage en rouleau au poignet, puis enroulez la main jusqu'à la partie amputée, en exerçant une pression sur le pansement.
4. Attachez le doigt partiellement amputé aux doigts adjacents pour le maintenir en place.
5. Terminez le bandage et attachez-le.
6. Songez à utiliser une écharpe tubulaire pour soutenir et éléver la main.

Les amputations partielles d'autres parties du corps peuvent être traitées de manière similaire. Utilisez une attelle rigide pour maintenir en place le membre partiellement amputé.

BLESSURES THORACIQUES

Les blessures thoraciques peuvent causer des problèmes respiratoires et nécessitent des soins médicaux immédiats. Elles comprennent les fractures de côte, un volet costal plus grave, des blessures pénétrantes et l'emprisonnement d'air dans la cavité thoracique, à l'extérieur des poumons.

Pneumothorax

Une blessure pénétrante à la poitrine peut entraîner un **pneumothorax**, c'est-à-dire un emprisonnement d'air dans la cavité thoracique, à l'extérieur des poumons. L'**hémothorax** est une affection similaire, mais c'est du sang qui est emprisonné dans la cavité thoracique et non de l'air. L'air peut être emprisonné en raison d'une ouverture dans la paroi thoracique ou d'une lésion aux poumons.

07

Les pneumothorax nécessitent une attention immédiate, car l'air emprisonné peut s'accumuler et exercer une pression sur les poumons. Si la pression est trop forte, les poumons risquent de s'affaisser. Un poumon affaissé entrave gravement la respiration et il peut être difficile de lui faire reprendre son volume par la suite.

La meilleure façon de prodiguer les premiers soins en cas de pneumothorax est d'empêcher l'accumulation d'air par une blessure pénétrante à la poitrine.

Premiers soins en cas de blessure pénétrante à la poitrine

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure pénétrante à la poitrine, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et appelez le 9-1-1.
2. Faites un examen primaire.



07

3. Si la blessure thoracique ouverte présente un saignement important, couvrez-la en appliquant votre main sur la plaie (de préférence une main gantée) ou en demandant à la victime ou à un(e) passant(e) d'appliquer sa main. S'il n'y a pas de saignement important, le (la) secouriste peut laisser la plaie exposée ou utiliser un pansement qui laisse passer l'air (non occlusif). Si le pansement devient saturé, il faut le changer.
4. Placez la victime dans la position qui facilite le plus sa respiration. En général, il s'agit d'une position semi-assise, la victime légèrement penchée sur le côté blessé. Cette position permet de maintenir le côté indemne de la poitrine vers le haut afin que la victime puisse l'utiliser le plus efficacement possible pour la respiration.
5. Ne scellez pas la plaie avec un pansement étanche, mais couvrez-la de façon à éviter toute nouvelle contamination. Si le pansement devient humide, remplacez-le par un pansement sec.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime et vérifiez souvent sa respiration.

Blessures par balle

Les blessures par balle sont des blessures pénétrantes qui nécessitent une attention immédiate. Les premiers soins pour une blessure par balle dépendent de la partie du corps où se trouve la blessure.

Premiers soins en cas de blessure par balle au corps

Les blessures par balle au corps présentent deux risques. Le premier est le dommage direct aux organes que la balle a touchés. Le deuxième est l'onde de pression qui accompagne toute blessure par balle. Cette onde se propage à partir de la trajectoire de la balle tandis qu'elle est ralentie par le corps, causant des lésions supplémentaires aux tissus environnants et aux organes creux.

1. Assurez votre propre sécurité sur les lieux de l'incident. En fonction de votre évaluation des risques, il se peut qu'il vous faille attendre une intervention professionnelle avant de pouvoir accéder aux lieux.
- 2.appelez le 9-1-1.
3. Suivez les étapes indiquées ci-dessus pour une blessure pénétrante à la poitrine.

07

Premiers soins en cas de blessure par balle aux extrémités

Une blessure par balle à une extrémité peut être superficielle ou potentiellement mortelle. En général, les blessures par balle dans le cadre desquelles la balle effleure la peau ou reste près de la surface sont douloureuses et entraînent un saignement abondant, mais elles ne mettent pas la vie de la victime en danger. Traitez la victime comme vous le feriez pour une blessure qui saigne.

Si une balle pénètre plus profondément dans une extrémité, en particulier dans la partie supérieure d'un bras ou d'une jambe, elle peut toucher une artère principale ou fracturer un os. Dans un tel cas, traitez la victime comme vous le feriez pour une hémorragie grave. Songez à utiliser un garrot pour les blessures par balle de la partie supérieure de la jambe. Une balle qui touche l'artère principale située à cet endroit peut provoquer une hémorragie mortelle très rapidement.

Volet costal

Un volet costal est une portion de la paroi thoracique désolidarisée du squelette par une ou plusieurs lignes de fractures costales. Le volet costal se déplace à l'opposé du reste de la poitrine lors de la respiration, ce qui cause de la douleur à la victime.

07

Les signes et symptômes d'un volet costal sont les suivants :

- Mouvement thoracique paradoxal
- Respiration très douloureuse; il est possible que la victime soutienne la zone blessée
- Ecchymoses à l'emplacement de la blessure

Premiers soins en cas de volet costal

Pour prodiguer les premiers soins en cas de volet costal, suivez les étapes suivantes :

1. Soutenez la tête et le cou de la victime et maintenez-les en place.
2. Faites un examen primaire. Si la victime se plaint d'une difficulté à respirer et d'une douleur à la poitrine, exposez et examinez la blessure.
3. Soutenez la zone blessée avec votre main — cela peut faciliter la respiration de la victime. Prodiguez les premiers soins en cas de respiration inadéquate, au besoin.

4. Maintenez le bras de la victime contre sa paroi thoracique à l'aide d'un bandage large pour prévenir tout mouvement du bras.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne la relève.

BLESSURES CAUSÉES PAR UNE EXPLOSION

Pour les Canadien(ne)s qui travaillent dans les secteurs de l'exploitation minière et de la construction, les explosifs constituent un danger en milieu de travail. Les blessures causées par une explosion présentent trois mécanismes :

- Blessures causées par des objets projetés par l'explosion
- Blessures subies par les victimes lorsqu'elles sont projetées par l'explosion
- Blessures aux organes creux, y compris les poumons, causées par l'onde de choc de l'explosion

07

Les signes et symptômes d'une blessure causée par une explosion comprennent les suivants :

- Difficultés respiratoires
- Mal de tête ou bourdonnements d'oreilles
- Expectorations de sang écumeux
- Douleur à la poitrine
- Blessures superficielles causées par des débris projetés
- Sang dans l'urine ou les selles

Notez que les signes et symptômes d'une blessure causée par une explosion peuvent se manifester après quelques heures s'il n'y a que des lésions internes ou si la victime ne se rend pas compte de la gravité de ses blessures.

Premiers soins en cas de blessure causée par une explosion

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure causée par une explosion, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Si la victime a été projetée par l'explosion, méfiez-vous des blessures à la tête ou à la colonne vertébrale et évitez tout mouvement superflu.
2. Envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale.
3. Faites un examen primaire.
4. Placez la victime en position semi-assise si vous ne soupçonnez pas de blessure à la tête ou à la colonne vertébrale.
5. Surveillez sa respiration de près.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime.

07

BLESSURES ABDOMINALES

Les blessures abdominales peuvent être fermées ou ouvertes. Les plaies fermées se produisent lorsque les tissus internes de l'abdomen sont endommagés, mais que la peau est intacte. Une blessure abdominale ouverte présente une déchirure de la peau dont des organes internes peuvent saillir. Les complications des blessures abdominales peuvent inclure des hémorragies graves (internes ou externes) et une contamination par le contenu des organes abdominaux rompus.

Pour évaluer une blessure abdominale, exposez la zone blessée et vérifiez s'il y a des plaies ouvertes. Tenez compte de l'historique de l'incident, en particulier du mécanisme de blessure. Observez la position de la victime. Est-ce qu'elle semble protéger son abdomen? Touchez doucement l'abdomen pour détecter de l'enflure, de la rigidité et de la douleur.

Si vous soupçonnez une blessure abdominale, vous devriez également soupçonner une hémorragie interne qui peut être très grave. Prodiguez les premiers soins en cas d'hémorragie interne grave.

Premiers soins en cas de blessure abdominale ouverte

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure abdominale ouverte, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Si vous trouvez une blessure abdominale ouverte, vous devez l'empêcher de s'élargir. Les organes internes peuvent être déplacés. Placez la victime en position semi-assise, les genoux relevés et soutenus.
3. Pansez la blessure. La méthode de pansement d'une plaie de la paroi abdominale dépend de la présence ou non d'organes internes saillants :
 - a. S'il n'y a pas d'organe saillant, appliquez un pansement sec sur la plaie et bandez-la fermement.
 - b. Si des organes sont saillants, n'essayez pas de les replacer dans l'abdomen. Placez un pansement humide sur la plaie pour éviter que les organes s'assèchent et bandez l'abdomen, sans serrer, avec deux bandages larges.
4. Continuez à prodiguer des soins à la victime.

BLESSURES CAUSÉES PAR UN ÉCRASEMENT

Les écrasements peuvent causer des ecchymoses importantes sur les parties du corps touchées. Ils peuvent également entraîner des complications, y compris des fractures et des organes rompus. Lorsque la zone écrasée se limite à une petite partie du corps telle qu'une main ou un pied, la blessure est considérée comme grave, mais elle n'est habituellement pas potentiellement mortelle. Cependant, les blessures importantes causées par un écrasement peuvent provoquer un *syndrome des loges*, et elles nécessitent des soins médicaux immédiats. Le syndrome des loges se produit lorsqu'une pression excessive s'accumule à l'intérieur du corps, généralement à la suite d'une hémorragie ou d'un gonflement après une blessure. La pression dangereusement élevée dans le cadre d'un syndrome des loges peut couper la circulation sanguine dans la zone du corps touchée.

La victime peut subir un état de choc grave après le retrait de la masse ayant causé l'écrasement. Une fois la masse retirée, les fluides des tissus écrasés s'écoulent dans les tissus environnants. Cela peut causer un état de choc.

Lorsqu'un muscle est écrasé, le contenu des cellules musculaires s'écoule dans le sang. C'est pourquoi une blessure importante peut provoquer une insuffisance rénale. C'est ce qu'on appelle le « *syndrome d'écrasement* », ou « *insuffisance rénale aiguë post-traumatique* ».

Premiers soins en cas de blessure causée par un écrasement

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure causée par un écrasement, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Prodiguez immédiatement les premiers soins en cas de choc. Même si la victime ne présente aucun symptôme, elle subira probablement un état de choc.
3. Demandez une aide médicale et continuez à prodiguer des soins à la victime.



07

Chapitre 08

Soins des plaies mineures

TYPES DE PLAIES MINEURES

Les plaies sont des lésions des tissus mous du corps. Elles entraînent généralement une fuite de sang des vaisseaux sanguins vers les tissus environnants, les cavités du corps ou l'extérieur du corps.

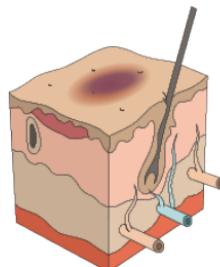
Les plaies peuvent être ouvertes ou fermées :

- **Plaie ouverte** — rupture de la couche externe de la peau
- **Plaie fermée** — plaie sans rupture de la couche externe de la peau, mais entraînant une hémorragie interne

L'objectif du traitement des plaies est d'arrêter l'hémorragie et de prévenir toute infection. Bien qu'un certain saignement puisse aider à éviter la contamination de la plaie, il faut arrêter rapidement toute hémorragie excessive afin de réduire l'état de choc.

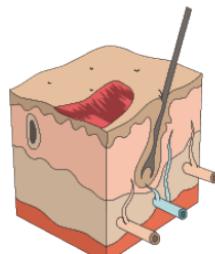
Contusions et ecchymoses

Les contusions et les ecchymoses sont des plaies fermées. Les tissus sous la peau sont endommagés et saignent dans les tissus environnants, ce qui cause une décoloration. Une ecchymose peut être un signe d'une blessure ou d'une maladie plus profonde et plus grave.



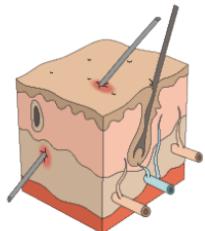
Abrasions et égratignures

Les abrasions ou les égratignures sont des plaies ouvertes dans lesquelles la couche protectrice extérieure de la peau et les petits vaisseaux sous-jacents sont endommagés. La couche profonde de la peau est encore intacte. Ces plaies sont souvent qualifiées de dermabrasions traumatiques.



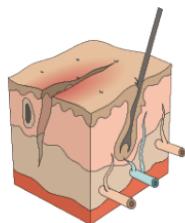
Plaies perforantes

Les plaies perforantes sont des plaies ouvertes causées par un objet pointu ou contondant pouvant avoir causé une petite ouverture ou, dans bien des cas, ayant pénétré profondément dans les tissus.



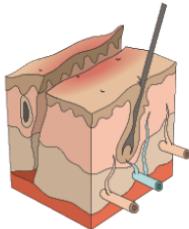
Incisions

Les incisions sont des coupures profondes et nettes causées par un objet tranchant, comme un couteau.



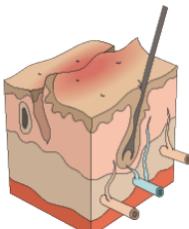
Lacérations

Les lacérations sont des déchirures dans la peau et les tissus sous-jacents avec des parois irrégulières. Les blessures de ce type peuvent être causées par un objet aux bords rugueux, comme un couteau d'office émoussé.



Avulsions

Les avulsions sont des blessures qui arrachent partiellement ou complètement un morceau de peau ou de tissu.



NETTOYAGE DES PLAIES ET PRÉVENTION DES INFECTIONS

Toutes les plaies ouvertes sont contaminées à un certain degré. Dites à la victime de demander une aide médicale si des signes d'infection apparaissent ultérieurement.

La mnémotechnique **CODES** peut aider à se souvenir des signes et symptômes d'une infection.

C — chaleur : la plaie semble plus chaude que la zone qui l'entoure

O — œdème

D — douleur : il peut y avoir une douleur sourde

E — érythème

S — suppuration : il peut s'écouler du pus de la plaie

08

Nettoyage d'une plaie

Afin de réduire le risque d'infection d'une plaie, il faut la nettoyer convenablement. Les abrasions très sales sur la peau environnante peuvent être nettoyées au savon et à l'eau, mais les lésions plus profondes doivent être lavées à l'eau seulement. Respectez les consignes suivantes pour nettoyer une plaie :

- Lavez vos mains avec du savon et de l'eau et enfilez des gants, si possible.
- Ne toussez pas ou ne respirez pas directement au-dessus de la blessure.
- Exposez complètement la plaie, mais ne la touchez pas.
- Permettez un certain saignement pour aider à faire sortir les contaminants de la plaie.

- Nettoyez doucement des morceaux de tissu de la surface de la plaie.
- Lavez et séchez la peau autour avec des pansements propres, en essuyant vers l'extérieur de la plaie.
- Évitez de projeter les matières issues de la plaie dans des plaies avoisinantes.
- Vous pouvez utiliser une crème antibiotique sur les abrasions et les plaies superficielles.
- Recouvrez la plaie avec un pansement stérile.

Tétanos

Toute plaie, y compris une brûlure, peut être contaminée par des spores susceptibles de transmettre le tétanos, une maladie bactérienne potentiellement mortelle caractérisée par des spasmes musculaires. On entend aussi parfois le terme « trismus ».

Les plaies profondes représentent un risque particulièrement élevé d'infection tétanique. Conseillez à toute victime présentant ce type de blessure de demander une aide médicale le plus rapidement possible. Les symptômes pourraient ne pas apparaître immédiatement.

GESTION DES URGENCES LIÉES À UNE PLAIE MINEURE

La plupart des plaies quotidiennes nécessitant des premiers soins sont mineures. Elles entraînent un léger saignement et une faible douleur, et, en général, guérissent rapidement. Les plaies mineures sont rarement graves si elles sont correctement nettoyées et protégées au moyen de pansements et de bandages.

Certaines plaies mineures nécessitent des soins médicaux afin d'être suturées.

Premiers soins en cas de saignement de la paume

Les plaies de la paume peuvent saigner abondamment et être potentiellement graves en raison du nombre de nerfs et de ligaments présents dans la main. Il arrive souvent que les gens subissent une blessure de la paume lorsqu'ils manipulent un couteau incorrectement ou qu'ils déplacent un objet aux bords tranchants.



08

1. Faites un examen des lieux.
2. Effectuez un examen primaire et exposez la plaie.
3. Maîtrisez l'hémorragie en exerçant une pression directe sur des pansements stériles au moyen d'un tampon volumineux.
4. Vérifiez la circulation sanguine dans les doigts et comparez-la à celle des doigts de l'autre main.



5. Pliez les doigts sur le tampon de façon à former un poing et bandez la main afin que le poing soit bien fermé.

6. Placez le milieu d'un bandage triangulaire étroit sur l'intérieur du poignet et tirez les extrémités autour du dos de la main, ou placez un bandage en rouleau au niveau du poignet et enroulez-le autour du dos de la main.
7. Enroulez fermement le bandage autour des doigts, puis du poignet.
8. Si possible, laissez le pouce exposé pour la vérification de la circulation.

08



9. Attachez le bandage au niveau du poignet et rentrez les extrémités.
10. Prodiguez des soins continus à la victime, revérifiez la circulation sanguine sous la blessure et demandez une aide médicale.
11. Utilisez une écharpe pour soutenir le bras et la main si vous transportez la victime.



Premiers soins en cas d'ongle pincé

En cas de pincement d'un ongle de doigt ou d'orteil, ce que l'on appelle parfois une ecchymose de l'ongle, la pression exercée par le sang sous l'ongle peut provoquer une douleur intense. Vous pouvez soulager cette douleur comme suit :

1. Faites couler de l'eau fraîche sur la blessure pour réduire la douleur et le gonflement.
2. Si la douleur est intense et que vous pouvez voir une accumulation de sang sous l'ongle, relâchez la pression sous l'ongle comme suit :
3. Redressez un trombone ou un fil de fer émoussé et chauffez l'une de ses extrémités jusqu'à ce qu'elle soit rouge, en utilisant un élément de cuisinière ou la flamme d'un briquet. N'utilisez pas d'aiguille; le trou serait trop petit pour libérer efficacement le sang accumulé.
4. Placez l'extrémité chauffée sur l'ongle et faites un trou juste assez profond pour libérer le sang.
5. Une fois la pression relâchée, lavez la zone à l'eau et mettez en place un pansement adhésif.
6. Dites à la victime de demander une aide médicale si elle remarque des signes et symptômes d'infection.

Premiers soins en cas d'écharde ou d'éclat

Les éclats sont des petits objets logés dans la peau — il peut s'agir d'épines ou de morceaux de bois, de verre ou de métal. Les gens subissent souvent des blessures de ce type aux mains ou aux pieds. Bien que les éclats puissent causer de la gêne et de la douleur, dans la plupart des cas on peut les retirer facilement sans complication. Dans les cas graves, les éclats peuvent être invalidants et provoquer une infection. Ne retirez jamais un éclat dans les situations suivantes :

- Il repose sur une articulation.
- Il est profondément ancré dans la chair.
- Il est dans un œil ou à proximité d'un œil.

- Il est doté d'un ardillon (p. ex., éclats de métal et hameçons).
- Il ne peut pas être retiré facilement.

Dans ces situations, prodiguez les premiers soins en cas de plaie avec un objet logé.

Retrait des éclats

Pour retirer un éclat, suivez les étapes suivantes :

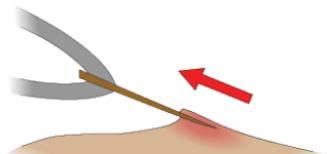
1. Nettoyez la zone touchée à l'eau.
2. Avec une pince à épiler stérile, saisissez l'éclat aussi près de la peau que possible.
3. Tirez l'éclat en ligne droite dans la direction opposée à l'angle d'entrée.
4. Demandez une aide médicale si une partie de l'éclat n'a pas été retirée, si les tissus présentent des dommages ouverte une simple petite plaie perforante, ou si une infection se développe.

Premiers soins en cas de plaie perforante

Les plaies perforantes sont graves en raison de la possibilité de lésions internes graves et de contamination transportée en profondeur dans la plaie.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de plaie perforante, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Le mécanisme de blessure est important.
2. Faites un examen primaire.
3. Dégagez la plaie. Même si l'hémorragie externe est peu importante, il faut se méfier des hémorragies internes, en particulier si la blessure se situe au niveau de la poitrine ou de l'abdomen.



4. Maîtrisez l'hémorragie en appliquant une pression directe sur la plaie.
5. Demandez une aide médicale.
6. Prodiguez des soins continus à la victime jusqu'au transfert.

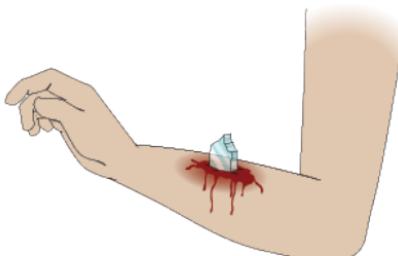
Premiers soins en cas de plaie avec objet logé

Si possible, ne retirez pas les objets logés dans une plaie. Leur retrait risque d'intensifier l'hémorragie, puisqu'ils endiguent probablement le saignement.

Retirer un objet logé peut aussi causer d'autres dommages aux tissus corporels, par exemple dans le cas de l'ardillon d'un hameçon.

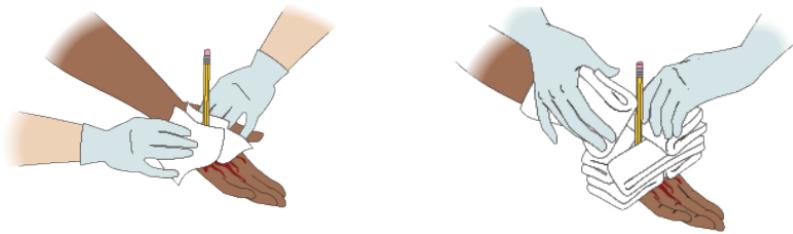
Pour prodiguer les premiers soins en cas de plaie avec objet logé, suivez les étapes suivantes :

08



1. Dégagez la région blessée et examinez la plaie.
2. Vérifiez la circulation sanguine sous la blessure.
3. Pour arrêter l'hémorragie, appliquez de la pression autour de l'objet logé. Si l'objet logé est court, formez une « tente » par-dessus l'objet au moyen d'un pansement propre non serré afin de garder la plaie propre, puis placez des pansements volumineux autour de l'objet pour l'empêcher de bouger. Cela entraînera une pression autour de la plaie.

4. Positionnez les pansements volumineux avec un bandage étroit, en prenant soin de ne pas exercer de pression sur l'objet logé.
5. Vérifiez de nouveau la circulation sanguine sous la blessure.



6. Prodiguez des soins continus à la victime et demandez une aide médicale.



Premiers soins en cas de saignement de nez

Un saignement de nez peut commencer sans raison apparente ou peut être causé par le mouchage du nez, par une blessure au nez ou par une blessure indirecte, comme une fracture du crâne.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de saignement de nez, suivez les étapes suivantes :



1. Faites un examen des lieux et évaluez le mécanisme de blessure. Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, dites à la victime de ne pas bouger. Faites un examen primaire.
2. Examinez le saignement de nez. Si le sang provenant du nez est mélangé à un liquide de couleur paille, il se peut que vous ayez affaire à une fracture du crâne. Laissez le nez saigner et prodiguez les premiers soins en cas de fracture du crâne (consultez la section « Fractures du crâne »).
3. Si une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale n'est pas soupçonnée, placez la victime dans une position assise avec la tête légèrement vers l'avant. Le fait de se pencher en avant permet au sang de s'écouler par le nez et la bouche au lieu de retourner dans la gorge et l'estomac, où il risquerait de provoquer des vomissements.
4. Dites à la victime de comprimer fermement toute la partie charnue située sous l'arête du nez avec son pouce et son index pendant environ 10 minutes ou jusqu'à ce que le saignement cesse.
5. Dites à la victime de respirer par la bouche et de ne pas se moucher pendant au moins quelques heures (de préférence pendant 48 heures). Cela facilitera la guérison et la formation de caillots de sang.

Si le saignement continue après ces premiers soins, ou s'il recommence, demandez une aide médicale.

Premiers soins en cas de saignement du cuir chevelu

Les saignements du cuir chevelu sont souvent sévères et peuvent être compliqués par une fracture du crâne ou par un objet logé. Évitez d'exercer une pression directe, de toucher et de contaminer la plaie.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de saignement du cuir chevelu, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Appliquez un pansement épais et stérile et fixez-le fermement au moyen d'un bandage pour la tête.
3. Si vous soupçonnez une fracture sous-jacente du crâne, prodiguez les premiers soins en cas de fracture du crâne.
4. S'il y a un objet logé dans la plaie, appliquez des pansements autour de l'objet de façon à maintenir une pression autour de la plaie, mais pas directement sur celle-ci.
5. Prodiguez des soins continus à la victime.



Premiers soins en cas de saignement de l'oreille

N'essayez pas d'arrêter les saignements du conduit auditif en exerçant de la pression sur l'oreille ou y en appliquant des pansements. Pour réduire le risque d'infection à l'intérieur de l'oreille, il est préférable de laisser le sang s'écouler.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de saignement de l'oreille, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et évaluez le mécanisme de blessure. Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, dites à la victime de ne pas bouger. Faites un examen primaire.
2. Évaluez le saignement de l'oreille. Si le sang provenant du nez est mélangé à un liquide de couleur paille, il se peut que vous ayez affaire à une fracture du crâne. Soutenez la tête et le cou de la victime et maintenez-les en place. Appliquez, sans serrer, un pansement par-dessus l'oreille et prodiguez les premiers soins en cas de fracture du crâne. Le pansement absorbera le sang et protégera la plaie.



3. Si une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale n'est pas soupçonnée, appliquez, sans serrer, un pansement par-dessus l'oreille. Positionnez la victime pour permettre au sang de s'écouler de l'oreille si les blessures le permettent. Si la victime est inconsciente et que ses blessures le permettent, mettez des pansements sur l'oreille et placez la victime en position latérale de sécurité, le côté blessé vers le bas.
4. Prodiguez des soins continus à la victime.

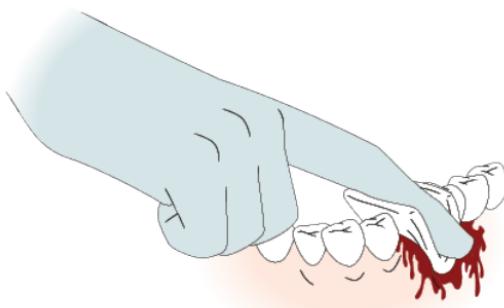
Premiers soins en cas de dent expulsée

Une dent expulsée peut être implantée à nouveau si la victime reçoit de l'aide médicale/dentaire rapidement.

08

Pour prodiguer les premiers soins en cas de dent expulsée, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et évaluez le mécanisme de blessure. Si vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, dites à la victime de ne pas bouger. Faites un examen primaire.
2. Appliquez une pression directe pour arrêter le saignement de l'alvéole de la dent. Asseyez la victime avec la tête penchée vers l'avant pour que le sang puisse s'écouler de sa bouche.



3. Prodiguez des soins continus à la victime.

Placez la dent expulsée dans l'une des substances suivantes (classées par ordre de préférence) pour protéger la dent et la racine jusqu'à leur remise en place :

- Solution saline équilibrée (telle que des sels de réhydratation à administrer par voie orale en vente dans les pharmacies et utilisés pour le traitement de la déshydratation due à la diarrhée, ou la Hank's Balanced Salt Solution disponible auprès des sociétés de fournitures médicales). Envisagez de vous en procurer si vous prenez part à une activité présentant un risque élevé de perte de dent.
- Propolis — substance collante produite par les abeilles. Généralement en vente dans les magasins de produits diététiques. La concentration doit être de 0,04 à 2,5 mg d'éthanol à 0,4 % par ml.
- Blancs d'œufs
- Lait de coco
- Ricetral
- Lait entier
- Solution saline
- Solution saline tamponnée au phosphate
- Salive de la victime

N'utilisez pas d'eau du robinet, d'eau de coco, de lait écrémé, de babeurre, d'huile de ricin ou d'extrait de curcuma. Ces substances n'offrent pas une protection adéquate à la dent et peuvent l'endommager.

Pour la réimplantation d'une dent expulsée, la victime doit s'adresser à un(e) dentiste et non à un service d'urgence. Toutefois, s'il s'agit d'une blessure dentaire isolée et qu'il n'y a pas d'inquiétude concernant des lésions cérébrales, faciales, cervicales ou autres, la victime devrait consulter un(e) dentiste.

Premiers soins en cas de saignement de la bouche

En cas de saignement des gencives ou de la bouche, examinez d'abord le mécanisme de blessure pour déterminer le risque d'une blessure grave à la tête ou à la colonne vertébrale. Assurez-vous que le saignement dans la bouche ne bloque pas les voies respiratoires.



08

Contrôlez le saignement dans la bouche en appliquant une pression directe à l'aide d'un pansement propre, préféablement stérile. Ne rincez pas la bouche de la victime après l'arrêt du saignement, car cela pourrait déloger les caillots et provoquer une reprise du saignement.

La victime peut sucer un glaçon ou une sucette glacée pour aider à contrôler le gonflement.

GESTION DES URGENCES LIÉES À UNE BLESSURE À L'ŒIL

Il est très facile de se blesser aux yeux. Des premiers soins adéquats et prodigués immédiatement peuvent éviter une perte partielle ou totale de la vue. Les larmes peuvent ne pas suffire à détacher et à éliminer les particules irritantes présentes dans les yeux.

Voici quelques signes et symptômes d'une blessure à l'œil :

- Douleur (légère à sévère) survenant généralement quelques heures après l'incident
- Rougeur aux yeux
- Vision trouble ou double
- Photosensibilité
- Yeux larmoyants
- Larmoiement excessif
- Sensation de sable ou de particule sous la paupière
- Vaisseaux sanguins éclatés ou taches rouges
- Saignement
- Liquide clair et épais s'écoulant de l'œil
- Déformations dans les yeux (lacérations, abrasions ou os fracturés autour de l'œil)
- Perte de la vision

Examen des yeux pour évaluer les lésions

Pour examiner les yeux afin de déterminer l'étendue et la nature des lésions, envisagez de suivre les étapes suivantes, au besoin :

- Examinez l'œil ou les yeux blessés de la victime et vérifiez sa vision (les yeux ont une apparence identique et bougent dans la même direction), la forme et la réaction de ses pupilles, la présence d'un corps étranger, l'écoulement de liquide ou de sang, des gonflements ou des lacérations des paupières, une conjonctive rouge vif, etc.
- Si la blessure est due à un coup d'arc, protégez les yeux de la victime de la lumière. Par exemple, vous pouvez utiliser des pansements oculaires ou des compresses humides froides (imprégnées de solution saline) pour soulager la douleur.
- Ne retardez pas les soins en essayant de retirer les lentilles de contact de la victime.

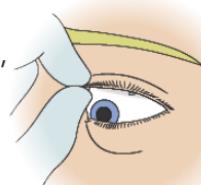
- Transportez la victime jusqu'à un endroit où elle pourra recevoir des soins médicaux et faire l'objet d'un examen plus approfondi, ou appelez pour obtenir une aide médicale.
- Appelez le 9-1-1.

N'essayez pas d'examiner l'œil en cas de brûlure ou de blessure à la paupière.

Détection des particules libres dans les yeux

Pour examiner les yeux afin de déterminer l'étendue et la nature des lésions, suivez les étapes suivantes :

1. Faites asseoir la victime dans un endroit bien éclairé et stabilisez sa tête.
2. Dites à la victime de regarder vers la gauche, la droite, le haut et le bas. Une lampe-stylo (ou la fonction « lampe » d'un cellulaire) dirigée de biais fera apparaître une ombre si la particule se trouve dans l'axe de la lumière, facilitant ainsi sa détection.
3. Pour examiner sous la paupière inférieure, tirez doucement celle-ci vers le bas et demandez à la victime de regarder vers le haut. Pour examiner la paupière supérieure, tirez doucement les cils vers le haut et demandez à la victime de regarder vers le bas. Utilisez votre lampe-stylo (ou la fonction « lampe » de votre cellulaire) pour vérifier sous les paupières.
4. Si vous localisez la particule, retirez-la doucement en utilisant le coin humide d'un linge pour le visage, une débarbouillette ou un coton-tige. N'essayez pas de retirer une particule qui est collée à l'œil ou qui se trouve sur la partie colorée de l'œil.



5. Si la victime porte des lentilles de contact, demandez-lui de les retirer avant d'essayer de retirer une particule de l'œil.
6. N'essayez pas d'examiner l'œil en cas de brûlure ou de blessure à la paupière.

Retrait d'un corps étranger libre

Pour retirer un corps étranger d'un œil, suivez les étapes suivantes :

1. Demandez à la victime où elle sent que le corps étranger est situé.
2. Si elle sent qu'il se trouve sous sa paupière supérieure, demandez à la victime de pincer ses cils supérieurs et de tirer la paupière vers l'avant et vers le bas, par-dessus ses cils inférieurs, pour essayer de le déloger.
3. Répétez ceci à plusieurs reprises. N'oubliez pas de retirer l'excès de maquillage sur les yeux avant de procéder.
4. Si la particule est encore dans l'œil, essayez de rincer l'œil avec de l'eau du robinet, une œillère ou une bouteille de lavage oculaire.
5. Si les précédentes méthodes n'ont pas fonctionné, vous devez examiner la surface de l'œil et sous les paupières.

Si vous ne parvenez pas à retirer le corps étranger, suivez les étapes suivantes :

1. Avertissez la victime de ne pas frotter son œil, car tout frottement pourrait causer de la douleur et des dommages aux tissus.
2. Fermez l'œil de la victime et recouvrez-le avec une compresse oculaire ou une gaze. Étendez le pansement sur le front et la joue pour éviter de faire une pression sur l'œil.
3. Sécurisez le pansement, sans serrer, avec un bandage ou des languettes adhésives. Assurez-vous qu'aucune pression n'est appliquée sur le globe oculaire.

4. Prodiguez des soins continus à la victime et demandez une aide médicale.

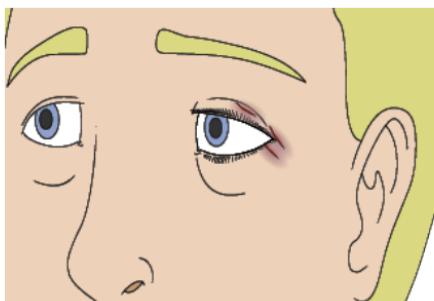
Premiers soins en cas de blessure aux tissus mous autour de l'œil

Les blessures aux paupières et aux tissus mous autour de l'œil sont sérieuses, car il peut y avoir une blessure au globe oculaire. Les coups assénés à l'aide d'un objet contondant peuvent causer des ecchymoses et des dommages aux os qui entourent et protègent les yeux.

Ne couvrez que l'œil le plus gravement blessé afin d'éviter d'accroître l'anxiété de la victime si ses deux yeux sont couverts. Ceci permet à la victime de marcher par elle-même. Si les deux yeux doivent être couverts en raison d'une blessure grave (par exemple, une brûlure lumineuse intense due au soudage à l'arc), rassurez régulièrement la victime en lui expliquant les mesures prises et pourquoi elles sont prises. Cette victime doit être transportée.

Premiers soins en cas de lacération ou d'ecchymoses autour de l'œil

Les paupières lacérées saignent généralement abondamment en raison de leur riche irrigation sanguine. Un pansement sur la zone touchée permet généralement de maîtriser l'hémorragie.



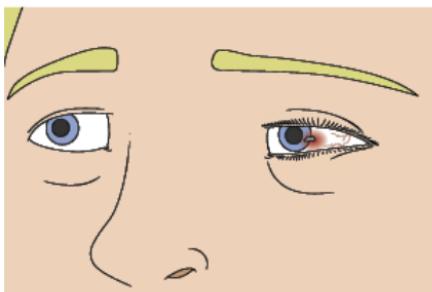
N'appliquez jamais de la pression sur le globe oculaire, car ceci pourrait forcer du liquide à sortir du globe oculaire et causer des dommages permanents à l'œil.

Premiers soins en cas d'objet logé dans le globe oculaire ou à proximité de celui-ci

Prodiguez les premiers soins en cas d'objet logé dans le globe oculaire ou à proximité de celui-ci. Comme pour tout objet logé, il faut empêcher l'objet de bouger, car tout mouvement pourrait causer des dommages au globe oculaire.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'objet logé dans le globe oculaire ou à proximité de celui-ci, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et appelez le 9-1-1.
2. Faites un examen primaire.
3. Demandez à un(e) passant(e) de soutenir la tête de la victime.
4. Placez des pansements, préféablement stériles, autour de l'objet logé.
5. Placez une compresse ou un pansement autour de l'objet, dans un motif de rondins, pour le stabiliser.



6. Assurez-vous qu'aucune pression n'est appliquée sur le globule oculaire.

Premiers soins en cas de globe oculaire exorbité

Le terme « exorbité » signifie que le globe oculaire est sorti de son orbite. N'essayez pas de replacer l'œil dans sa position habituelle.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de globe oculaire exorbité, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Demandez à un(e) passant(e) de soutenir la tête de la victime.
3. Recouvrez doucement le globe oculaire et l'orbite avec un pansement humide. Maintenez ce pansement en place avec du ruban et d'autres pansements.
4. Prodiguez des soins continus à la victime jusqu'au transfert.



08

Premiers soins en cas de brûlure chimique à l'œil

Les yeux peuvent être blessés de manière permanente par des produits chimiques corrosifs sous forme solide ou liquide. Les victimes souffrent généralement d'une douleur intense et sont très sensibles à la lumière.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de brûlure chimique à l'œil, suivez les étapes suivantes :

Lorsque vous travaillez avec des produits chimiques, assurez-vous de savoir où trouver les fiches de données de sécurité (FDS) et consultez-les pour obtenir des directives quant aux premiers soins.

1. Faites un examen des lieux et demandez à un(e) passant(e) de soutenir la tête de la victime.

2. Faites un examen primaire.
3. Faites asseoir ou allonger la victime. Si un seul œil est blessé, protégez l'œil non blessé.
4. Si le produit chimique est sous forme d'une poudre sèche, porter un gant ou utiliser un linge pour retirer la poudre qui se trouve sur la peau de la victime et retirer les vêtements contaminés.
5. Rincez l'œil blessé avec de l'eau froide ou une solution saline stérile pendant au moins 15 minutes. Comme la douleur peut empêcher la victime de garder l'œil ouvert, ouvrez doucement l'œil avec vos doigts.
6. Recouvrez l'œil blessé avec des pansements. Si les deux yeux sont blessés, recouvrez l'œil le plus gravement blessé. Recouvrez uniquement les deux yeux si la victime est plus à l'aise de cette façon. Recouvrir les deux yeux aveugle la victime et ajoute un facteur de stress. Si vous couvrez les deux yeux, gardez la victime allongée.



7. Prodiguez des soins continus à la victime.
8. Transportez la victime jusqu'à un endroit où elle pourra recevoir des soins médicaux et faire l'objet d'un examen plus approfondi.

Lorsque vous travaillez avec des produits chimiques, assurez-vous de savoir où trouver les fiches de données de sécurité (FDS) et consultez-les pour obtenir des directives quant aux premiers soins.

Considérations relatives au port de lentilles de contact par la victime

Ne perdez pas de temps à essayer de retirer les lentilles de contact. Rincez les yeux pendant 15 minutes. Ceci pourrait dégager les verres de contact. Si cela ne fonctionne pas, demandez à la victime de les retirer. Les lentilles de contact exposées à des produits chimiques doivent être jetées (peu importe, donc, si elles sont emportées par l'eau).



08

En cas de risque de blessure à l'œil causée par des produits chimiques, il faut garder un équipement de rinçage oculaire adéquat à proximité.

Premiers soins en cas de brûlure lumineuse intense aux yeux

Des brûlures aux yeux peuvent être causées par une exposition prolongée à une lumière intense, comme la lumière directe ou réfléchie du soleil, ou par une exposition de courte durée, par exemple au flash d'une soudeuse à arc électrique. La cécité des neiges est une blessure courante de ce type. Comme avec un coup de soleil, la victime pourrait ne pas ressentir les dommages aux tissus en train de survenir, mais développera des symptômes plusieurs heures après l'exposition.

Les signes et symptômes sont les suivants :

- Sensibilité à la lumière
- Douleur
- Rougeur
- Yeux larmoyants
- Vision trouble
- Sensation de grain de sable dans les yeux

Pour prodiguer les premiers soins en cas de brûlure lumineuse intense aux yeux, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Faites un examen primaire.
3. Recouvrez les yeux pour les refroidir et ne pas les exposer à la lumière. La victime pourrait être temporairement aveuglée; il faut donc la rassurer souvent.
4. Prodiguez des soins continus à la victime.
5. Transportez la victime jusqu'à un endroit où elle pourra recevoir des soins médicaux et faire l'objet d'un examen plus approfondi.

GESTION DES URGENCES LIÉES À NE BRÛLURE

Les brûlures sont des blessures à la peau et à d'autres tissus causés par la chaleur, le rayonnement ou des produits chimiques. La brûlure est l'une des principales causes de blessures à domicile. Les jeunes enfants et les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au risque de brûlure, et étant donné leur âge, les brûlures peuvent constituer des blessures graves pour eux.

Brûlures par la chaleur (également appelées brûlures « thermiques »)

Les brûlures causées par une chaleur appliquée au corps sont les brûlures les plus courantes. Une échaudure est une brûlure causée par un liquide chaud ou une vapeur chaude.

Les brûlures par la chaleur peuvent également être causées par la friction.



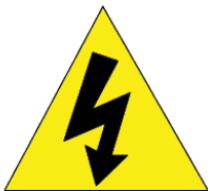
Brûlures chimiques

Les brûlures chimiques sont souvent graves, car les produits chimiques continuent à brûler la peau tant qu'ils restent en contact avec elle. Les acides et les alcalis, par exemple, sont des produits chimiques pouvant causer des brûlures.



Brûlures électriques

Les brûlures électriques sont causées par le contact avec un courant électrique. Bien que ce soit la chaleur qui provoque ces brûlures, les brûlures électriques sont considérées comme une catégorie distincte en raison des complications causées par l'électricité.



Brûlures par rayonnement

La plupart des gens ont subi des brûlures par rayonnement sous forme de coups de soleil, car le soleil est une source d'énergie rayonnante.

Parmi les autres types d'énergie radiante susceptibles de provoquer des brûlures, citons les rayons X, les flashes de soudeuse à arc électrique et le rayonnement des matières radioactives.

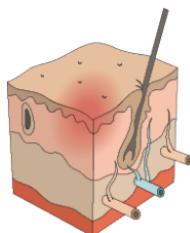
Sévérité et profondeur des brûlures

Les brûlures sont classées selon leur gravité (graves [brûlures profondes], modérées [brûlures du deuxième degré] ou légères [brûlures du premier degré]), déterminée en fonction des éléments suivants :

- La profondeur de la brûlure
- La quantité de surface corporelle qui a été brûlée
- Les parties du corps qui ont été brûlées
- L'âge et l'état physique de la victime

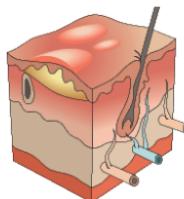
Brûlure du premier degré ou légère — seule la couche supérieure de la peau est endommagée. Les signes peuvent comprendre :

08



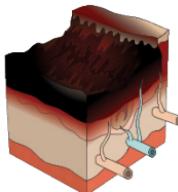
- La couleur varie du rose au rouge.
- La peau est légèrement enflée.
- La peau est sèche.
- Une sensation allant d'une simple sensibilité à une douleur intense dans la zone blessée.

Brûlure du deuxième degré ou modérée — les deux couches supérieures de la peau sont endommagées. Les signes peuvent comprendre :



- La peau semble à vif et elle est de couleur rouge tachetée.
- La peau est humide et varie du blanc au rouge vif en couleur.
- Les ampoules sont remplies d'un liquide clair.
- Une douleur extrême.

Brûlure profonde ou grave — la pleine épaisseur de la peau est endommagée, y compris les tissus sous la peau. Les signes peuvent comprendre :



- 08
- La peau est blanc nacré, bronzée ou noir calciné.
 - La peau est sèche et a une texture ressemblant au cuir.
 - Il est possible que des vaisseaux sanguins et des os soient visibles sous la peau.
 - Peu ou pas de douleur (les nerfs ont été détruits).

Les secouristes peuvent rapidement estimer la superficie de la surface du corps qui a été brûlée en utilisant la **règle des neufs**. Le corps est divisé en zones représentant 9 % ou 18 % de sa superficie totale. Faites l'addition de ces zones pour calculer rapidement le pourcentage de la superficie du corps qui est touché. Les pourcentages changent légèrement dans le cas du corps d'un(e) enfant.

La règle des neuf pour un(e) adulte est la suivante :

- Tête et cou = 9 %
- Chaque bras = 9 %
- Surface antérieure du tronc = 18 %
- Surface postérieure du tronc = 18 %
- Organes génitaux = 1 %
- Chaque jambe = 18 %



La règle des neuf pour un(e) enfant est la suivante :

- Tête et cou = 18 %
- Chaque bras = 9 %
- Surface antérieure du tronc = 18 %
- Surface postérieure du tronc = 18 %
- Chaque jambe = 14 %

Une autre façon d'estimer la superficie du corps ayant été brûlée consiste à utiliser la paume de la victime. La paume de la victime représente 1 % de la superficie totale de son corps. Avec cette information, vous pouvez estimer le pourcentage de la superficie du corps qui est brûlée.



Brûlures graves

Les brûlures graves (pouvant être potentiellement mortelles ou causer des handicaps ou des défigurations à vie) comprennent les suivantes :

- Toute brûlure qui interfère avec la respiration, blessures d'inhalation.
- Toute brûlure où il y a également une blessure grave aux tissus mous ou une fracture.
- Toute brûlure aux endroits où la peau se plie, incluant les mains, les coudes, les genoux, etc.
- Toutes les brûlures électriques, en raison des blessures internes ou des blessures cardiaques.
- La plupart des brûlures chimiques.
- Les brûlures causées à des victimes de moins de deux ans ou de plus de cinquante ans — ces victimes ne tolèrent pas bien les brûlures.
- Les brûlures causées à des victimes atteintes de graves problèmes de santé sous-jacents, y compris le diabète, les troubles convulsifs, l'hypertension, les difficultés respiratoires et la maladie mentale.

Complications causées par les brûlures

Les complications courantes causées par les brûlures comprennent les suivantes :

- État de choc causé par la perte de sang ou de plasma sanguin dans les tissus environnants.
- Infection, comme la peau brûlée n'offre pas une bonne protection contre les bactéries.
- Problèmes respiratoires si le visage ou la gorge est brûlé, ou si la victime a inhalé de la fumée, des émanations ou de la vapeur.
- Enflure, étant donné que les vêtements et les bijoux coupent la circulation sanguine lorsque la zone touchée enflе.

08

Premiers soins en cas de brûlure thermique (par la chaleur) générale

Pour prodiguer les premiers soins en cas de brûlure thermique (par la chaleur), suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Refroidissez immédiatement la brûlure en la plongeant dans de l'eau fraîche si possible.
3. Si ce n'est pas possible, versez de l'eau fraîche sur la zone touchée ou couvrez-la avec un linge propre et humide.
4. Refroidissez la brûlure jusqu'à ce que la douleur ait diminué. Cela permettra de réduire la température de la zone brûlée, de limiter les dommages aux tissus, les gonflements et les cloques, et de soulager la douleur.



5. Retirez les bijoux et les vêtements serrés avant que la blessure enflé. Ne retirez aucun article qui colle à la brûlure.
6. Lorsque la douleur a diminué, recouvrez, sans serrer, la brûlure avec un pansement propre exempt de peluche. Si la zone touchée est grande, utilisez un drap.
7. Prodiguez des soins continus à la victime.

Premiers soins en cas de brûlure chimique

Un produit chimique corrosif continuera à brûler tant qu'il se trouve sur la peau.

Plus vous enlèverez le produit chimique rapidement de la peau, moins il y aura de dommages aux tissus.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de brûlure chimique, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Rincez la région brûlée avec de grandes quantités d'eau. Retirez les vêtements contaminés pendant que vous rincez avec de l'eau. Si le produit chimique est une poudre sèche, essuyez tout produit chimique restant avec un linge avant de rincer avec de l'eau.



3. Continuez à rincer la zone touchée à l'eau pendant 15 à 20 minutes.
4. Lorsque la douleur a diminué, recouvrez, sans serrer, la brûlure avec un pansement propre exempt de peluche.

5. Prodiguez des soins continus à la victime.
6. Transportez la victime jusqu'à un endroit où elle pourra recevoir des soins médicaux et faire l'objet d'un examen plus approfondi.

Si vous travaillez avec des produits chimiques, assurez-vous de connaître les premiers soins spécifiques pour les produits chimiques dans votre lieu de travail. La fiche de données de sécurité (FDS) de chaque produit chimique contient ces renseignements.

Si possible, faites parvenir une copie de la FDS à l'hôpital avec le (la) travailleur(-euse) blessé(e). Si vous travaillez avec des produits chimiques dans votre milieu de travail, vous devez avoir une certification SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) ou SGH (Système général harmonisé).

Un produit chimique corrosif continuera à brûler tant qu'il se trouve sur la peau.

Dans certains lieux de travail où l'on travaille régulièrement avec des matières dangereuses, l'accès aux douches est obligatoire. Il est donc important de connaître ces emplacements.

Premiers soins en cas de brûlure électrique

Les brûlures électriques peuvent être des brûlures par flash ou des brûlures par contact.

Les **brûlures par flash électrique** sont causées par un arc électrique à haute tension entre la source électrique et la victime. Les arcs électriques produisent une chaleur intense pendant une très courte durée, et cette chaleur peut causer des brûlures très profondes. La force produite peut également projeter la victime.

Les victimes peuvent présenter des blessures à la tête ou à la colonne vertébrale, des fractures ou des luxations.

Dans le cas d'une **brûlure par contact**, l'électricité traverse le corps. Le corps peut être brûlé au point où l'électricité a pénétré le corps et à l'endroit où elle en est ressortie. Il peut également avoir de graves dommages aux tissus à l'intérieur du corps, suivant le chemin pris par l'électricité.

Un courant électrique qui traverse le corps peut entraîner un arrêt respiratoire et un arrêt cardiaque. Il y a également le risque d'une blessure électrique pour le (la) secouriste.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de brûlure électrique, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux, puis un examen primaire. Assurez-vous que l'électricité ne pose plus aucun risque. Appelez la compagnie d'électricité ou toute autre autorité pertinente pour vous assurer que les lieux sont sécuritaires. Si des câbles de haute tension sont impliqués, éloignez les autres personnes des lieux jusqu'à ce que le courant électrique soit éteint.
2. La victime semble-t-elle avoir été projetée? Si c'est le cas, soupçonnez des blessures à la tête ou à la colonne vertébrale.



3. Effectuez un examen secondaire pour détecter les brûlures et les éventuelles fractures, luxations, etc. Recherchez les brûlures d'entrée et de sortie.

4. Prodiguez des premiers soins pour les brûlures en les recouvrant de pansements propres et secs.
5. Prodiguez les premiers soins en cas de fractures ou de luxations.
6. Prodiguez des soins continus à la victime.

Considérations lorsqu'une ligne électrique est tombée au sol

En cas de ligne électrique tombée au sol, respectez les consignes suivantes :

- S'il est possible qu'une ligne électrique soit tombée ou qu'un poteau soit affaibli, ne quittez pas votre véhicule avant d'avoir inspecté les environs pour vérifier la présence de toute ligne électrique tombée au sol.
- Restez à l'intérieur de votre véhicule s'il touche une ligne électrique. Attendez l'arrivée des autorités, puis suivez leurs instructions.
- Si vous voyez qu'une ligne électrique est tombée au sol ou que vous soupçonnez la présence d'une ligne électrique tombée, ne laissez personne accéder à la zone. Une fois que vous avez la certitude que personne n'accédera à la zone, prévenez la compagnie d'électricité. **Les lignes électriques tombées au sol constituent un risque invisible considérable auquel vous devez être attentif(-ive).**
- Dans le cas d'une tension élevée, l'électricité peut traverser le sol et mettre sous tension la zone autour des lignes électriques. Si vous sentez des picotements sous la plante de vos pieds lorsque vous entrez dans une zone, revenez en arrière! Une technique consiste à s'éloigner à petits pas de la source.
- Présumez que toute ligne électrique tombée est sous tension. Un fil à haute tension peut être imprévisible. Il peut sauter sur un objet lui assurant une meilleure mise à la terre. Tenez-vous loin de tout fil électrique.
- Rappelez-vous que les véhicules, les glissières de sécurité, les clôtures métalliques, etc., conduisent l'électricité.

Premiers soins en cas de brûlures par rayonnement

Les brûlures par rayonnement peuvent provenir d'une source radioactive, comme dans un laboratoire ou une centrale nucléaire, de rayons X ou d'articles d'équipement médical à base de rayonnement, ou, le plus souvent, du soleil. Les coups de soleil sont les brûlures par rayonnement les plus courantes.

Ils peuvent varier en gravité, allant de légèrement inconfortables à graves parce qu'ils couvrent une grande superficie du corps et peuvent être compliqués par un coup de chaleur.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de coup de soleil mineur, suivez les étapes suivantes :

1. Déplacez la victime à l'abri du soleil.
2. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
3. Épongez délicatement la zone brûlée avec de l'eau fraîche ou couvrez-la avec une serviette humide afin d'atténuer la douleur. Répétez cette étape autant de fois que nécessaire pour soulager la douleur.
4. Séchez la peau en la tapotant et appliquez une pommade médicamenteuse contre les coups de soleil, si possible. Appliquez la lotion en suivant les instructions figurant sur l'emballage.
5. Protégez les régions brûlées d'une exposition au soleil.
6. Ne percez pas les cloques, car cela pourrait favoriser l'infection. Si une importante superficie de la peau commence à cloquer, demandez une aide médicale.
7. Si la victime commence à vomir ou à faire de la fièvre, prodiguez les premiers soins en cas de blessure causée par la chaleur et demandez une aide médicale.

Premiers soins en cas de brûlure causée par des rayons X ou le rayonnement nucléaire : il n'existe pas de premiers soins particuliers pour les brûlures causées par des rayons X ou des matières radioactives. Prodiguez les premiers soins en suivant les directives pour les premiers soins en cas de brûlures par la chaleur. Dans tout environnement où il y a des matières radioactives, il faut vous protéger convenablement.

Comment éteindre des vêtements en feu

Si vos vêtements prennent feu :

1. Arrêtez de bouger.



2. Laissez-vous tomber au sol.



3. Roulez au sol jusqu'à ce que les flammes soient éteintes.



Chapitre 09

Blessures aux os, aux articulations et aux muscles

INTRODUCTION

Les blessures aux os, aux articulations et aux muscles sont courantes et, bien qu'elles ne mettent généralement pas la vie en danger, elles peuvent être douloureuses et débilitantes. En prodiguant les premiers soins appropriés pour ces blessures, vous pouvez réduire la douleur et prévenir leur aggravation.

LE SYSTÈME SQUELETTIQUE

Le système musculo-squelettique est composé d'os, de ligaments, de tendons et de muscles. Ces éléments travaillent en synergie pour nous permettre de nous tenir debout et de nous déplacer.

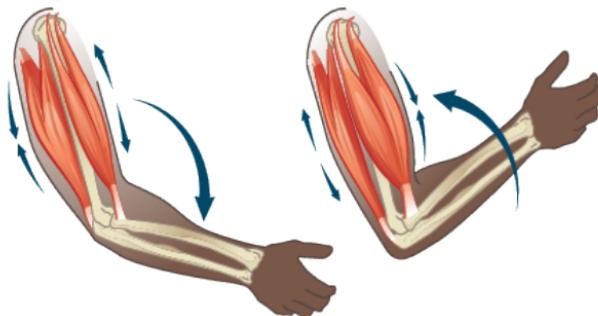
Les os sont de formes et de tailles différentes et constituent la structure du corps. Une articulation se définit comme l'endroit où deux os se rejoignent.

Les articulations sont soit mobiles (p. ex., articulations du bras), soit immobiles (p. ex., articulations du crâne). Les os d'une articulation peuvent pivoter comme une charnière (p. ex., articulations du coude), glisser l'un sur l'autre (p. ex., articulations du poignet) ou rouler lorsqu'ils possèdent une extrémité arrondie logée dans une cavité (p. ex., articulations de la hanche).

Les ligaments maintiennent les os ensemble au niveau des articulations et peuvent s'étirer et se rétracter lors de nos mouvements.

Les tendons relient les muscles aux os et facilitent le mouvement.

Les muscles sont des tissus fibreux qui fonctionnent par paires pour faire bouger le corps en se contractant et en se relâchant. Par exemple, lorsque vous pliez votre bras (pliez votre coude), votre biceps se contracte, et votre triceps se relâche. Lorsque vous dépliez votre bras (dépliez votre coude), votre biceps se relâche, et votre triceps se contracte.



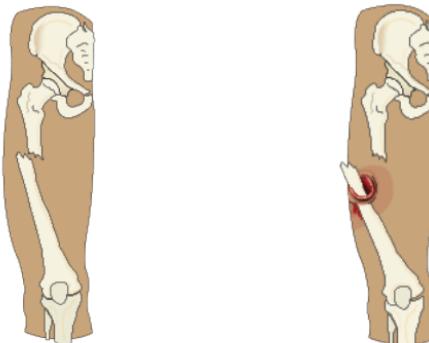
Un schéma des principaux os et muscles est disponible dans l'annexe « Système musculo-squelettique ».

09

FRACTURES

Une fracture se définit comme une cassure ou une lésion dans un os. Une fracture est soit fermée, soit ouverte :

- On dit d'une fracture qu'elle est **fermée** lorsque la peau qui la recouvre n'est pas déchirée.
- On dit d'une fracture qu'elle est **ouverte** lorsque la peau qui la recouvre est déchirée. Ceci pourrait causer une grave infection, même si la plaie est très petite.



Une fracture peut être causée par une **force directe** (p. ex., un coup de poing ou un coup de pied), une **force indirecte** (p. ex., une chute), ou une **force de torsion**.

Certaines maladies **osseuses**, comme l'ostéoporose, fragilisent grandement les os et les amènent à se briser facilement, même sous de faibles pressions.

En cas de fracture, il est possible d'observer un ou plusieurs des **signes et symptômes** suivants :

- Une douleur et une sensibilité (la douleur empire lorsque l'on touche ou déplace la blessure)
- Une perte de fonction (la victime est incapable d'utiliser la partie du corps blessée)
- Une blessure (les extrémités de l'os pourraient avoir transpercé la peau)
- Une déformation (un os ou une articulation pourrait présenter une forme ou une position anormale)
- Un mouvement anormal
- L'état de choc (qui augmente en fonction de la gravité de la blessure)
- Une crépitation (une sensation ou un son de raclement qui peut souvent être ressenti ou entendu lorsque les extrémités cassées d'un os frottent l'une contre l'autre)
- Une enflure et des ecchymoses (du liquide s'accumule dans les tissus qui entourent la fracture)

ENTORSES ET LUXATIONS

Les ligaments relient les os à d'autres os pour former des articulations, tandis que les tendons relient les muscles aux os. Les ligaments limitent la portée des mouvements, soutiennent l'articulation en motion ou empêchent certains mouvements. Les articulations peuvent être blessées lorsque les os et les tissus environnants sont déplacés au-delà de leur portée régulière. Lorsque cela survient :

- Les os peuvent se briser (fracture).
- Les ligaments peuvent s'étirer ou se déchirer (entorse).
- Les extrémités de l'os peuvent se déplacer (luxation).



Entorses

Une entorse se définit par une lésion d'un ligament qui peut aller d'une élongation à une déchirure complète. Faites preuve de prudence et prodiguez les premiers soins comme s'il s'agissait d'une blessure grave pour éviter d'aggraver la blessure et la douleur. Les entorses du poignet, de la cheville, du genou et de l'épaule sont les plus courantes.

09

Les signes et les symptômes d'une entorse peuvent inclure :

- Douleur qui peut être intense et qui s'accentue avec les mouvements de l'articulation
- Perte de fonction
- Enflure et décoloration

Luxations

Une luxation se traduit par la désolidarisation des os d'une articulation. Une force étire et déchire la capsule articulaire, ce qui provoque la luxation. Lorsqu'une articulation est luxée, les os peuvent exercer une pression sur les vaisseaux sanguins et les nerfs, ce qui entraîne des troubles de la sensation et de la circulation du sang au niveau de la blessure. Les articulations les plus fréquemment luxées sont celles des épaules, des coude, des pouces, des doigts, de la mâchoire et des genoux.

Les signes et les symptômes d'une luxation sont semblables à ceux d'une fracture et peuvent inclure :

- Déformation ou apparence anormale (lorsqu'une épaule est luxée, le bras touché peut paraître plus long)
- Douleur et sensibilité aggravées par le mouvement
- Perte de la fonction normale (l'articulation peut être « bloquée » dans une certaine position)
- Enflure au niveau de l'articulation

Premiers soins généraux pour les blessures aux os et aux articulations

Les premiers soins à prodiguer en cas de blessures aux os et aux articulations visent à empêcher l'aggravation des lésions tissulaires et à réduire la douleur.

Pour prodiguer les premiers soins généraux en cas de blessures aux os et aux articulations, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Stabilisez et soutenez les fractures ou les luxations évidentes constatées lors de l'examen primaire (au cours de l'examen rapide du corps).

3. Au besoin, effectuez un examen secondaire en exposant doucement la zone blessée. Il se peut que vous deviez couper les vêtements pour le faire sans déplacer la partie du corps blessée. Examinez l'ensemble de la région blessée pour déterminer l'étendue de la blessure.
4. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure. Si la circulation du sang est entravée, demandez une aide médicale de toute urgence.
5. Maintenez en place la partie du corps blessée et soutenez-la jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne le relais ou que la blessure soit immobilisée. Protégez les os saillants. Ne repoussez pas les extrémités des os sous la peau. **N'essayez pas de tirer sur un membre (exercer une traction) ou de le manipuler de quelque manière que ce soit.**

Si l'équipe d'aide médicale est en route et sur le point d'arriver, stabilisez et soutenez la blessure avec vos mains jusqu'à son arrivée.

Si l'équipe d'aide médicale est retardée ou que la victime doit être transportée, immobilisez la blessure. Tenez compte des éléments suivants pour prendre votre décision :

- Y a-t-il d'autres risques pour la victime? Y a-t-il des risques pour vous-même ou d'autres personnes?
- Si l'équipe d'aide médicale peut se rendre sur les lieux, combien de temps cela prendra-t-il?
- Disposez-vous du matériel nécessaire pour immobiliser la blessure correctement?
- Combien de temps faudra-t-il pour immobiliser la blessure par rapport au temps que prendra l'équipe d'aide médicale pour arriver?
- Appliquez du froid sur la blessure, selon le cas.



- Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale arrive. Surveillez la circulation du sang au niveau de la blessure.

Appliquer le protocole RICE pour les blessures aux os, aux articulations et aux muscles

Pour la plupart des blessures aux os, aux articulations et aux muscles, il est possible d'appliquer le protocole **RICE**, qui signifie :

- **R** : repos
- **I** : immobilisation
- **C** : compresse froide
- **E** : élévation

Appliquez le protocole RICE pendant que vous attendez que l'équipe d'aide médicale arrive ou lorsque vous transportez une victime vers l'équipe d'aide médicale. Même les blessures les plus mineures peuvent être soulagées grâce à ce protocole.

Repos consiste à arrêter l'activité ayant causé la blessure. La plupart des victimes le feront d'elles-mêmes en raison de la douleur causée par le mouvement. Les victimes doivent faire l'objet d'un examen et suivre les consignes de leur médecin pour leur rétablissement.

Immobilisation signifie qu'une fracture est présumée dès qu'il y a une blessure à une jambe ou à un bras et de prendre des mesures pour prévenir des mouvements au membre blessé. L'immobilisation peut signifier d'utiliser une écharpe pour une blessure à l'articulation à l'épaule ou une attelle pour immobiliser l'articulation au-dessus et l'articulation en dessous de la blessure.

Compresse froide consiste à appliquer du froid sur la blessure dès que possible une fois qu'elle a été immobilisée. Le froid rétrécit les vaisseaux sanguins, réduisant la douleur, l'enflure et les ecchymoses.

Utilisez une poche froide commerciale, un bloc réfrigérant improvisé ou une compresse froide. Appliquez du froid sur l'ensemble de la zone blessée par périodes de 15 minutes, en vous interrompant 15 minutes entre chaque application. Surveillez la zone pour éviter que la glace provoque des gelures.

Élévation consiste à soulever le membre blessé dans la mesure du possible. Élevez la blessure seulement si cela ne cause pas davantage de douleur ou de mal à la victime. Le fait d'élever le membre facilite l'évacuation des liquides qui se sont accumulés autour de la blessure et, au bout du compte, permet de réduire l'enflure (n'élevez pas une articulation « bloquée »).



PREMIERS SOINS POUR DES BLESSURES PARTICULIÈRES AUX OS ET AUX ARTICULATIONS

La section suivante décrit les procédures de premiers soins à prodiguer en cas de blessures aux os et aux articulations de la clavicule, de l'épaule, du bras, du coude, de la jambe, du genou, de la cheville, du pied ou des orteils :

Fractures de la clavicule, de l'omoplate et du bras

Les signes et symptômes d'une fracture de la clavicule ou de l'omoplate sont les suivants :

- Douleur au niveau de la blessure
- Enflure et déformation
- Perte de la fonction du bras du côté de la blessure
- La victime tient et protège son bras si elle le peut et incline parfois la tête du côté de la blessure



Complication possible : la circulation du sang vers le bras peut être coupée ou entravée.

Premiers soins en cas de fracture de la clavicule ou de l'omoplate

Vérifiez la circulation du sang au niveau de la blessure. Si la circulation du sang est entravée, demandez rapidement une aide médicale. Pour prodiguer les premiers soins en cas de fracture de la clavicule ou de l'omoplate, suivez les étapes suivantes :

1. Immobilisez le bras dans la position la plus confortable pour la victime. Pour ce faire, vous pouvez utiliser une écharpe tubulaire Saint-Jean.

2. Maintenez le bras sur la poitrine à l'aide d'un bandage large pour prévenir tout mouvement du bras. Au besoin, placez un coussinet sous le coude pour maintenir le bras dans la position la plus confortable pour la victime. Nouez le bandage sur le côté indemne, et ne le serrez pas trop, de façon à éviter tout mouvement du bras. Placez un coussinet sous le nœud pour plus de confort.
3. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure. Si la circulation du sang est entravée et qu'elle ne l'était pas auparavant, desserrez l'écharpe et le bandage.

Premiers soins en cas de luxation de l'épaule

Immobilisez le membre dans la position la plus confortable pour la victime (qui est souvent la position dans laquelle vous l'avez trouvée).

Pour immobiliser une épaule luxée, **si la victime peut plier le bras**, suivez les étapes suivantes :

1. Utilisez l'écharpe tubulaire Saint-Jean pour transférer le poids du bras blessé à l'autre bras.
2. Utilisez des bandages larges pour prévenir tout mouvement.
3. Placez un coussinet sous le coude pour plus de soutien.

09

Pour immobiliser une épaule luxée, si la victime ne peut pas plier le bras, suivez les étapes suivantes :

1. Soutenez le poids du bras en passant l'écharpe autour du cou et du poignet de la victime. Bandez le bras en le maintenant contre le corps de la victime pour prévenir tout mouvement.
2. Au besoin, placez un coussinet sous le coude pour maintenir le bras dans la position la plus confortable pour la victime.
3. La victime pourrait vouloir tenir son bras blessé.

La réussite de la méthode que vous utilisez réside dans le fait d'empêcher le membre blessé de bouger, ce qui pourrait provoquer des douleurs et entraîner d'autres blessures. Une fois la blessure immobilisée, appliquez du froid pour aider à réduire la douleur et l'enflure, à condition que la victime puisse tolérer le poids supplémentaire.

Surveillez régulièrement la circulation du sang en dessous de la blessure. Pour ce faire, vérifiez la couleur et la température de la peau ainsi que le pouls de la victime, et effectuez un test du temps de remplissage capillaire. Réitérez l'opération avec l'autre épaule et comparez vos observations. Si la circulation est entravée après l'immobilisation de la blessure, desserrez les bandages. Si la circulation du sang reste entravée, demandez rapidement une aide médicale.

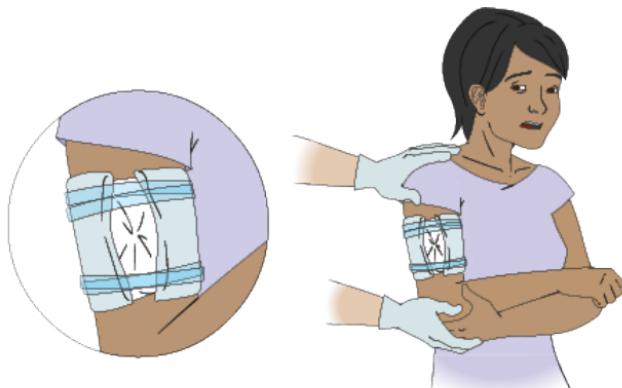
Premiers soins en cas de fracture de la partie supérieure du bras

09

Pour immobiliser une fracture ouverte de la partie supérieure du bras (humérus), suivez les étapes suivantes :

1. Exposez la blessure. Recouvrez la plaie avec un pansement stérile et vérifiez la circulation du sang de la victime.
2. Placez des compresses coussinées sur le pansement et maintenez l'ensemble à l'aide d'un bandage. Placez les compresses coussinées dans le sens de la longueur, de chaque côté de la fracture. Les compresses coussinées devraient être assez épaisses pour protéger toute extrémité d'os saillant. Fixez les compresses coussinées avec du ruban adhésif, puis effectuez un bandage suffisamment serré pour maintenir le pansement et les compresses en place.

3. Une écharpe offre un soutien total au bras, et la pose de bandages larges au-dessus et au-dessous de la fracture prévient tout mouvement du bras. Placez un coussinet sous le coude au besoin pour maintenir le bras dans une position confortable pour la victime.



Premiers soins en cas de blessure au coude

Le coude peut faire l'objet d'entorses, de fractures ou de luxations graves. Immobilisez le coude blessé dans la position dans laquelle vous l'avez trouvé, si possible, ou dans la position la plus confortable pour la victime.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure au coude, suivez les étapes suivantes :

1. Exposez la zone blessée et vérifiez la présence de plaies ouvertes. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure et comparez-la à celle du coude indemne. Si la circulation du sang est entravée, demandez rapidement une aide médicale.



2. Si la victime tient son bras plié contre sa poitrine, immobilisez-le à l'aide d'une écharpe pour bras. Ne serez pas l'écharpe au niveau du coude. Au besoin, placez un coussinet sous le coude pour maintenir le bras dans la position la plus confortable pour la victime et utilisez un bandage large pour limiter les mouvements.
3. Si la victime ne peut pas plier le coude, soutenez son bras au niveau du poignet et utilisez des bandages larges et un coussinet pour immobiliser son bras. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure et comparez-la à celle du coude indemne. Si la circulation du sang est entravée et qu'elle ne l'était pas auparavant, desserrez l'écharpe et les bandages.



09

Premiers soins en cas de fracture de l'avant-bras ou du poignet

Pour prodiguer les premiers soins en cas de fracture de l'avant-bras ou du poignet, suivez les étapes suivantes :

1. Examinez la blessure et décidez de la meilleure position pour placer l'attelle (souvent la position dans laquelle vous avez trouvé la victime). Demandez à la victime ou à un(e) passant(e) de stabiliser et de soutenir le bras blessé.
2. Mesurez l'attelle par rapport au bras non blessé pour vous assurer qu'elle est de la bonne taille. Placez un coussinet sous l'attelle pour plus de confort et pour soutenir la fracture. Positionnez le bras sur l'attelle en le bougeant le moins possible.

3. Une fois l'attelle en place, demandez à la victime ou à un(e) passant(e) de la soutenir pendant que vous la fixez.
4. Commencez au-dessus de la blessure et bandez fermement l'attelle et le bras, sans trop serrer. Laissez le bout des doigts exposés afin de pouvoir vérifier la circulation du sang en dessous de la blessure et des bandages.
5. Utilisez une écharpe pour soutenir le bras et la main de la victime et empêcher tout mouvement du coude. Laissez le bout des doigts exposés afin de pouvoir vérifier la circulation du sang.



Premiers soins en cas de blessure à la main

Lorsque vous soupçonnez une fracture d'un ou de plusieurs os de la main, suivez les étapes suivantes :

1. Examinez la main blessée et décidez de la meilleure position pour placer une attelle (souvent la position de fonction). Demandez à la victime ou à un(e) passant(e) de stabiliser et de soutenir la main blessée. En cas de plaies ouvertes, placez des pansements stériles non adhésifs entre les doigts pour éviter qu'ils ne se collent les uns aux autres.
2. Mesurez l'attelle par rapport à la main et au bras non blessé pour vous assurer qu'elle est de la bonne taille.

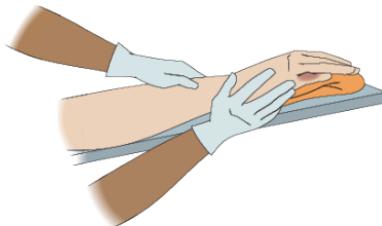
09



3. Positionnez le bras sur l'attelle en le bougeant le moins possible.

Utiliser un coussin ou un oreiller comme attelle

L'utilisation d'un coussin ou d'un oreiller comme attelle fonctionne bien, car en plus d'être ferme et rembourré, il permet à la victime de laisser reposer sa main dans sa position de fonction. Il soutient entièrement le poignet et l'avant-bras.

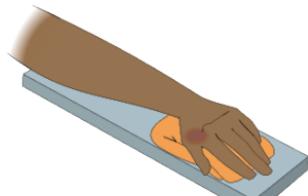


Pour utiliser un coussin ou un oreiller en guise d'attelle, suivez les étapes suivantes :

1. Fixez l'oreiller à l'aide de deux bandages larges en vous assurant qu'aucune pression n'est appliquée sur la main.
2. Laissez le bout des doigts exposés pour pouvoir vérifier la circulation du sang.

Utiliser une planche comme attelle

L'utilisation d'une planche fonctionne bien, car celle-ci est rigide, mais vous devez utiliser un coussinet pour maintenir la main de la victime dans sa position de fonction.



Pour utiliser une planche en guise d'attelle, suivez les étapes suivantes :

1. Fixez l'attelle à l'aide d'un bandage en rouleau. Laissez le bout des doigts exposés pour pouvoir vérifier la circulation du sang.
2. Immobilisez le bras dans une écharpe pour bras attachée pour maintenir l'avant-bras et la main.

Position de fonction

La **position de fonction** correspond à la position que prend naturellement la main non blessée, soit la paume vers le bas et les doigts légèrement recourbés. Cette position est plus confortable, et elle est plus sécuritaire que d'essayer d'aplatir la main contre une surface plane.

Premiers soins en cas de blessure au doigt ou au pouce

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure au doigt ou au pouce, suivez les étapes suivantes :

1. Immobilisez le doigt ou le pouce fracturé ou luxé dans la position où vous l'avez trouvé.
2. Exposez la blessure. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure.
3. Immobilisez le doigt ou le pouce dans la position la plus confortable pour la victime (laquelle est souvent sa position de fonction). Utilisez une attelle ou, si vous n'en avez pas, fixez le doigt ou le pouce blessé au doigt indemne adjacent. Utilisez un coussinet pour fournir un confort supplémentaire.
4. Utilisez une écharpe tubulaire Saint-Jean pour maintenir la blessure dans une position surélevée. Faites attention à ne pas appliquer de pression sur la blessure. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime et demandez une aide médicale.

Fractures de la jambe

Les signes et symptômes d'une fracture de la jambe sont les suivants :

- Douleurs qui peuvent être intenses
- Rotation externe du pied et de la jambe
- Déformation et raccourcissement de la jambe



Complication possible : un saignement interne qui provoque un état de choc grave.

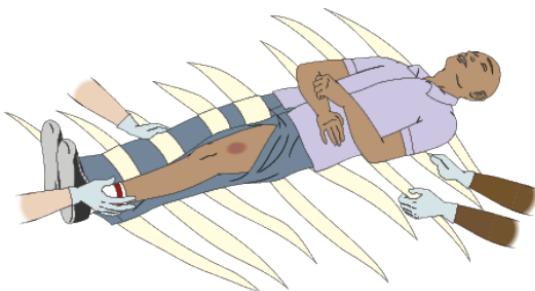
Premiers soins en cas de fracture de la partie supérieure de la jambe (fémur)

La fracture du col du fémur est une fracture courante de la partie supérieure de la jambe. Souvent désignée comme une fracture de la hanche, elle touche le plus souvent les personnes âgées. Chez une personne jeune et en bonne santé, il faut une grande force pour que la partie supérieure de la jambe se fracture. Vérifiez donc systématiquement la présence d'une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale.

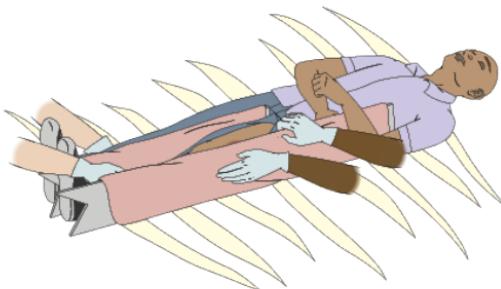
Pour immobiliser un fémur blessé (partie supérieure de la jambe), suivez les étapes suivantes :

1. Si nécessaire, composez le 9-1-1.
2. Demandez à un(e) passant(e) de stabiliser et de soutenir le membre blessé.

3. Rassemblez le matériel nécessaire pour confectionner une attelle. Mesurez-la ou les attelles par rapport à la jambe non blessée. Préparez les bandages. Placez un coussinet sous les attelles et positionnez ces dernières comme indiqué sur l'illustration.

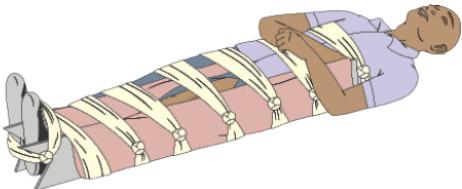


4. Nouez les bandages du torse vers la cheville en commençant par la partie la plus stable et en finissant par la plus instable.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime. Demandez une aide médicale.
6. Si vous utilisez une attelle longue et une attelle courte, placez des bandages au niveau des chevilles, des mollets, des genoux, un au-dessus et un au-dessous de la fracture, puis au niveau des hanches et de la poitrine.



7. Glissez les bandages sous les creux naturels du corps et positionnez-les comme indiqué ci-dessus.
8. Placez les attelles juste en dessous de l'aisselle et juste en dessous de l'aine.
9. Étendez les deux attelles jusqu'en dessous du pied.

10. Nouez tous les bandages sur le dessus de l'attelle.



Premiers soins en cas de blessure au genou

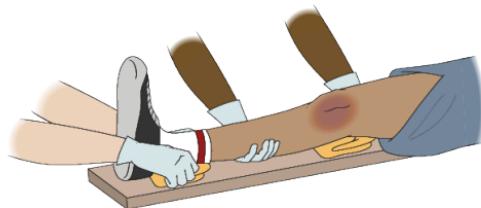
Demandez à un(e) passant(e) de stabiliser et de soutenir la jambe blessée. Exposez et évaluez la blessure. Si la victime a la jambe pliée, maintenez-la dans la position la plus confortable pour elle. Selon la blessure, la victime peut être en mesure de tendre la jambe avec votre aide. N'essayez pas de tendre la jambe de la victime si la douleur augmente ou si la jambe ne bouge pas facilement. Si la jambe ne se tend pas facilement ou sans douleur intense, posez une attelle dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure au genou, **si la jambe est tendue**, suivez les étapes suivantes :

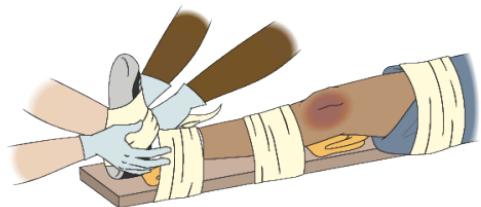
1. Exposez et évaluez la blessure.



2. Soulevez délicatement la jambe blessée et placez-la sur une attelle rembourrée.
3. Ajustez les coussinets pour qu'ils s'adaptent aux creux naturels de la jambe.



4. Effectuez deux bandages larges pour fixer l'attelle à la jambe. Utilisez un troisième bandage large pour faire un nœud en forme de 8 à la cheville.



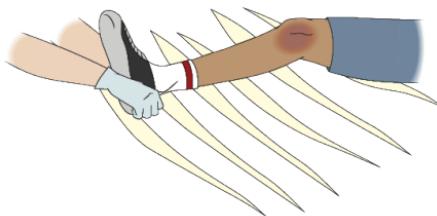
09

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure au genou, si **la jambe est pliée**, suivez les étapes suivantes :

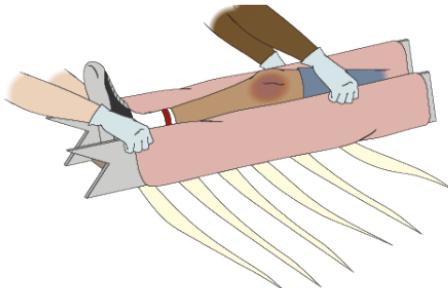
1. Exposez et évaluez la blessure.



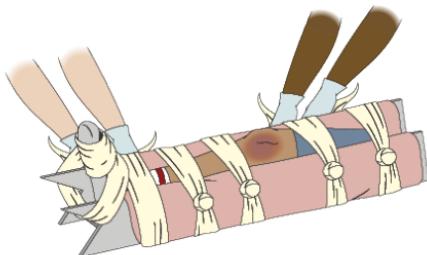
2. Placez cinq bandages larges sous la jambe; deux au-dessus du genou et trois en dessous. Utilisez un sixième bandage large pour faire un nœud en forme de 8 à la cheville.



3. Positionnez les attelles rembourrées sur les parties internes et externes de la jambe.



4. Fixez l'attelle à l'aide des bandages en maintenant la jambe en position fléchie.



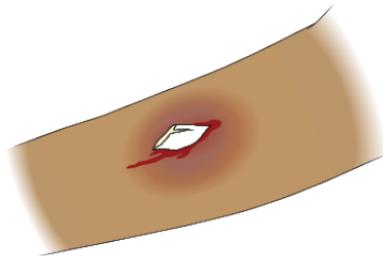
Premiers soins en cas de fracture ouverte de la partie inférieure de la jambe (tibia ou péroné)

En cas de fracture ouverte, prodiguez d'abord les premiers soins pour la plaie, puis immobilisez la fracture. Appliquez un pansement stérile sur la plaie pour prévenir toute contamination supplémentaire. Pour arrêter le saignement de la plaie, exercez une pression autour de la fracture, mais pas dessus. Appliquez des pansements et des coussinets de chaque côté de la fracture. Fixez l'ensemble avec un bandage large noué assez serré pour appliquer une pression sur les coussinets. Pour une plaie de ce type, vérifiez toujours la circulation du sang avant et après l'application des pansements.

09

Une fracture de la partie inférieure de la jambe est une blessure sportive courante, et les fractures ouvertes sont fréquentes. Immobilisez une fracture fermée de la même manière, mais sans appliquer de pansements et de bandages sur la plaie.

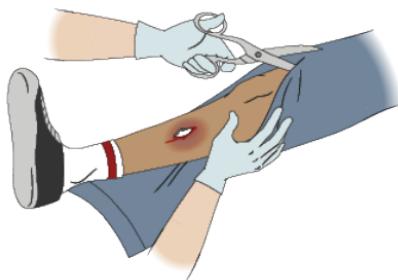
Une fracture est dite « **ouverte** » lorsque la peau est déchirée. L'os peut être saillant.



Pour prodiguer les premiers soins en cas de fracture ouverte de la partie inférieure de la jambe, suivez les étapes suivantes :

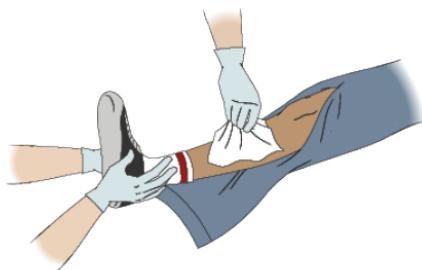
1. Si nécessaire, composez le 9-1-1.
2. Exposez la blessure. Retirez les vêtements en les coupant pour réduire le mouvement de la jambe blessée.

09



3. Montrez à un(e) passant(e) comment stabiliser et soutenir la jambe de la victime. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure. Prodiguez les premiers soins pour la plaie de la fracture ouverte. Laissez la chaussure, sauf s'il y a une plaie à examiner.

4. Recouvrez la plaie avec un pansement stérile.



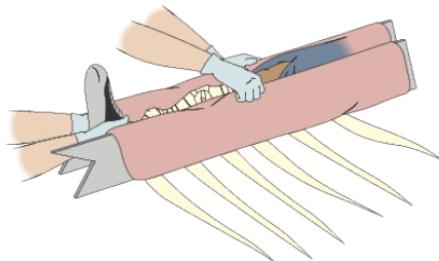
5. Les bords du pansement doivent dépasser largement ceux de la plaie. Appliquez des compresses rembourrées dans le sens de la longueur de chaque côté de la fracture, au-dessus du pansement, pour protéger l'extrémité de l'os, et fixez les compresses rembourrées à l'aide de ruban adhésif.



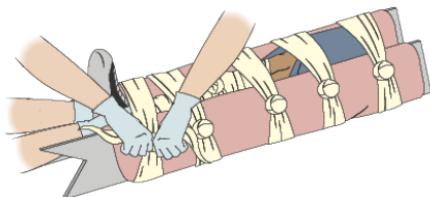
6. Nouez un bandage sur la compresse et le pansement, assez serré pour appliquer une pression sur la compresse, mais pas assez pour couper la circulation du sang. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure une fois le bandage noué. Assurez-vous qu'aucune pression n'est appliquée sur les extrémités de l'os.

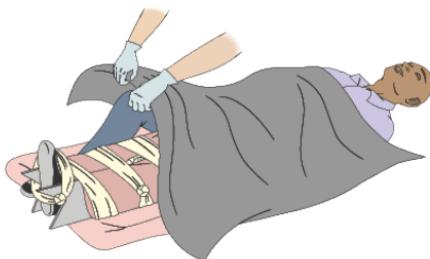
7. Immobilisez la partie inférieure de la jambe. Préparez les bandages et les attelles. Utilisez des attelles suffisamment longues pour recouvrir la jambe de l'aine jusqu'en dessous du pied. Le (la) passant(e) ne doit pas lâcher la jambe jusqu'à ce que le (la) secouriste lui dise de le faire, c'est-à-dire après avoir noué le dernier bandage. Nouez tous les bandages sur le dessus de l'attelle pour plus de confort. Placez les bandages larges à nouer au niveau de la cuisse, du genou, au-dessus et au-dessous de la fracture et à la cheville. Nouez les bandages en commençant par la cuisse (la partie la plus stable) et en continuant vers le pied. À la cheville, faites un nœud en forme de 8 pour attacher le bandage.

09



8. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure, et continuez à prodiguer des soins à la victime. Demandez une aide médicale.





Prodiguer les premiers soins si vous N'AVEZ PAS d'attelles

Si vous n'avez pas d'attelles, suivez les étapes suivantes :

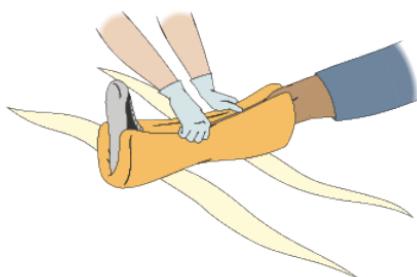
1. Utilisez la jambe non blessée comme attelle anatomique en attachant les deux jambes ensemble.
2. Placez une compresse entre les jambes (p. ex., couverture roulée).
3. Placez et nouez les bandages larges au niveau des cuisses, des genoux, au-dessus et au-dessous de la blessure, et au niveau des chevilles. Faites un nœud de forme de 8 aux chevilles.
4. Nouez les bandages sur le dessus de la compresse pour plus de confort.

Premiers soins en cas de blessure à la cheville

La cheville doit être immobilisée dès que vous soupçonnez une entorse ou une fracture. Si la blessure ne semble pas grave, ou si le trajet pour obtenir des soins médicaux peut se faire sans encombre, utilisez une couverture ou un oreiller comme attelle pour immobiliser la cheville :

1. Vérifiez la circulation du sang au niveau de la blessure.

2. Desserrez les chaussures et immobilisez la cheville à l'aide d'un oreiller ou d'une couverture roulée et de deux bandages larges. Assurez-vous que l'attelle dépasse la cheville. Fixez l'oreiller à l'aide de deux bandages larges et faites un nœud en forme de 8 à la cheville.



3. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure. Continuez à prodiguer des soins à la victime et demandez une aide médicale.

09

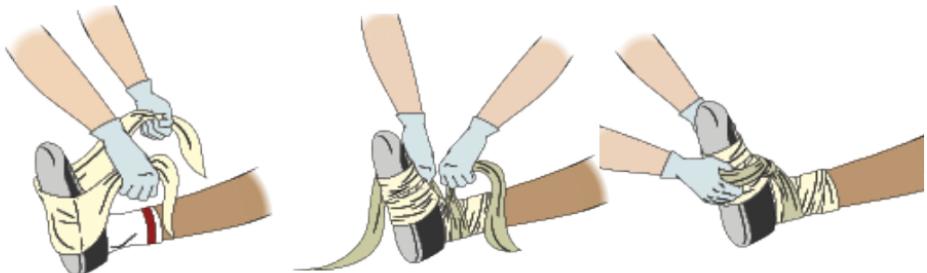


Premiers soins en cas de blessure au pied ou à l'orteil

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure au pied ou à l'orteil, suivez les étapes suivantes :

1. Vérifiez la circulation du sang en dessous de la blessure.
 2. Immobilisez la cheville en effectuant deux nœuds en forme de 8.
- Détachez les lacets et effectuez le premier nœud en forme de 8 en commençant par la plante du pied et en remontant vers la jambe.

- Faites le deuxième nœud en forme de 8 en enroulant les extrémités autour de la jambe, en les croisant devant la cheville et en les repassant sur la plante du pied. Nouez le nœud sur la plante du pied.



- Immobilisez l'orteil fracturé en l'attachant à l'orteil indemne adjacent avec du ruban adhésif. Continuez de vérifier la circulation du sang; la zone blessée pourrait enfler.

FOULURES

09

L'étirement d'un muscle ou d'un tendon au-delà de sa portée normale se définit comme une foulure, qui est soit une élongation, soit une déchirure.

Les **signes et symptômes** d'une foulure apparaissent souvent de nombreuses heures après la blessure :

- Douleur aiguë soudaine dans le muscle touché
- Enflure des muscles provoquant des crampes importantes
- Ecchymoses et raideur musculaire
- La victime pourrait ne pas être en mesure d'utiliser la partie du corps touchée (perte de la fonction)

Premiers soins en cas de foulure

Pour prodiguer les premiers soins en cas de foulure, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire. Demandez à la victime d'arrêter l'activité ayant causé la blessure.
2. Placez la victime dans une position confortable et évaluez la blessure. S'il y a une perte de la fonction, immobilisez la blessure comme pour une fracture. Gérez la blessure en appliquant le protocole RICE.
3. Continuez à prodiguer des soins à la victime. Demandez une aide médicale. Positionnez la victime sur le dos avec les genoux soulevés, ou dans une position confortable au repos.



Chapitre 10

Blessures à la tête et à la colonne vertébrale

BLESSURES À LA TÊTE

Les signes et symptômes suivants indiquent une possible fracture du crâne ou des os du visage, une commotion ou une blessure par compression :

- Une déformation du crâne
- Un cuir chevelu enflé, qui saigne ou présente des ecchymoses
- Un liquide de couleur paille ou du sang s'écoulant du nez ou des oreilles
- Des ecchymoses autour des yeux (œil au beurre noir) ou derrière les oreilles
- Des nausées ou des vomissements, surtout chez les enfants
- De la confusion, de l'hébétude, parfois des réactions combatives
- Une perte de connaissance partielle ou totale
- Un arrêt respiratoire ou une respiration irrégulière
- Un pouls très lent
- Des pupilles de taille inégale
- De la douleur au niveau de la blessure
- Une faiblesse ou une paralysie des bras ou des jambes
- De la douleur lors de la déglutition ou des mouvements de la mâchoire
- Des blessures dans la bouche
- Des dents arrachées
- Un état de choc
- Des convulsions

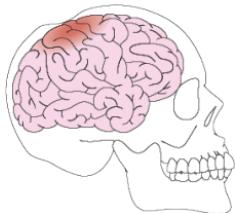
Une victime inconsciente atteinte d'un traumatisme crânien peut vomir. Préparez-vous à tourner la victime sur le côté (à l'unisson si possible) et à dégager rapidement ses voies respiratoires.

Casques

Les casques sont conçus pour protéger la personne qui les porte contre les fractures. Ils ne sont pas réellement conçus pour la protéger contre les commotions cérébrales ou les blessures par compression, mais ils permettent d'en réduire l'intensité. Si vous voyez des dommages sur le casque, vous devez soupçonner une commotion ou une blessure par compression.

Fractures du crâne

Les fractures du crâne peuvent être provoquées par une force directe ou indirecte transmise par les os. Les fractures peuvent survenir dans le crâne, à la base du crâne ou au niveau du visage.



Les fractures faciales comprennent les fractures au nez, aux os autour des yeux, à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. Les fractures de la mâchoire sont souvent compliquées par des blessures à l'intérieur de la bouche.

Premiers soins en cas de blessure à la tête

Les premiers soins pour les fractures du crâne dépendent des signes et de la zone de la fracture. En cas de fracture du crâne, il faut soupçonner une lésion de la colonne vertébrale et prodiguer les premiers soins comme s'il s'agissait d'une blessure au cou. La tête et le cou doivent être immobilisés en conséquence.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure à la tête, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Évaluez le mécanisme de la blessure. Si vous soupçonnez une blessure à la tête, dites à la victime de ne pas bouger et demandez une aide médicale. Stabilisez et soutenez la tête avec vos mains dès que possible. Faites un examen primaire.

2. Si du sang ou du liquide s'échappe du conduit auditif, fixez délicatement un pansement stérile sur l'oreille, en veillant à ce que les liquides puissent s'écouler.
3. Si vous soupçonnez une fracture sous-jacente du crâne, protégez les zones de dépression, les bosses, les boursouflures ou les blessures du cuir chevelu. Évitez d'appliquer une pression sur la zone de la fracture.
4. Demandez à la victime de ne pas se moucher si du sang ou du liquide coule de son nez. N'empêchez pas le sang de s'écouler. Essuyez les saignements pour éviter qu'ils ne pénètrent dans la bouche et ne provoquent des difficultés respiratoires.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne la relève.

Premiers soins en cas de fracture de la mâchoire ou des os du visage

Pour prodiguer les premiers soins en cas de fracture de la mâchoire ou des os du visage, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Si vous soupçonnez une blessure à la tête, dites à la victime de ne pas bouger et demandez une aide médicale. Stabilisez et soutenez la tête avec vos mains dès que possible. Faites un examen primaire. Vérifiez les voies respiratoires et assurez-vous que rien ne se trouve dans la bouche de la victime.
2. Enlevez toute dent cassée ou prothèse dentaire desserrée et assurez le drainage du sang et de la salive.
3. Si **vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale**, stabilisez et soutenez la victime dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'aide médicale.

4. Si **vous ne soupçonnez pas de blessure à la tête ou à la colonne vertébrale :**

- Si la victime est consciente, placez-la en position assise, la tête bien en avant pour permettre aux fluides de s'écouler librement.
 - Si la victime n'est pas en mesure de s'asseoir confortablement, placez-la en position latérale de sécurité.
 - Si la victime est inconsciente et respire, placez-la en position latérale de sécurité.
5. Demandez une aide médicale et continuez à prodiguer des soins à la victime.

Si la victime est transportée sur une civière, assurez-vous que la bouche et le nez sont bien drainés pour que sa respiration ne soit pas entravée.

Blessures par compression

Une blessure par compression se produit lors de l'accumulation de liquide ou de sang entre le crâne et le cerveau. Cette accumulation exerce une pression sur le cerveau, car le liquide n'a nulle part où s'évacuer. Les signes et les symptômes s'aggravent donc avec le temps, à mesure que la pression s'accumule. Il est très important de surveiller une victime après un coup à la tête pour détecter les signes et symptômes d'une blessure par compression, même si la blessure initiale est mineure.

- Perte de conscience
- Baisse du niveau de conscience
- Nausée et vomissements
- Pupilles de taille inégale
- Une des pupilles de la victime (ou les deux) ne réagit pas à la lumière

COMMOTION

Une **commotion** est une perturbation temporaire des fonctions du cerveau, généralement causée par un coup à la tête ou au cou. La victime peut perdre conscience, mais pendant quelques instants seulement. La victime se rétablit généralement rapidement, mais il existe un risque de lésions cérébrales graves.

Lorsque la tête est en mouvement et qu'elle s'arrête brusquement (en heurtant le sol ou une autre personne, par exemple), le cerveau à l'intérieur continue de bouger pendant un instant, puis heurte l'intérieur du crâne. Il est même possible que le cerveau rebondisse sur l'intérieur du crâne et heurte une autre partie du crâne.



10

Lors de l'évaluation des signes et symptômes d'une commotion cérébrale, il est important de se rappeler que ceux-ci peuvent ne pas apparaître immédiatement et être plus difficiles à détecter. Les signes et les symptômes d'une commotion légère peuvent être mis sur le compte d'un autre problème.

Signes et symptômes d'une commotion

Commotion légère

Commotion sévère

REMARQUE : Ces signes et symptômes peuvent apparaître plusieurs heures après l'incident.

Maux de tête légers

Perte de conscience partielle ou totale, généralement de courte durée

Légère sensibilité à la lumière ou aux sons

Lenteur à se lever ou confusion visible immédiatement après l'incident

Confusion ou hébétude visible

Respiration superficielle

Mouvements lents ou maladroits

Mouvements lents ou maladroits

Sensation « d'être dans le brouillard »

Impression de voir (ou d'avoir vu) « des étoiles »

Problèmes de confusion ou de concentration

Perte de mémoire concernant les événements survenus immédiatement avant et après la blessure

Maux de tête sévères (pas de douleur locale au niveau du cuir chevelu)

Premiers soins en cas de commotion

Examinez le mécanisme de la blessure et déterminez si des précautions d'immobilisation de la colonne vertébrale doivent être prises. Évaluez la victime pour déterminer la sévérité potentielle de l'incident. **Une victime qui a perdu conscience a besoin de soins médicaux. Composez le 9-1-1.**

Dans le cas d'une **commotion légère** sans perte de conscience accompagnée de signes et symptômes légers (légère perte de mémoire, maux de tête, légers vertiges), la victime doit être examinée par un(e) médecin dès que possible dans les 24 heures suivant la blessure.

Dans le cas d'une **commotion modérée** sans perte de conscience accompagnée de signes et symptômes modérés (difficulté à se souvenir des événements, maux de tête, vision floue, etc.), la victime doit être examinée par un(e) médecin dans les heures suivant la blessure.

Dans le cas d'une **commotion sévère** avec perte de conscience ou accompagnée de signes et symptômes sévères (confusion, nausées et vomissements, sensibilité à la lumière, lenteur importante pour se lever), composez le 9-1-1 pour que la victime soit transportée à l'hôpital par les services médicaux d'urgence (SMU).

BLESSURES À LA COLONNE VERTÉBRALE

Une blessure à la colonne vertébrale risque d'affecter la moelle épinière qui la traverse et les nerfs qui en partent.

Des lésions à la moelle épinière ou aux nerfs peuvent entraîner une perte totale et permanente de la sensibilité et une paralysie au niveau de la blessure. Dans toute situation d'urgence, évaluez la possibilité d'une blessure à la colonne vertébrale.

Si vous soupçonnez une blessure à la colonne vertébrale, prodiguez les premiers soins en conséquence et demandez une aide médicale dès que possible.

Appuyez-vous sur la description de l'incident, en particulier sur le mécanisme de la blessure, pour déterminer s'il y a un risque de blessure à la colonne vertébrale. Si la description de l'incident suggère une blessure à la colonne vertébrale, prodiguez les premiers soins en conséquence, même si la victime ne présente aucun des signes et symptômes énumérés ci-dessous.



- Enflure ou ecchymose au niveau de la blessure
- Engourdissement, picotements ou perte de sensibilité dans les bras et les jambes d'un ou des deux côtés du corps
- Incapacité à bouger les bras ou les jambes d'un ou des deux côtés du corps
- Douleur au niveau de la blessure
- Signes d'état de choc

Premiers soins en cas de blessure à la colonne vertébrale

Les premiers soins en cas de blessure à la colonne vertébrale visent à prévenir l'aggravation de la blessure en empêchant tout mouvement de la zone blessée. Lorsqu'il est nécessaire de déplacer la victime, soutenez-la de manière à minimiser les mouvements de la tête et de la colonne vertébrale. Pour prodiguer les premiers soins en cas de blessure à la colonne vertébrale, suivez les étapes suivantes :

1. Dès que vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, dites à la victime de ne pas bouger. Stabilisez et soutenez la tête et le cou de la victime dès que vous le pouvez.
2. Montrez à un(e) passant(e) comment effectuer les interventions suivantes :
 - Garder les coudes au sol pour garder les bras stables
 - Tenir fermement la tête de la victime avec les doigts le long de la ligne de la mâchoire
 - Ne pas couvrir les oreilles de la victime, ce qui l'empêcherait de vous entendre



3. Montrez à un(e) deuxième passant(e) comment stabiliser et soutenir les pieds de la victime. La tête et les pieds doivent être soutenus en permanence jusqu'à ce que la victime soit totalement immobilisée ou que l'équipe d'aide médicale prenne le relais.



4. Faites un examen primaire. Si la victime ne réagit pas, vérifiez si elle respire avant d'ouvrir les voies respiratoires.
5. Effectuez un examen secondaire, au besoin.
6. Si l'équipe d'aide médicale arrive sur les lieux, stabilisez et soutenez la victime dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée et continuée à lui prodiguer des soins. Continuez à stabiliser et à soutenir la tête et le cou de la victime jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'aide médicale.

10

Placer une victime sur le dos lorsqu'on soupçonne une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale

Vous devez prodiguer les premiers soins dans la position dans laquelle la victime a été trouvée dans la mesure du possible. Parfois, il est nécessaire de retourner la victime pour évaluer des blessures potentiellement mortelles ou lui prodiguer des premiers soins qui pourraient lui sauver la vie.

Lorsque vous soupçonnez une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, déplacez la victime en un seul mouvement pour que la tête et la colonne vertébrale restent essentiellement dans la même position.

Pour placer une victime sur le dos, suivez les étapes suivantes :

1. Le (la) secouriste à de la tête de la victime soutient la tête en plaçant la main droite du côté droit de la tête de la victime et la main gauche du côté gauche de sa tête.
2. L'autre secouriste allonge le bras de la victime qui se trouve le plus près de lui (d'elle) par-dessus sa tête et saisit fermement les épaules et la taille de la victime.



3. Les deux secouristes coopèrent ensuite pour faire rouler la victime sur le dos. Le (la) secouriste à de la tête maintient la tête dans sa position initiale tandis que le (la) deuxième secouriste fait rouler la victime de manière à éviter toute torsion du corps.

10



4. Si de l'aide supplémentaire est disponible, demandez à un(e) troisième secouriste de soutenir les jambes pour éviter une torsion du cou et de la colonne vertébrale. Si quatre secouristes sont présent(e)s, demandez à un(e) secouriste de se placer aux épaules de la victime et à un(e) autre, à sa taille.



BLESSURES AU BASSIN

Les signes et les symptômes d'une blessure au bassin comprennent les suivants :

- Des signes d'un état de choc (la victime pourrait souffrir d'une hémorragie interne)
- Incapacité à se tenir debout ou à marcher
- Besoin d'uriner
- Incapacité à uriner ou présence de sang dans l'urine
- Douleur vive à l'aine et au bas du dos
- Douleur accrue lors d'un mouvement

Premiers soins en cas de blessure au bassin

Prodiguez les premiers soins comme vous le feriez pour une blessure à la colonne vertébrale. Stabilisez et soutenez la victime dans la position dans laquelle elle a été trouvée pendant que vous attendez que l'équipe d'aide médicale arrive. Stabilisez la région pelvienne avec du matériel rembourré, comme des couvertures, de chaque côté.

Pour éviter d'aggraver la blessure, laissez la victime dans la position dans laquelle elle se trouve, à moins qu'une intervention immédiate soit requise. Dans la mesure du possible, évitez de déplacer la victime jusqu'à l'arrivée des SMU ou à moins d'indication contraire de l'opérateur(-trice) du 9-1-1.

Chapitre 11

Sensibilisation à la santé mentale

INTRODUCTION

En tant que secouriste, il est probable que vous ayez l'opportunité de reconnaître et de traiter un trouble de santé mentale. Les renseignements contenus dans ce chapitre visent à aider les secouristes et ne sont pas destinés à fournir une solution ou un diagnostic pour un trouble de santé mentale.

La clé pour aider une personne souffrant d'un trouble de santé mentale est de faire preuve d'empathie et de patience. Les secouristes peuvent travailler en collaboration avec la personne en difficulté en faisant preuve d'une sincère curiosité plutôt qu'en portant un jugement.

QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

L'Agence de la santé publique du Canada définit la santé mentale comme « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle. »

Les blessures mentales peuvent être associées à la santé d'une personne dans son ensemble.

STIGMATISATION

La stigmatisation peut être définie comme « un ensemble de croyances et de préjugés négatifs à l'égard d'un groupe de personnes, ainsi que des comportements négatifs envers des groupes de personnes.

Il est important de prendre conscience de la stigmatisation et de la remettre en question; selon la Commission de la santé mentale, « 60 % des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale ne chercheront pas l'aide dont elles ont besoin en raison de la stigmatisation associée à l'étiquette de malade mental »

Pour mieux comprendre les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale, nous devons changer notre façon de penser. Plutôt que de nous demander : « *Qu'est-ce qui ne va pas chez cette personne?* » il faut nous demander : « *Qu'est-il arrivé à cette personne et comment puis-je l'aider?* »

GUIDE SUR LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE

Le *Guide sur la santé mentale et le bien-être* illustre quatre phases liées à la santé mentale et au bien-être qu'une personne peut traverser au travail. Il traite des signes et symptômes particuliers (caractéristiques) d'un bout à l'autre du spectre, du bien-être (phase de résilience) aux difficultés de santé mentale (phase de détresse) et aux deux phases intermédiaires (phase de difficulté et phase d'inquiétude). En outre, ce guide propose des stratégies pour l'amélioration de la santé mentale et du bien-être. L'objectif de ce guide est d'aider les personnes à mieux comprendre leur santé mentale et leur bien-être ainsi que les difficultés que peuvent éprouver les autres.

Ce guide ne dresse pas la liste de tous les signes ou symptômes possibles qu'une personne peut présenter, et il ne doit pas être utilisé comme un outil pour poser un diagnostic. Il s'agit simplement d'un guide pouvant aider à cerner les sources de stress dans la vie des gens, à encourager la résilience mentale et physique, à favoriser des discussions saines sur la santé mentale et le bien-être, et à aider chacun d'entre nous à veiller sur les personnes qui l'entourent et à créer de manière proactive un environnement sain et favorable dans lequel vivre et travailler. Il est de notre responsabilité à tous et à toutes de maintenir un environnement sain, de soutenir le rétablissement et de tendre la main aux personnes pouvant être aux prises avec un trouble de santé mentale. Pour obtenir des suggestions sur la manière de tendre la main aux personnes dans le besoin, veuillez-vous référer au modèle de soutien TEMA.

Tableau 11.1 Phases de la santé mentale et du bien-être. © The TEMA Foundation, 2019, 2021. Tous droits réservés.

Caractéristiques — signes et symptômes (corps, esprit, émotions, comportements)	Stratégies suggérées pour améliorer la santé mentale et le bien-être
Phase de résilience Niveau élevé de bien-être et de résilience et bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle	
Bonne santé physique et émotionnelle	Maintien d'un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle
Enthusiasme, engagement auprès d'autres personnes, participation aux activités de la maison, de la communauté ou du milieu de travail	Maintien du contact social
Bonne présence générale (école, travail, famille, société, communauté, etc.)	S'entourer de choses que l'on aime et pour lesquelles on se passionne
Facilité à exprimer sa joie et son engouement, bonne motivation et énergie	Prendre conscience de ce que l'on fait pour demeurer résilient(e)
Bonne utilisation des techniques d'adaptation, moyens positifs de gérer les sentiments et les émotions	S'amuser
Satisfaction par rapport à la vie personnelle et au travail	Savoir s'accorder la priorité et prendre du temps pour soimême

	Faire de l'exercice physique
	Se reposer, se détendre et bien manger
	Réfléchir à ce qui va bien et s'appuyer sur ces éléments
Caractéristiques — signes et symptômes (corps, esprit, émotions, comportements)	Stratégies suggérées pour améliorer la santé mentale et le bien-être
	S'entourer de bonnes personnes, de bonnes activités et d'un bon environnement Élaborer un plan de soins personnels

Phase de difficulté En difficulté, mais maintien d'une vie plus ou moins équilibrée	
Irritabilité, étourderie, fatigue inhabituelle	
Manque de rigueur quant aux engagements (école, travail, famille, communauté, etc.)	Être attentif à soi-même et à son environnement
Moins d'engagement envers les autres, moins de socialisation, perte de motivation	Prendre plus de temps pour se reposer et se détendre
Accomplissement de tâches, mais sans grand enthousiasme	Se fixer de petits objectifs réalistes afin de ressentir que l'on accomplit des choses

Augmentation du niveau de stress	Demander de l'aide
Activité réduite	Se concentrer sur ses points forts
Difficulté à maintenir l'équilibre entre ses divers engagements	Se concentrer sur ce que l'on attend des autres
	Essayer de ne pas éviter les contacts avec les autres — s'efforcer d'interagir avec d'autres personnes tous les jours
	S'entourer de bonnes personnes
Caractéristiques — signes et symptômes (corps, esprit, émotions, comportements)	Stratégies suggérées pour améliorer la santé mentale et le bien-être
	Devenir plus actif(-ive) pour réduire le stress
	Se concentrer sur des stratégies plus saines pour s'adapter
	Prendre le temps de réfléchir à ses sentiments et à ses besoins
	Faire preuve de gentillesse envers soi-même — chercher à trouver un meilleur équilibre
	Élaborer un plan de soins personnels

Phase d'inquiétude

Début de problèmes de santé mentale et de bien-être, Mauvais équilibre de vie

Repli émotionnel sur soi	Prendre conscience de ses propres limites et difficultés
Sentiments de désespoir et d'impuissance	Demander de l'aide professionnelle
Augmentation de la consommation ou de l'abus de substances	Accepter l'aide des autres
Faible niveau d'activité, faible niveau de bien-être mental	Rester en contact avec des personnes prêtes à aider
Mauvaise santé physique ou mentale	Éviter l'isolement
Apathie	Reconnaitre ses difficultés
	Trouver du temps pour se concentrer sur soi-même
Caractéristiques — signes et symptômes (corps, esprit, émotions, comportements)	Stratégies suggérées pour améliorer la santé mentale et le bien-être
Important manque de rigueur quant aux engagements (école, travail, famille, société, etc.)	Réfléchir à ce qui a pu mener à la situation actuelle
Manque de motivation ou surcharge de travail — difficulté à accomplir les tâches	Chercher un soutien médical pour mieux comprendre ses problèmes de santé mentale et de bien-être

Moins de tolérance, frustration, agitation, accidents fréquents	S'entourer de personnes, d'activités et de ressources bénéfiques
Négativité prédominante	Élaborer un plan de soins personnels
Apparence négligée	
Phase de détresse Détresse mentale — changement important de la pensée, du comportement et des actions	
Mauvaise santé mentale et physique — manque de soins personnels	Obtenir de l'aide professionnelle et médicale
Épuisement, anxiété, panique, déprime, manque de sommeil	Rester en contact avec des personnes prêtes à aider — éviter l'isolement
Frustration, accès de colère	Se concentrer sur l'amélioration de son état physique et émotionnel

Caractéristiques — signes et symptômes (corps, esprit, émotions, comportements)	Stratégies suggérées pour améliorer la santé mentale et le bien-être
Beaucoup d'absences ou de retards (travail, école, famille, société, etc.)	Se protéger
Repli sur soi, manque d'engagement	Suivre les recommandations en matière de soutien de professionnel(l)e)s

Évitement des autres	Élaborer un plan de soins personnels
Perte de jugement, pensée perturbée	Élaborer un plan de protection
Peu ou pas de motivation ou de productivité	
Attitude de « je-m'en-foutisme »	
Tendances suicidaires, toxicomanie ou dépression nerveuse	

TRAITER UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE AU MOYEN DU MODÈLE TEMA

Soutenir une personne qui traverse une période difficile ou l'aider à surmonter un trouble de santé mentale peut être très ardu, mais c'est quelque chose d'extrêmement important.

Nous ne pouvons plus nous contenter de parler de santé mentale et de blessure mentale; nous devons agir et trouver des manières efficaces d'apporter du soutien. Nous jouons tous et toutes un rôle dans l'équilibre entre santé mentale et santé physique.

Agir

Agissez en suivant ces étapes :

1. Observer le comportement
2. Reconnaître le besoin

Changer notre approche en matière de santé mentale et de bien-être permet de changer la donne pour tout le monde. Nous pouvons tous et toutes jouer un rôle important auprès de personnes aux prises avec un trouble de santé mentale. La première étape du modèle TEMA est *Agir*.

Agir peut se traduire par une discussion en personne, un message texte, un courriel, un appel téléphonique ou une prise de contact par l'entremise d'une autre source (collègue ou ami). Agir signifie avoir la confiance nécessaire pour aborder quelqu'un après avoir observé quelque chose de différent ou d'inquiétant, reconnaître la nécessité d'agir, évaluer les besoins de la personne et, enfin, déterminer ce que l'on compte faire pour lui venir en aide.

Engager la conversation

Après avoir agi, les secouristes doivent être capables de mener en toute confiance une conversation sûre, saine et respectueuse. Parfois, le plus grand défi consiste à entamer une conversation délicate.

Certaines conversations ne sont jamais faciles, mais on peut les mener de manière productive, respectueuse et bénéfique pour tout le monde.

Voici quelques éléments à garder à l'esprit lorsque l'on entame une conversation difficile :

- Aller droit au but et faire preuve de sincérité et d'honnêteté.
- Faire preuve de respect.
- Se rappeler d'utiliser des techniques d'interaction verbales et non verbales.
- Être sensible aux différences culturelles.
- Éviter les propos stigmatisants.
- Faire preuve de sensibilité et d'empathie.
- Se concentrer sur les points forts (positifs).
- Choisir le bon moment et le bon endroit pour la discussion.
- Se concentrer sur les préoccupations que l'on ressent par rapport à l'autre personne en parlant à la première personne (p. ex., « j'ai remarqué... », « je suis inquiet[-ète] ... », « j'ai vu... », « j'ai entendu... », etc.).

Le langage que l'on utilise est important dans le cadre des conversations significatives. Il faut s'assurer de montrer que l'on se préoccupe de la personne plutôt que de porter un jugement sur elle.

Établir des relations significatives

Les humains ont besoin de relations. Les relations significatives varient d'une personne à l'autre, en particulier dans le cas des personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. En général, ces relations consistent à donner sans attendre quoi que ce soit en retour, à s'ouvrir et à se montrer vulnérable, à faire preuve de respect, à savoir écouter et à être authentique et empathique.

La liste ci-dessous présente des conseils à retenir lors de l'établissement d'une relation dans le cadre d'une conversation sur la santé mentale et le bien-être. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive, mais elle peut servir de point de départ pour la compréhension.

- Appréciez la personne avec laquelle vous parlez.
- Tirez le meilleur parti de votre relation — n'abandonnez pas.
- Posez des questions avec sincérité et empathie.
- Sortez des sentiers battus.
- Investissez-vous dans la relation — recherchez des similitudes plutôt que des différences.
- Rendez l'environnement sûr, accueillant et propice aux conversations.
- Renforcez votre conscience de la personne à laquelle vous parlez et des difficultés qu'elle peut éprouver.
- Utilisez le modèle **ECO**:
 - a. **Écoutez** la personne.
 - b. Tentez de **comprendre** la personne ou sa situation.
 - c. **Observez** ses difficultés.
- Intéressez-vous à la personne.
- Posez des questions ouvertes.
- Faites attention à votre langage corporel — assurez-vous qu'il est accueillant et qu'il démontre votre attention et votre sollicitude.
- Rappelez-vous qu'être d'accord avec une personne et la comprendre sont deux choses différentes; vous n'êtes pas dans l'obligation d'être d'accord avec la personne, mais, en tant que secouriste, efforcez-vous de la comprendre et de comprendre sa situation.

Obtenir de l'aide

Une fois que vous avez une idée de ce que l'autre personne vit, il faut commencer à réfléchir à la façon de l'aider du point de vue de la santé mentale et du bien-être.

Pistes d'aide

Les ressources vers lesquelles vous devez orienter une personne dépendent de la nature de sa situation et de ce qui est offert dans votre région.

Ressources immédiates

Les ressources immédiates comprennent les suivantes :

- 9-8-8 : ligne d'aide en cas de crise de suicide
- Services d'écoute téléphonique
- Salles d'urgence locales
- 9-1-1

Ressources professionnelles

Les ressources professionnelles comprennent les suivantes :

- Professionnel(le)s de la santé — médecins, infirmier(-ière)s, conseiller(-ère)s, etc.
- Programme d'aide aux employés (PAE)
- La ligne 2-1-1 offre des ressources gouvernementales et communautaires disponibles en tout temps en 150 langues par téléphone, par messagerie texte, par clavardage et en ligne
- Jeunesse, J'écoute : 1 800 668-6868 (pour les personnes de 20 ans ou moins)
- <https://parlonsuicide.ca/services-de-crises-du-canada>
- <https://thelifelinecanada.ca/fr/>
- <https://fr.suicideprevention.ca/> — offre des ressources provinciales pour les crises de santé mentale et le suicide

Ressources supplémentaires

Les ressources supplémentaires comprennent les suivantes :

- Membres de la famille, camarades, animaux domestiques ou autres personnes ayant apporté leur aide dans le passé
- Guide spirituel(le)

Autres ressources éducatives

Les autres ressources éducatives comprennent les suivantes :

- Santé mentale et bien-être en milieu de travail : programme d'un jour chez Ambulance Saint-Jean, conçu en collaboration avec la Fondation TEMA
- Premiers soins en santé mentale : programme de deux jours conçus par la Commission de la santé mentale du Canada

BLESSURES PHYSIQUES ET BLESSURE MENTALE

Notre corps ne dispose que d'un nombre limité de moyens de signaler que quelque chose ne va pas. Par conséquent, de nombreux signes et symptômes des blessures mentales sont identiques ou similaires à ceux des affections physiques.

Les secouristes doivent toujours garder cela à l'esprit.

Les affections physiques qui présentent des signes et des symptômes similaires à ceux des blessures mentales comprennent les suivantes :

- Urgences liées au diabète
- Réactions aux médicaments ou aux drogues
- Urgences environnementales (blessures liées à la chaleur ou au froid)
- Blessures à la tête
- Infections et fièvres
- Manque d'oxygène
- État de choc

Si le bien-être d'une victime vous préoccupe, aidez-la à obtenir une aide appropriée en matière de santé mentale. Il est plus important de se concentrer sur l'obtention de l'aide appropriée que d'essayer de déterminer la cause de l'urgence.

CRISES DE PANIQUE

Une crise de panique est à la fois un trouble de santé mentale et une blessure physique. Les signes et les symptômes sont similaires à ceux d'une crise cardiaque, et il peut donc s'avérer impossible pour les secouristes de différencier les deux phénomènes. Les crises de panique peuvent être graves et, si elles ne sont pas traitées, entraîner une affection physique plus grave encore. Il est donc toujours recommandé d'appeler le 9-1-1.

Les signes et les symptômes d'une crise de panique peuvent inclure la totalité ou une partie des éléments suivants :

- Peur intense démesurée compte tenu des circonstances
- Sentiment d'étouffement
- Tremblements ou agitation
- Sentiment d'irréalité ou de détachement de soi ou de l'environnement
- Sentiment de vertige, d'instabilité, d'étaudissement ou de faiblesse
- Sentiment de perdre le contrôle ou la raison
- Peur de mourir
- Sentiment de catastrophe ou de mort imminente
- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Nausées ou vomissements

Premiers soins en cas de crise de panique

Pour prodiguer les premiers soins en cas de crise de panique, suivez les étapes suivantes :

1. Appelez le 9-1-1.
2. Faites asseoir la victime dans une position confortable, de préférence dans un endroit calme.
3. En attendant l'arrivée de l'équipe d'aide médicale, et si la victime souffre d'hyperventilation, essayez de ralentir sa respiration. Exemples de façons d'aider une personne à se concentrer sur sa respiration :
 - Respiration carrée : on inspire pendant quatre secondes, on retient son souffle pendant quatre secondes, on expire pendant quatre secondes et on retient son souffle pendant quatre secondes. Remarque : Il n'est pas obligatoire de s'en tenir à des durées de quatre secondes pour la respiration carrée. Commencez par une durée raisonnable pour la victime et augmentez la durée au fur et à mesure que la victime se calme.
 - Demandez à la victime d'inspirer par le nez et d'expirer par la bouche.

11 *Ne faites pas respirer la victime dans un sac en papier.
Cela n'est pas efficace et peut entraîner des complications supplémentaires.*

TRAUMATISMES LIÉS AU STRESS PROFESSIONNEL

Le stress professionnel désigne le stress associé à l'emploi d'une personne. Il peut être lié à des responsabilités ou des charges de travail supplémentaires sans changements correspondants en matière de soutien, de conflit de rôle ou d'heures de travail. Dans des cas extrêmes, il peut être lié au harcèlement, à l'intimidation et à un environnement de travail toxique.

Un traumatisme lié au stress professionnel survient lorsque des facteurs légers de stress atteignent un point critique.

Signes et symptômes des traumatismes liés au stress professionnel

Voici les signes et les symptômes des traumatismes liés au stress professionnel :

- Perturbations du sommeil et fatigue
- Irritabilité
- Désintérêt pour la nourriture
- Anxiété ou panique, particulièrement en lien avec le travail
- Désintérêt pour le travail
- Augmentation de la prise de risque au travail
- Isolation des collègues
- Comportement agressif

Mesures pour soigner les traumatismes liés au stress professionnel

Comme avec de nombreuses situations de secourisme, la prévention est le meilleur soin. Si vous reconnaissiez certains des symptômes ci-dessus, identifiez des moyens pour réduire les facteurs de stress professionnel dans votre vie.

- Faites usage de vos journées de vacances ou de santé mentale disponibles.
- Réservez du temps chaque jour et chaque semaine pour vos intérêts personnels (même 15 minutes par jour peuvent aider).
- Parlez à votre famille et à vos ami(e)s de vos difficultés au travail.
- Efforcez-vous de dormir davantage.
- Faites régulièrement de l'exercice physique.
- Mangez bien et évitez de sauter des repas.
- Laissez le travail au travail — la maison est réservée à la famille et au temps pour soi.

Si vous pensez qu'un(e) collègue pourrait être victime d'un traumatisme lié au stress professionnel, suivez les étapes du modèle TEMA et faites appel aux ressources humaines, à un(e) médiateur(-trice) ou à des organismes gouvernementaux si nécessaire (p. ex., ministère du Travail).

Chapitre 12

Urgences médicales

URGENCES LIÉES AU DIABÈTE

Le **diabète** est causé par un manque d'insuline dans le sang ou, lorsqu'il y a assez d'insuline, par l'incapacité des cellules à l'utiliser convenablement. L'insuline est une hormone produite par le pancréas qui régule la quantité de glucose dans le sang. Chez la personne diabétique, le sucre s'accumule dans le sang et les cellules ne reçoivent pas l'énergie dont elles ont besoin, ou encore la glycémie atteint un taux anormalement bas.

Une personne diabétique prend des médicaments sous forme de comprimé ou d'injection et surveille étroitement son alimentation (apport énergétique) et son niveau d'activité physique (dépense énergétique). L'urgence diabétique survient lorsqu'il y a trop ou pas assez d'insuline dans le sang.



- **Hypoglycémie :** pas assez de sucre et trop d'insuline
- **Hyperglycémie :** trop de sucre, pas suffisamment d'insuline

Signes et symptômes de l'hypoglycémie et de l'hyperglycémie

Hypoglycémie

Pouls fort et rapide
Respiration superficielle
Peau moite, pâle et froide
Perte de connaissance
Maux de tête
Confusion, irritabilité et agressivité
Tremblements, démarche chancelante
Difficulté à s'exprimer

Hyperglycémie

Pouls faible et rapide
Respiration profonde et soupirante
Peau rouge, sèche et chaude
Somnolence allant jusqu'à la perte de connaissance
Soif
Nausée et vomissements
Besoin fréquent d'uriner
Haleine évoquant une odeur de dissolvant de vernis à ongles (acétone)

Premiers soins en cas d'urgence diabétique

Le but des procédures de secourisme pour une urgence diabétique est de prévenir l'aggravation de l'état de la victime.

Si la victime est consciente, demandez-lui ce qui ne va pas. Si elle indique être dans un état d'hyperglycémie grave, surveillez-la et composez le 9-1-1. Elle nécessite des soins hospitaliers.

Si elle indique être dans un état d'hypoglycémie grave ou qu'elle n'est pas en mesure de répondre, fournissez-lui des aliments ou des boissons contenant du sucre. Elle doit être suffisamment consciente pour avaler le sucre sans s'étouffer.

La personne diabétique peut avoir des comprimés de glucose en sa possession pour traiter l'hypoglycémie. Si la victime est en mesure de répondre et capable d'avaler, aidez-la à prendre ses comprimés de glucose; répétez la dose si les symptômes persistent après 15 minutes.

Bonnes sources de sucre

Si vous n'avez pas de comprimés de glucose à votre disposition, utilisez d'autres types de sucres alimentaires comme ceux-ci :

- Bonbons mous
- Chocolat
- Jus d'orange (ajoutez du sucre au besoin)
- Boissons gazeuses non diététiques
- Glaçage
- Sachets de sucre

URGENCES LIÉES AUX CRISES D'ÉPILEPSIE

Une crise d'épilepsie est causée par une activité électrique anormale du cerveau. Les crises d'épilepsie sont de deux types : les crises partielles et les crises généralisées. Le type de la crise aura une influence sur les signes et symptômes observés chez la victime.

Types de crises d'épilepsie

Il existe deux types de crises d'épilepsie : les crises *partielles* et les crises *généralisées*.

Crises partielles

Les crises partielles se produisent lorsque l'activité épileptique est limitée à une zone du cerveau. Les victimes peuvent ou non perdre connaissance pendant leur crise et peuvent présenter les signes suivants :

- Confusion
- Gestes répétitifs (p. ex., appuyer sur un bouton)
- Errance sans but dans une zone particulière
- Claquement des lèvres

Crises généralisées

On parle de crise généralisée lorsque l'activité épileptique s'étend à l'ensemble du cerveau. Il existe plusieurs types de crises généralisées, mais les deux catégories que l'on rencontre le plus fréquemment sont les crises d'absence et les crises convulsives.

Les crises d'absence sont fréquentes chez les enfants et les adolescent(e)s, bien qu'elles persistent parfois à l'âge adulte. Elles sont souvent prises pour de la rêverie. Les victimes peuvent cligner rapidement des yeux et claquer des lèvres.

Les crises convulsives sont les crises auxquelles la plupart des gens pensent lorsque l'on parle d'épilepsie. Bien souvent, une personne en crise convulsive se raidit, perd connaissance et tombe. Son corps reste figé pendant une courte période. La personne entre ensuite en convulsion (terme qui désigne une contraction et un relâchement rapides et non coordonnés des muscles).

Lors d'une crise convulsive, la victime peut prendre une teinte bleutée, avoir de l'écume à la bouche et grincer des dents.

La crise peut survenir très rapidement et ne dure généralement que quelques minutes. Une fois la crise terminée, les muscles se relâchent, et la victime commence à reprendre connaissance.

CAUSES COURANTES D'UNE CRISE

L'épilepsie est un trouble du système nerveux caractérisé par des convulsions. De nombreuses personnes atteintes de troubles convulsifs comme l'épilepsie prennent des médicaments pour les maîtriser. Dans le cas de l'épilepsie, la personne peut savoir que la crise est imminente parce qu'elle éprouve une brève sensation nommée « aura ». L'aura, qui est souvent ressentie juste avant la crise, peut-être l'hallucination d'un son, d'une odeur ou d'une sensation de mouvement dans le corps.

12

Les crises peuvent aussi être causées par les états suivants :

- Blessure à la tête ou lésion cérébrale
- Accident vasculaire cérébral
- Infection cérébrale
- Intoxication aux drogues
- Fièvre élevée chez le nourrisson et l'enfant

Premiers soins en cas de crise d'épilepsie

Composez le 9-1-1, sauf si vous connaissez la victime et qu'elle a des antécédents de crises d'épilepsie. Composez le 9-1-1 dans les cas suivants :

- La crise dure plus de 4 à 5 minutes.
- Une deuxième crise suit la première sans que la victime reprenne connaissance.
- La crise a entraîné des blessures.
- La crise survient dans l'eau.

Lors d'une crise d'épilepsie, les premiers soins se limitent à protéger la victime contre d'autres blessures. Si l'environnement de la victime présente des dangers, éloignez-les. Si possible, placez un oreiller, un chandail ou tout autre rembourrage sous sa tête.

Chez certaines personnes, les crises d'épilepsie provoquent peu de mouvements des membres. Dans ces cas-là, si possible, placez la victime sur le côté pour aider à garder ses voies respiratoires ouvertes. Si vous ne pouvez pas la faire rouler sur le côté en toute sécurité, laissez la victime dans la position où vous l'avez trouvée jusqu'à ce que la crise cesse.

12

N'essayez jamais d'insérer quoi que ce soit dans la bouche de la victime. Puisqu'il est possible que la victime se morde la langue au cours de la crise, le fait d'insérer un objet dans sa bouche pour la protéger (une cuillère, par exemple) augmente le risque d'endommager les dents et fait courir au (à la) secouriste le risque d'être mordu(e).

Si la crise survient dans l'eau (par exemple, dans une baignoire), les secouristes devraient essayer de maintenir la tête de la victime hors de l'eau.

État post-ictal

Après une crise, la victime peut être confuse et ne pas se souvenir de ce qui lui est arrivé. Elle pourrait être agressive ou combative, ou avoir peur. Prenez des mesures pour vous protéger et protéger les autres personnes présentes sur les lieux. L'état post-ictal ne dure généralement que quelques minutes, après quoi la victime devient souvent somnolente.

Soins à prodiguer après la crise

Une fois la crise terminée, suivez les étapes suivantes pour soigner la victime jusqu'à l'arrivée des SMU.

1. Placez la victime inconsciente en position latérale de sécurité, et essuyez-lui la bouche et le nez.
2. Effectuez un examen secondaire pour déterminer si la crise a causé des blessures, et prodiguez les premiers soins appropriés s'il y a lieu.
3. Continuez à prodiguer des soins à la victime, vérifiez souvent sa respiration et laissez-là se reposer.
4. Ne donnez pas de liquide à la victime au cours de la crise ou immédiatement après.

URGENCES LIÉES À LA FIÈVRE CHEZ L'ENFANT

Les enfants et les nourrissons dont la température s'élève rapidement à 40 °C (104 °F) ou plus peuvent faire des convulsions. La fièvre devient préoccupante lorsque la température est de :

- 38 °C (100,5 °F) ou plus chez le nourrisson
- 40 °C (104 °F) ou plus chez l'enfant

La fièvre chez un(e) enfant ou un nourrisson ne constitue pas une urgence en soi. Un(e) enfant ou un nourrisson qui a de la fièvre, mais qui se sent bien et semble inconscient(e) de la situation doit être surveillé(e). Il est approprié de prodiguer des soins lorsque la fièvre cause une gêne chez l'enfant.

Premiers soins en cas de fièvre chez l'enfant ou le nourrisson

Si l'enfant ou le nourrisson montre des signes d'inconfort et ne se sent pas bien de manière générale, donnez-lui un médicament tel que de l'ibuprofène (Advil^{MD}, Motrin^{MD}) ou de l'acétaminophène (Tylenol^{MD}, Tempra^{MD}) en suivant les instructions figurant sur l'étiquette.

Le médicament peut contribuer à réduire la fièvre, mais plus important encore, il aidera l'enfant à se sentir mieux. Surveillez l'enfant et répétez le traitement conformément aux instructions figurant sur l'étiquette.

Habillez l'enfant légèrement, avec une seule couche de vêtements, pour réduire l'inconfort. Encouragez l'enfant à boire des liquides clairs (sans insister) et consultez un(e) médecin si vous craignez une déshydratation.

Obtenez immédiatement des soins médicaux dans les cas suivants :

- L'enfant a moins de 3 mois.
- L'enfant somnole et est très irritable, et son état ne s'améliore pas avec les médicaments.
- L'enfant a du mal à respirer.
- L'enfant montre des signes de déshydratation (bouche sèche, ne va pas uriner au moins toutes les huit heures).
- L'enfant a un mal de tête ou de cou qui ne disparaît pas sous l'effet des médicaments.

Si l'enfant souffre de convulsions :

- Appelez les SMU pour qu'ils transportent l'enfant à l'hôpital.
- Ne restreignez pas les mouvements de l'enfant, mais empêchez-le(la) de se blesser.
- Desserrez les vêtements ajustés.
- Lorsque les convulsions cessent, faites un examen primaire. Continuez à prodiguer des soins. Placez l'enfant dans la meilleure position latérale de sécurité par rapport à son âge.

Ne donnez pas d'AAS (p. ex., Aspirin^{MD}) aux enfants ou aux adolescent(e)s, car ce médicament peut causer le syndrome de Reye, une maladie qui met la vie en danger.

Chapitre 13

Blessures et maladies environnementales

INTRODUCTION

Les blessures et les maladies environnementales sont causées par une température extrême ou par une exposition prolongée à la chaleur ou au froid (blessures et maladies liées à la chaleur ou au froid). Le corps humain ne fonctionne pas bien lorsqu'il est exposé à une chaleur excessive ou à un froid excessif. Ces urgences comprennent les blessures et maladies liées à la chaleur, comme l'épuisement par la chaleur et les coups de chaleur, ainsi que les blessures et les maladies liées au froid, comme l'hypothermie et les gelures. Dans le cadre de toute blessure ou maladie environnementale, l'objectif est de ramener la température corporelle de la victime dans une plage normale.

BLESSURES ET MALADIES LIÉES À LA CHALEUR

Une exposition prolongée à une chaleur extrême ou un effort intense dans un environnement chaud peuvent provoquer des maladies liées à la chaleur (*hyperthermie*).

Les facteurs qui peuvent contribuer aux maladies liées à la chaleur comprennent l'âge de la victime, son niveau de forme physique, son état de santé, l'utilisation de médicaments et de drogues ainsi que sa profession.

13

Crampes de chaleur

Les crampes de chaleur sont des crampes musculaires douloureuses, généralement dans les jambes et l'abdomen, causées par la perte d'une trop grande quantité d'eau et d'électrolytes par la transpiration. Les crampes de chaleur sont généralement causées par un exercice ou un travail physique intense dans un environnement chaud. La victime se plaint de crampes et montre des signes de transpiration

excessive; dans un environnement sec, la victime peut sembler ne pas transpirer parce que sa sueur s'évapore très rapidement.

Premiers soins en cas de crampe de chaleur

Pour prodiguer les premiers soins en cas de crampe de chaleur, suivez les étapes suivantes :

1. Mettez la victime au repos dans un endroit frais.
2. Donnez-lui de l'eau ou une boisson contenant des électrolytes et des glucides, autant qu'elle en veut.
3. Un massage doux peut soulager les crampes.
4. Si les crampes ne s'estompent pas,appelez pour obtenir une aide médicale.



Épuisement par la chaleur

L'épuisement par la chaleur est plus grave que les crampes de chaleur. La victime a perdu beaucoup de fluides par la transpiration. La circulation sanguine est touchée, car le sang est évacué des principaux organes et s'accumule dans les vaisseaux sanguins situés juste sous la peau.

Signes et symptômes de l'épuisement par la chaleur

Les signes et symptômes de l'épuisement par la chaleur sont les suivants :

- Transpiration excessive et pupilles dilatées
- Étourdissements, vision floue, maux de tête ou crampes
- Signes d'état de choc, y compris une peau froide et moite, un pouls faible et rapide, une respiration rapide et superficielle, des vomissements et une perte de conscience
- Bouche sèche et soif (signes de déshydratation)
- Irritabilité ou comportement agressif

Premiers soins en cas d'épuisement par la chaleur

Les premiers soins en cas d'épuisement par la chaleur combinent les premiers soins en cas de crampe de chaleur et les premiers soins en cas de choc.

Si la victime est *consciente*, suivez les étapes suivantes :

1. Donnez à la victime de l'eau ou une boisson contenant des électrolytes et des glucides. Si la victime vomit, ne lui faites rien avaler et appelez immédiatement pour obtenir une aide médicale.
2. Placez la victime au repos sur le dos dans un endroit frais.
3. Retirez les vêtements de trop et desserrez les vêtements serrés au cou, à la poitrine et à la taille.
4. Appliquez des serviettes humides fraîches ou des compresses froides sur le centre du corps, autour de la tête et sous les bras.

13

Si la victime est *inconsciente*, suivez les étapes suivantes :

1. Placez la victime dans la position latérale de sécurité.
2. Appelez immédiatement pour obtenir une aide médicale.
3. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne la relève.

Coup de chaleur

Le *coup de chaleur* est une affection potentiellement mortelle dans le cadre de laquelle la température corporelle s'élève au-dessus de la normale. Cette affection est généralement due à une exposition prolongée à des températures élevées, en particulier si l'exposition a lieu dans un endroit mal ventilé. Le coup de chaleur survient lorsque le corps est incapable de faire baisser sa température en raison de la chaleur ambiante. À ce stade, la victime cesse de transpirer, ce qui entraîne une augmentation de la température du centre du corps.

Le *coup de chaleur dû à l'effort* est une autre affection potentiellement mortelle dans le cadre de laquelle la température du centre du corps s'élève au-dessus de la normale en raison d'une activité physique intense dans des environnements humides et chauds. Souvent, les victimes de ce type de coup de chaleur continuent à transpirer. Le coup de chaleur peut provoquer des lésions cérébrales permanentes, voire la mort, si les premiers soins appropriés ne sont pas prodigues. Les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes en mauvaise santé sont plus susceptibles de souffrir d'un coup de chaleur.

Signes et symptômes du coup de chaleur

Les signes et symptômes du coup de chaleur sont les suivants :

- Température corporelle s'élevant rapidement à 40 °C ou plus — la victime est chaude au toucher
- Pouls rapide et d'une force suffisante, mais qui s'affaiblit dans les stades ultérieurs
- Respiration bruyante
- Peau rouge, chaude et sèche dans le cas d'un coup de chaleur classique, et rouge, chaude et moite dans le cas d'un coup de chaleur dû à l'effort

- Agitation et maux de tête, fatigue, étourdissements et nausées
- Vomissements, convulsions et perte de conscience potentiels

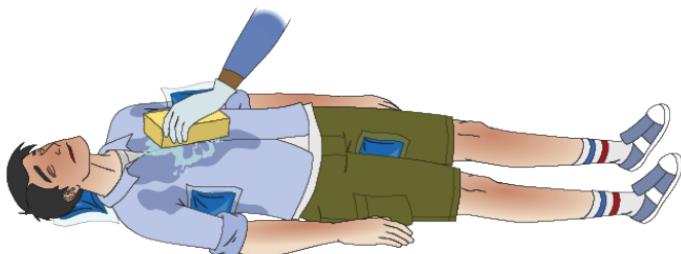
L'état de la peau permet de différencier l'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur. En cas d'épuisement par la chaleur, la peau de la victime est moite et froide. En cas de coup de chaleur, la peau de la victime est chaude et rouge, et peut être sèche ou moite.

Premiers soins en cas de coup de chaleur

Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire. L'abaissement de la température corporelle est le premier soin le plus urgent à apporter en cas de coup de chaleur.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de coup de chaleur, suivez les étapes suivantes :

1. Déplacez la victime vers un endroit frais et ombragé.
2. Appelez le 9-1-1.
3. Refroidissez la victime en enlevant ses vêtements extérieurs et en l'immergeant dans de l'eau fraîche (si possible) jusqu'au menton. Surveillez-la de près.
4. S'il n'est pas possible d'immerger la victime dans de l'eau pour la refroidir, couvrez-la de draps humides et ventilez les draps pour intensifier le refroidissement. Épongez la victime avec de l'eau fraîche.
5. Placez des compresses froides au niveau des aisselles, du cou et de l'aine de la victime.



6. Une fois que le corps de la victime est frais au toucher, couvrez-le avec un drap sec. Si la victime est consciente, mettez-la en position de choc; si elle est inconsciente, mettez-la en position latérale de sécurité. Si sa température recommence à grimper, répétez le processus de refroidissement.
7. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'au transfert à l'aide médicale.

Blessures dues à la foudre

Des orages se produisent dans la majeure partie du Canada. Bien que le risque d'être frappé par la foudre soit très faible, les foudroiements entraînent chaque année de nombreuses blessures et de nombreux décès.

La foudre frappe souvent deux fois le même endroit. Évaluez le risque d'un autre foudroiement et déplacez la victime vers un endroit plus sûr si nécessaire.

Prodiguez les premiers soins sur les lieux du foudroiement comme vous le feriez dans n'importe quelle autre situation d'urgence, en gardant à l'esprit ce qui suit :

- Les personnes frappées par la foudre ne conservent pas de charge électrique; vous pouvez les toucher sans crainte de décharge électrique.
- La victime peut avoir été projetée et il est donc possible qu'elle présente une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale.
- Si plus d'une personne est blessée, les principes de prise en charge de victimes multiples sont inversés : prodiguez d'abord les premiers soins aux victimes qui ne réagissent pas et qui ne respirent pas, car les victimes qui respirent pourront se rétablir.
- Conseillez à toutes les victimes d'un foudroiement de demander une aide médicale afin d'obtenir une évaluation complète de leurs blessures.

BLESSURES ET MALADIES LIÉES AU FROID

La température du centre du corps baisse lorsque le corps perd plus de chaleur qu'il n'en produit. Dans le cas d'une urgence extérieure, les pertes de chaleur par conduction et convection (eau et vent) sont souvent les principales causes d'hypothermie.

Le corps dispose de plusieurs façons de réduire la perte de chaleur et de conserver sa chaleur. L'une des premières réactions du corps lorsqu'il perd de la chaleur est de commencer à frissonner. Si le corps continue à se refroidir, les vaisseaux sanguins des bras, des jambes et de la surface de la peau se rétrécissent. Cela permet de maintenir le sang au centre du corps, là où il est le plus chaud.

Si la perte de chaleur se poursuit, les processus corporels ralentissent, y compris la pensée, l'action musculaire et les sens. Les frissons deviennent incontrôlables, puis ralentissent et finissent par s'arrêter. Les muscles se raidissent et les mouvements deviennent saccadés. La pensée est confuse, la parole difficile et les sens émoussés. Le rythme cardiaque et respiratoire ralentit et la personne finit par perdre conscience. À ce stade, l'état est très grave. Le rythme cardiaque devient instable et faible, et finalement le cœur s'arrête.

Lorsque le cœur cesse de battre, la personne est considérée comme étant décédée. Cependant, lorsque les tissus du corps sont froids, le manque d'oxygène ne les endommage pas aussi facilement. Pour cette raison, il est souvent possible de réanimer les personnes souffrant d'hypothermie qui ne présentent pas de signes de vie. Cela signifie que tant que vous ne vous mettez pas en danger, vous-même ou une autre personne, vous devez continuer vos efforts de secourisme pour aider une victime d'hypothermie à être prise en charge par une équipe d'aide médicale.



Comment le corps perd de la chaleur

Perte de chaleur	Explication	Exemple	Prévention
Rayonnement	La chaleur irradie du corps dans l'air qui l'entoure.	Beaucoup de chaleur irradie de la peau.	Portez des vêtements chauds.
Respiration	L'air froid est inhalé, réchauffé par le corps et expiré, ce qui entraîne une perte de chaleur.	La vapeur que vous voyez lorsque vous expirez par temps froid est de l'air que votre corps vient de réchauffer, ce qui lui a fait perdre de la chaleur.	Portez une parka munie d'un grand capuchon ou d'un cache-cou. Cette couche permettra de réchauffer l'air que vous respirez.
Évaporation	Les liquides présents sur la peau s'évaporent sous l'effet de la chaleur corporelle.	La transpiration est la façon dont le corps essaie de se rafraîchir lorsqu'il a chaud.	Gardez votre peau aussi sèche que possible.

Conduction	La chaleur est transférée directement du corps aux objets froids que le corps touche.	Si vous vous asseyez sur un sol froid ou si vous portez des vêtements humides, votre chaleur corporelle y sera transférée.	Évitez de vous faire mouiller. Portez contre votre peau des vêtements faits de matériaux qui évacuent l'humidité.
Convection (refroidissement éolien)	La fine couche d'air chaud autour du corps est remplacée par de l'air plus frais, que le corps doit ensuite réchauffer.	Le vent pénètre par les ouvertures des vêtements et remplace l'air chaud contre votre peau.	Portez des vêtements à l'épreuve du vent, avec des poignets et un col serré, pour empêcher le vent de pénétrer.

Hypothermie

L'hypothermie est un état de refroidissement généralisé dans le cadre duquel la température du corps chute. L'hypothermie tue de nombreuses personnes au Canada chaque année, mais il s'agit d'une affection pouvant être détectée et corrigée par un(e) secouriste si elle est reconnue rapidement.

Toute personne peut souffrir d'hypothermie, mais les personnes appartenant aux groupes suivants sont particulièrement à risque :

- Personnes âgées : elles ont souvent une mauvaise circulation sanguine et une moindre capacité à ressentir le froid, et peuvent prendre des médicaments qui favorisent la perte de chaleur.
- Bébés : ils sont moins aptes à se remettre d'une hypothermie légère ou modérée, car ils perdent leur chaleur plus rapidement et leur corps ne contrôle pas aussi bien sa chaleur.
- Personnes déjà affaiblies par une maladie, une blessure, un manque de nourriture, la fatigue ou la consommation d'alcool ou de drogues.
- Personnes qui ne portent pas des vêtements adéquats.

Signes d'hypothermie

Il existe trois stades d'hypothermie : *légère*, *modérée* et *sévère*. Il peut être difficile de déterminer à quel moment un stade prend fin et un autre commence.

Hypothermie légère

Les signes et symptômes d'une hypothermie légère peuvent comprendre les suivants :

- Pouls et respiration normaux
- Frissonnement
- La victime consciente mais repliée sur elle-même ou désintéressée

Hypothermie modérée

Les signes et symptômes d'une hypothermie modérée peuvent comprendre les suivants :

- Pouls lent
- Respiration lente et superficielle
- Frissons violents
- Maladresse ou chancellement
- Confusion, somnolence
- Irrationalité

Hypothermie sévère

Les signes et symptômes d'une hypothermie sévère peuvent comprendre les suivants :

- Pouls faible ou inexistant
- Respiration superficielle ou inexisteante
- Arrêt des frissons
- Aucune réaction

Remarque : Les signes et symptômes d'une hypothermie modérée peuvent porter à croire que la victime souffre d'une intoxication.

Premiers soins en cas d'hypothermie

Les premiers soins en cas d'hypothermie visent à empêcher toute autre perte de chaleur et à appeler pour obtenir une aide médicale.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'hypothermie, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Déplacez la victime hors de l'environnement froid. Si vous ne pouvez pas vous déplacer à l'intérieur, protégez la victime du vent.
3. Couvrez la peau exposée avec des vêtements ou des couvertures appropriés.
4. Isolez la victime des objets froids. Faites-là s'asseoir sur une veste roulée ou s'allonger sur une couverture.
5. Donnez à la victime des boissons chaudes et sucrées si elle est consciente.
6. Si vous vous trouvez dans un abri et que vous avez des vêtements de rechange secs, remplacez doucement les vêtements mouillés par des vêtements secs. Si vous n'êtes pas dans un abri, mettez les vêtements secs par-dessus les vêtements mouillés.
7. Si vous n'avez pas de vêtements secs, essorez autant d'eau que possible des vêtements mouillés et enveloppez la victime dans quelque chose qui puisse couper le vent.
8. Continuez à prodiguer des soins à la victime et demandez une aide médicale.

Précautions à prendre pour les premiers soins en cas d'hypothermie

Prenez les précautions suivantes lorsque vous prodiguez les premiers soins en cas d'hypothermie :

- Traitez la victime très doucement et gardez-la dans une position horizontale si possible. Le froid affecte les impulsions électriques produisant les battements de cœur. Par conséquent, le rythme cardiaque des victimes souffrant d'hypothermie est très délicat. Le cœur peut cesser de battre si une victime est manipulée brusquement.
- Ne donnez pas d'alcool ou de caféine à la victime et ne la laissez pas fumer, car cela peut augmenter la perte de chaleur.
- Ne frottez pas le corps de la victime pour améliorer sa circulation sanguine, car le sang-froid circulera alors de nouveau vers le centre du corps et le refroidira davantage.

Hypothermie par immersion

Le terme « hypothermie par immersion » désigne l'hypothermie causée par le fait d'être immergé dans de l'eau froide. Une personne perd de la chaleur 25 à 30 fois plus rapidement dans l'eau que dans de l'air de la même température. L'hypothermie par immersion peut survenir très rapidement si une personne tombe dans l'eau froide.

Soupçonnez l'hypothermie dès qu'une personne tombe dans l'eau accidentellement, même l'été. L'hypothermie par immersion peut également survenir lentement, par exemple lors d'une baignade ou d'une plongée sous-marine dans un lac. Dans ces cas, l'hypothermie survient progressivement et pourrait ne pas être soupçonnée immédiatement.



En cas d'hypothermie par immersion, prenez les mesures suivantes :

- Dites à la victime de ne pas enlever ses vêtements — les vêtements aident à conserver la chaleur.
- Dites à la victime de bouger le moins possible — les mouvements entraînent une plus grande perte de chaleur (par convection).

Lorsque vous sortez une victime de l'eau, maintenez-la en position horizontale et traitez-la aussi délicatement que possible. Prodiguez les premiers soins en cas d'hypothermie pour empêcher toute autre perte de chaleur, et demandez une aide médicale.

Si vous êtes la victime, mettez-vous en position fœtale pour préserver votre chaleur corporelle (croisez les bras et ramenez vos genoux contre votre poitrine, comme pour vous prendre dans vos bras).

Réchauffer la victime

Il y a deux types de réchauffement : *le réchauffement passif* et *le réchauffement actif*.

Le réchauffement passif consiste à prévenir toute autre perte de chaleur et à laisser le corps de la victime se réchauffer; il fonctionne généralement bien pour l'hypothermie légère et modérée.

Le réchauffement actif consiste à ajouter de la chaleur au corps de la victime pour le réchauffer. Le réchauffement actif peut causer des complications et doit seulement être effectué dans un hôpital. Cette méthode est requise pour une personne souffrant d'hypothermie sévère, c'est pourquoi les premiers soins en cas d'hypothermie sévère visent à empêcher toute autre perte de chaleur et à demander une aide médicale.

En cas d'*hypothermie légère*, vous pouvez donner à la victime, si elle est entièrement consciente, une boisson chaude et sucrée.

La boisson sucrée donnera de l'énergie aux muscles et aidera le corps à continuer de frissonner.



Ne donnez pas de boisson aux victimes souffrant d'hypothermie modérée. Leurs muscles requis pour avaler pourraient ne pas bien fonctionner et elles pourraient s'étouffer. Vous devriez activement réchauffer les victimes seulement si vous êtes loin de l'aide médicale. Faites ceci en plaçant la victime près d'une source de chaleur et en plaçant des contenants d'eau tiède, mais pas chaude, en contact avec la peau (cou, aisselles, aine). Évitez toute perte de chaleur supplémentaire et demandez une aide médicale le plus rapidement possible.

Gelure

Le terme « gelure » désigne le gel des tissus lorsqu'ils sont exposés à des températures inférieures à zéro. Il s'agit d'une blessure progressive comportant deux stades : **la gelure superficielle** et **la gelure profonde**.

Signes et symptômes d'une gelure

Stade	Description	Signes et symptômes
Gelure superficielle	La peau est gelée sur toute son épaisseur.	Peau à l'aspect blanc et cireux Peau ferme au toucher, mais tissus sous-jacents mous Douleur suivie d'un engourdissement
Gelure profonde	La peau et les tissus sous-jacents sont gelés, parfois jusqu'à l'os. C'est une affection grave touchant souvent une main ou un pied dans son ensemble.	Peau à l'aspect blanc et cireux qui devient gris-bleu à mesure que la gelure progresse, ou plaques jaunes Peau froide et dure Sensation faible ou absence de sensation dans la zone touchée à mesure que la gelure progresse

Premiers soins en cas de gelure superficielle

Pour prodiguer les premiers soins en cas de gelure superficielle, suivez les étapes suivantes :

1. Réchauffez graduellement la partie du corps gelée au moyen de chaleur corporelle (si possible).
2. Couvrez les oreilles gelées, les orteils gelés, etc., avec des mains chaudes.
3. Réchauffez les doigts gelés en les plaçant dans une zone chaude du corps comme l'aisselle, l'abdomen ou l'aine.
4. Prenez des mesures pour éviter que ces zones ne gèlent à nouveau. Soit arrêter l'activité, soit habiller-vous de façon plus appropriée.

Premiers soins en cas de gelure profonde

Les gelures profondes nécessitent une aide médicale le plus rapidement possible.

Pour prodiguer les premiers soins en cas de gelure profonde, suivez les étapes suivantes :

1. Prévenez toute autre perte de chaleur des parties gelées et du reste du corps. Traitez les tissus gelés délicatement afin d'éviter de les endommager.
2. Appelez pour obtenir une aide médicale. Si les pieds ou les jambes de la victime sont gelés, transportez-la au moyen d'une technique de transport de sauvetage ou d'une civière dans la mesure du possible.
3. Si aucune aide médicale n'est disponible, que vous êtes dans un endroit sûr et chaud et qu'il n'y a aucun danger que la partie du corps gèle à nouveau, faites dégeler la partie du corps gelée.

- Retirez délicatement les vêtements de la partie touchée.
- Trouvez un récipient suffisamment grand pour contenir toute la partie du corps gelée et remplissez-le d'eau qui semble chaude lorsque vous y mettez le coude (environ 40 °C).
- Retirez tout bijou et immergez toute la partie du corps gelée. Continuez à ajouter de l'eau chaude pour maintenir l'eau dans le récipient à une température constante.
- Gardez la partie du corps dans l'eau jusqu'à ce qu'elle soit rose ou que son état ne s'améliore plus. Cela peut prendre jusqu'à 40 minutes et peut être douloureux.
- Séchez délicatement la partie touchée. Mettez des pansements stériles sur les plaies et entre les doigts ou les orteils.
- Gardez la partie du corps surélevée et au chaud. Ne brisez pas la peau des ampoules qui se forment.



Une extrémité sévèrement gelée sera très douloureuse lorsqu'elle dégèlera. Il y aura de l'enflure et possiblement des pertes de tissus. Pour cette raison, il est préférable de traiter une telle gelure dans un établissement médical. Si la victime doit marcher ou être transportée, ne dégelez pas la partie du corps gelée. Si elle reste gelée, les dommages aux tissus et la douleur seront moindres. Assurez-vous que le reste du corps est bien protégé du froid et que la victime a suffisamment d'eau et de nourriture pendant le trajet.

Précautions à prendre pour les premiers soins en cas de gelure

Prenez les précautions suivantes lorsque vous prodiguez les premiers soins en cas de gelure :

- Ne frottez pas la zone touchée — les petits cristaux de glace dans les tissus pourraient les endommager davantage.
- Ne frottez pas la zone touchée avec de la neige — cela pourrait aggraver la gelure et endommager les tissus.
- N'appliquez pas directement de chaleur — cela pourrait réchauffer la zone touchée trop rapidement.

Pied de tranchée

Le pied de tranchée ou *pied d'immersion* est une affection causée par une exposition prolongée au froid, mais pas à une température glaciale, généralement dans des conditions humides. Le pied de tranchée doit son nom à la Première Guerre mondiale, pendant laquelle les soldats ont combattu pendant de longues périodes dans des tranchées inondées.

Des cas de pied de tranchée ont été recensés plus récemment lors d'événements présentant de mauvaises conditions d'hygiène des pieds :

- Festivals de musique de plusieurs jours
- Courses de longue distance ou de plusieurs jours
- Randonnée dans des conditions fraîches et humides
- Travail prolongé dans des conditions fraîches et humides

Signes et symptômes du pied de tranchée

Les signes et symptômes du pied de tranchée sont les suivants :

- Engourdissement ou douleur brûlante
- Peau décolorée qui devient pâle
- Enflure

- Crampes dans les jambes
- Développement d'ampoules ou d'ulcères après 2 à 7 jours
- Odeur dans les stades ultérieurs en raison des tissus morts (nécrose)

Premiers soins en cas de pied de tranchée

Les premiers soins en cas de pied de tranchée nécessitent une intervention médicale et, généralement, l'ablation de la peau endommagée (débridement) des plaies. Suivez les étapes suivantes pour prévenir le pied de tranchée :

- Gardez les pieds secs; changez les chaussettes/bas et les chaussures lorsqu'ils sont mouillés.
- Gardez les pieds chauds; les températures de 16 °C ou moins augmentent les risques de pied de tranchée.
- Lavez vos pieds régulièrement et laissez-les sécher à l'air libre.
- Évitez de dormir avec des chaussettes/bas, particulièrement s'ils sont mouillés ou sales.
- Utilisez des compresses thermiques pour aider à réchauffer les pieds froids qui présentent des symptômes précoces.

État de congélation

Lorsque la température est sous zéro, il est possible qu'une victime soit complètement gelée. C'est ce qu'on appelle un état de congélation. Reconnaissez un état de congélation lorsque :

- La victime se trouve dans un endroit froid et est sans réaction.
- Les articulations de la mâchoire et du cou sont rigides lorsque vous essayez d'ouvrir les voies respiratoires.
- La peau et les tissus profonds sont froids et il n'est pas possible de les enfoncer.
- Le corps entier se déplace d'un seul bloc.

Si la victime est dans un état de congélation, n'essayez pas d'effectuer les points ABC de l'examen primaire (voies respiratoires, respiration et circulation). Si cela ne présente pas de risque pour les secouristes, transportez la victime vers une équipe d'aide médicale. Sinon, notez l'emplacement de la victime et prenez des dispositions pour qu'on vienne la récupérer ultérieurement.

NOYADES

Les noyades peuvent survenir très rapidement et sont fréquentes pendant les mois d'été, lorsque les gens se baignent souvent. Une noyade se produit lorsqu'une victime immergée sous la surface de l'eau tente de respirer par le nez ou par la bouche. Lorsque de l'eau pénètre dans les poumons de la victime, cela empêche les échanges gazeux dans ses poumons et affecte sa capacité à respirer efficacement. Il s'agit d'une urgence médicale qui demande d'appeler immédiatement le 9-1-1. Ces types d'urgences passent souvent inaperçus, car la victime n'a pas toujours la capacité ou l'énergie d'appeler à l'aide.

Gestion d'une noyade

Pour aider une victime en train de se noyer, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Veillez à ne pas vous mettre en danger lorsque vous portez secours à une victime. Souvent, les victimes peuvent s'accrocher à vous en cherchant désespérément à respirer, ce qui entraîne un risque de noyade pour vous également.
2. Une fois la victime sortie de l'eau, effectuez un examen primaire, puis déterminez si elle est consciente et respire.
3. Si la victime est inconsciente ou ne respire pas,appelez immédiatement le 9-1-1 et commencez la RCR.

4. Demandez à un(e) passant(e) d'aller chercher un DEA et une trousse de premiers soins et d'appeler le 9-1-1 si ce n'est pas déjà fait. Notez l'heure à laquelle vous commencez la RCR.
5. En raison des complications liées aux quasi-noyades, commencez toujours par donner cinq respirations avant d'effectuer des compressions thoraciques. Sachez que la victime peut vomir le contenu de ses poumons ou de son estomac; soyez donc prêt(e) à la retourner pour dégager ses voies respiratoires. Commencer la RCR même si vous n'avez pas de dispositif de protection sous la main pour administrer les respirations.
6. Effectuez 30 compressions d'une profondeur correspondant au tiers de la profondeur de la poitrine, ou environ 2 à 5 cm (1 à 2 po), à un rythme de 100 à 120 compressions par minute, suivies de 2 respirations.
7. Continuez la RCR jusqu'à ce que :
 - Vous puissiez utiliser un DEA
 - Une autre personne prenne le relais
 - L'équipe d'aide médicale arrive et vous demande d'arrêter
 - La victime présente des signes de vie
 - Vous soyez physiquement incapable de continuer

Après une quasi-noyade, la victime peut présenter les signes et les symptômes de l'hypothermie. Recouvrez la victime avec une couverture et gardez-la au chaud, au besoin.

MORSURES ET PIQÛRES

La section suivante fournit des renseignements et des procédures de premiers soins pour les urgences médicales liées à une morsure ou à une piqûre.

Morsures d'animal ou d'humain

Les morsures d'animal ou d'humain qui causent une lacération ou une plaie perforante peuvent introduire de la salive contaminée dans le corps et sont dangereuses en raison du risque d'infection. Les morsures d'humain les plus courantes chez les adultes sont au niveau de la main. Dans les cas de morsures humaines, bien que le risque soit moindre, certains problèmes peuvent survenir : hépatite, infection au *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), infection au virus de l'herpès simplex, tétanos et infection à VIH ou sida. Il est rare que l'infection à VIH se transmette par morsure humaine; toutefois, si la personne ayant mordu la victime avait du sang dans la bouche, alors il existe une possibilité que celle-ci puisse contracter le virus.

Toutes les morsures d'animal ou d'humain qui percent la peau doivent être traitées par un(e) médecin.

La rage est une maladie virale aiguë du système nerveux qui est toujours mortelle si elle n'est pas traitée. Il faut se méfier de la rage dans tous les cas où un animal domestique a un comportement inhabituel, ainsi que dans tous les cas d'attaque d'un animal sauvage (chauve-souris, renard, mouffette, raton laveur, etc.). La rage peut être transmise à toute personne qui manipule un animal malade ou qui touche la zone d'une plaie qui transporte le virus. Par sécurité, prodiguez toujours les premiers soins pour une morsure d'animal comme si l'animal avait la rage, jusqu'à ce que le contraire soit démontré.

Faites très attention lorsque vous prodiguez les premiers soins à une personne que vous soupçonnez d'avoir été exposée à la rage, ainsi que lorsque vous manipulez l'animal vivant ou mort l'ayant mordue. Portez des gants ou lavez-vous bien les mains lors d'un contact afin de réduire le risque d'infection.

Même si une personne a été exposée à un animal enragé, on peut la prémunir contre la rage en la vaccinant dès que possible.

Premiers soins en cas de morsure d'animal ou d'humain

Pour prodiguer les premiers soins en cas de morsure d'animal ou d'humain, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Examinez la plaie pour voir si la peau a été perforée.
3. Si la plaie saigne, permettez un saignement modéré, car cela aide à nettoyer la plaie.
4. Nettoyez la plaie, puis appliquez un pansement et un bandage.
- 5.appelez pour obtenir une aide médicale.

Morsures de serpent

Au Canada, il existe une grande variété de serpents que l'on peut trouver en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario. Cependant, le crotale est la seule espèce de serpent venimeux qui vit dans ces régions.

Lorsqu'un crotale mord une personne, il laisse souvent une ou deux petites plaies perforantes dans la peau, par lesquelles il injecte du venin. En cas de morsure, la victime ressent une sensation de brûlure, suivie d'une enflure, d'une décoloration de la peau, d'une sensation de faiblesse, d'une douleur intense, de nausées et de vomissements. Il est important de savoir que la respiration de la victime peut

être touchée. Veillez à surveiller attentivement le rythme de sa respiration. Si vous voyagez dans une région où il y a tout autre serpent venimeux, prenez le temps de faire des recherches sur les signes et les symptômes à reconnaître et les premiers soins à prodiguer.

Premiers soins en cas de morsure de serpent

Pour prodiguer les premiers soins en cas de morsure de serpent, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux et un examen primaire.
2. Placez la victime dans une position confortable, idéalement au repos, en position semi-assise ou allongée. Essayez de garder la victime calme et de maintenir la partie du corps touché au-dessous du niveau du cœur pour que le venin se propage moins rapidement.
3. Laissez la plaie saigner un peu; cela peut aider à expulser une partie du venin.
4. Rincez la morsure dans la mesure du possible. Enroulez un grand bandage en rouleau sur toute la longueur de l'extrémité mordue, juste assez serré pour que vous puissiez passer vos doigts sous le bandage. Il s'agit d'un moyen efficace et sûr de ralentir la circulation du venin.
5. Immobilisez le membre touché.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime.

Précautions à prendre par rapport aux serpents et à leurs morsures

Pour assurer votre propre sécurité en cas de morsure de serpent, suivez les conseils suivants :

- Portez attention à votre environnement, car la plupart des serpents se trouveront généralement à moins de 10 mètres (32 pieds) de l'endroit où la dernière morsure a eu lieu.
- Essayez de garder la victime au repos. Si la victime doit être transportée, essayez d'employer une méthode de transport qui ne demande pas de marcher ni de courir.

- Ne donnez pas de boisson alcoolisée à la victime.
- N'essayez pas d'aspirer le poison avec votre bouche.
- N'appliquez pas de glace sur la zone touchée, car cela pourrait causer d'autres dommages.
- Si le serpent est mort, apportez-le à l'équipe d'aide médicale afin qu'il soit identifié.

Remarque : **Faites preuve de prudence lorsque vous manipulez la tête d'un serpent mort, car il pourrait conserver un réflexe de morsure et ainsi vous mordre.**

Morsures d'insecte

Les piqûres ou morsures d'insectes provoquent souvent des douleurs, des rougeurs, une enflure et des démangeaisons dans la zone de la piqûre. Les personnes allergiques ou souffrant d'une allergie grave aux piqûres peuvent avoir une réaction allergique mortelle.

Les signes et symptômes d'une morsure ou d'une piqûre comprennent les suivants :

- Douleur localisée
- Enflure
- Rougeur
- Démangeaison
- Chaleur dans la zone de la piqûre

Signes et symptômes d'une réaction anaphylactique à une morsure ou à une piqûre

Les signes et symptômes d'une réaction anaphylactique à une morsure ou à une piqûre comprennent les suivants :

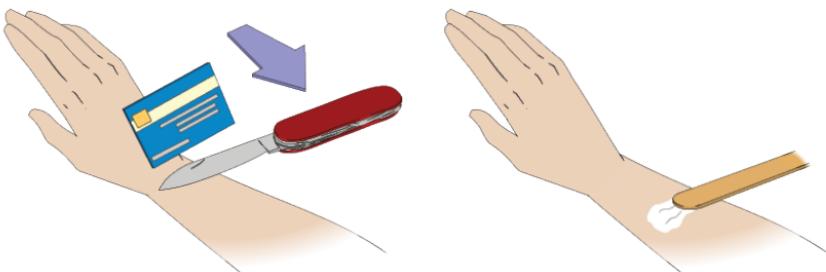
- Bosse à l'endroit de la piqûre qui peut être rouge, rose, blanche ou décolorée
- Démangeaison généralisée autour de la zone de la piqûre ou partout sur le corps
- Gonflement généralisé du corps, en particulier des voies respiratoires

- Difficultés respiratoires
- Anxiété, vomissements et crampes abdominales
- Sensation de faiblesse généralisée
- Maux de tête
- Fièvre

Premiers soins en cas de morsure ou de piqûre d'insecte

Pour prodiguer les premiers soins en cas de morsure ou de piqûre d'insecte, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux, puis un examen primaire. Y a-t-il des signes de réaction allergique?
2. Inspectez la zone de la piqûre. Le dard est-il encore attaché à la peau? Les abeilles domestiques laissent souvent leur dard et leur sac à venin attachés à la peau, ce qui n'est pas le cas des guêpes. Si vous repérez un dard, retirez-le en le raclant délicatement à l'aide d'un objet présentant un rebord solide, comme une carte de crédit ou le dos d'un couteau.



3. Pour soulager l'irritation, appliquez de l'alcool à friction ou un mélange de bicarbonate de soude et d'eau. N'utilisez pas d'alcool près des yeux. Vous pouvez aussi utiliser de la glace pour soulager la douleur.

Morsures de tique

On trouve des tiques partout au Canada, en particulier dans les zones à forte végétation. Elles passent du feuillage aux animaux ou aux humains pour se nourrir. Les tiques mordent la peau de leur victime et s'ancrent dans ses tissus corporels avec leur bouche barbelée, ce qui les rend difficiles à enlever. Les tiques sucent le sang de leur hôte (animal ou personne) pendant plusieurs heures. Elles peuvent grossir selon la quantité de sang qu'elles ingèrent, et, une fois qu'elles ont fini de se nourrir, elles se détachent et tombent de leur hôte.

Les tiques sont parfois porteuses de maladies pouvant être transmises aux humains. Si vous trouvez une tique, vérifiez soigneusement votre corps et vos vêtements aux cas où il y en aurait d'autres. Conservez la tique pour qu'un(e) professionnel(le) de la santé puisse l'identifier.



Premiers soins en cas de morsure de tique

Pour prodiguer les premiers soins en cas de morsure de tique, suivez les étapes suivantes :

1. Utilisez un outil d'extraction des tiques pour retirer la tique, en faisant glisser l'outil le long de la peau et en l'éloignant délicatement du corps.
2. Si vous n'avez pas d'outil d'extraction des tiques, utilisez une pince à épiler, en saisissant la tique près de la peau et en tirant délicatement à un rythme lent et constant. Ne pincez pas le corps de la tique, car il risque d'éclater et de déverser son contenu, propageant ainsi des bactéries.
3. Si vous n'avez pas de pince à épiler, portez des gants ou couvrez votre main avec un sac en plastique ou un mouchoir. Si la tique est pleine de sang, portez des lunettes de protection.
4. Conservez la tique délogée et apportez-la à l'équipe d'aide médicale à des fins d'identification.

5. Nettoyez la zone touchée et appliquez un antiseptique afin de prévenir toute infection. Les tiques peuvent être porteuses de diverses maladies pouvant provoquer des symptômes plusieurs jours après l'exposition. Si la tique est engorgée ou si le site de la morsure présente un signe d'infection ou une éruption cutanée (qui peut avoir la forme d'un anneau), demandez une aide médicale.

Lésions causées par une sangsue

Les sangsues s'agrippent à la peau en faisant une petite entaille qui n'est souvent pas ressentie sur le coup. Elles se nourrissent alors du sang de la personne ou de l'animal auquel elles se sont agrippées. Il est important de ne pas tirer sur une sangsue pour la détacher de la peau, car celle-ci pourrait se déchirer en petites parties, ce qui rendra le retrait plus difficile et augmentera le risque d'infection.

Premiers soins en cas de lésion causée par une sangsue

Pour prodiguer les premiers soins en cas de lésion causée par une sangsue, suivez les étapes suivantes :

1. Délogez la sangsue en utilisant d'abord un ongle pour dégager sa tête de la peau. La tête de la sangsue est sa partie la plus petite et la plus mince. Après avoir dégagé la tête de la sangsue, utilisez un ongle pour détacher son extrémité large de la peau.
2. Une fois la sangsue détachée, la blessure commencera à saigner. La salive des sangsues contient des anticoagulants qui font saigner davantage la plaie. Nettoyez la zone touchée avec de l'eau et du savon, puis appliquez une pâte de bicarbonate de soude et d'eau ou une solution d'ammoniaque pour soulager l'irritation.
3. En cas de signes d'infection au niveau de la plaie, demandez une aide médicale.

Piqûres de méduse

On peut trouver des méduses dans n'importe quel plan d'eau, qu'il s'agisse d'eau salée ou d'eau douce, et on en trouve différentes espèces au Canada. Les méduses capables de tuer un humain vivent dans des climats tropicaux et n'ont jamais été trouvées près du Canada. Toutes les méduses piquent leurs proies à l'aide de nématocystes, que l'on appelle communément des dards.

Ces dards peuvent contenir du venin nocif, mais ils ne provoquent habituellement qu'une sensation désagréable de piqûre ou de brûlure.

Premiers soins en cas de piqûre de méduse

Pour prodiguer les premiers soins en cas de piqûre de méduse, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Appliquez autant de vinaigre que possible sur la zone touchée. Le vinaigre empêchera les dards d'injecter du venin.
3. Pour aider à soulager la douleur, baignez la partie du corps touchée pendant environ 20 minutes dans l'eau la plus chaude que la victime est capable de tolérer.
4. N'appliquez pas d'eau froide. L'eau froide aide les dards à continuer à injecter du venin.
5. En cas de signes d'infection, demandez une aide médicale.

Chapitre 14

Urgences liées aux
empoisonnements

TYPES D'EMPOISONNEMENT

Un poison est une substance qui peut causer une maladie ou une blessure si elle pénètre dans l'organisme. N'importe quelle substance peut devenir un poison si elle n'est pas utilisée de la manière prévue. Les produits toxiques d'usage courant portent une étiquette sur laquelle figure le symbole de poison, mais d'autres substances toxiques ne portent aucun avertissement. C'est par exemple le cas des substances suivantes :

- Alcool
- Certaines plantes d'intérieur
- Cannabidiol (CBD) et autres produits de cannabis
- Aliments contaminés
- Médicaments pris sans respecter l'ordonnance médicale

Un grand nombre de substances qui sont inoffensives en petites quantités peuvent être toxiques en grandes quantités.

Les poisons sont classés selon leur voie de pénétration dans le corps :

- **Poisons avalés** : par la bouche
- **Poisons inhalés** : par les poumons
- **Poisons absorbés** : par la peau et les muqueuses
- **Poisons injectés** : par une aiguille creuse ou un objet pointu (p. ex., un crochet de serpent)

Un élément important des procédures de premiers soins en cas d'empoisonnement consiste à téléphoner au centre antipoison le plus proche pour obtenir des conseils. Avant de téléphoner, le (la) secouriste doit rapidement recueillir le plus de renseignements possibles sur l'incident. Utilisez les antécédents de l'incident, ainsi que les signes et symptômes manifestés par la victime, afin de pouvoir répondre aux questions posées par le personnel du centre antipoison.

ANTÉCÉDENTS DE L'INCIDENT

Avant d'appliquer les procédures de premiers soins, il y a quatre choses à faire :

- **Identifier le poison :** Les étiquettes de contenant devraient identifier le poison; autrement, conservez les vomissures et remettez-les à l'équipe d'aide médicale pour une analyse.
- **Comment le poison est-il entré dans le corps?** Les procédures de premiers soins varient selon que le poison a été ingéré par la bouche, absorbé par la peau, injecté dans le sang ou inhalé par les poumons.



- **Évaluer la quantité absorbée :** Évaluez la quantité en fonction de ce que vous voyez ou de ce que l'on vous a dit; par exemple, le nombre de pilules que pouvait contenir la bouteille, la quantité de produits restant dans le contenant, etc. Évaluez le poids et l'âge de la victime. Plus la personne est de petite taille, plus la dose peut être dangereuse.
- **Établir le temps écoulé depuis la prise du poison :** Le temps pendant lequel le poison a séjourné dans le corps aide à décider des procédures de premiers soins et des soins médicaux nécessaires.

SIGNES ET SYMPTÔMES DE L'EMPOISONNEMENT

Si les antécédents de l'incident ne permettent pas de déterminer la nature du poison ni la façon dont le poison a été introduit dans l'organisme, les signes et symptômes peuvent aider. Les signes et symptômes peuvent varier selon la façon dont le poison est introduit dans l'organisme. Cependant, ceux que l'on observe le plus couramment sont les suivants :

- Changements du niveau de conscience
- Difficultés respiratoires (habituellement respiration rapide et superficielle)
- Changement du rythme cardiaque
- Tissus brûlés au point d'entrée
- Douleur à la poitrine

D'autres signes et symptômes associés à la méthode d'empoisonnement sont les suivants :

- Les poisons avalés causent habituellement des nausées, des crampes abdominales, de la diarrhée et des vomissements. Ils peuvent décolorer les lèvres, brûler l'intérieur ou le pourtour de la bouche ou donner à l'haleine une odeur particulière.
- Les poisons absorbés par la peau peuvent causer des rougeurs, des ampoules, une enflure et des brûlures.
- Les poisons injectés à travers la peau causent habituellement une irritation au point d'entrée.
- Les poisons inhalés peuvent causer de la toux, des douleurs thoraciques et des difficultés respiratoires.

Veuillez noter que certains gaz toxiques (comme le monoxyde de carbone) sont incolores et inodores et peuvent être difficiles à détecter. Faites preuve de prudence si vous soupçonnez un empoisonnement par inhalation.

PREMIERS SOINS EN CAS D'EMPOISONNEMENT

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'empoisonnement, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux. Veillez à votre propre sécurité et vérifiez que la source de l'empoisonnement a été éliminée de la zone.
2. Faites un examen primaire. Recueillez le plus de renseignements possibles au sujet du poison en cause.
3. Si la victime réagit,appelez le centre antipoison régional ou le service d'urgence de l'hôpital et suivez les conseils donnés.
4. Si la victime est sans réaction ou si elle subit une crise d'épilepsie,appelez le 9-1-1.
5. Si la victime est sans réaction, mais qu'elle respire, placez-la en position latérale de sécurité.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne la relève.

Remarque : Santé Canada propose un nouveau numéro de téléphone sans frais pour joindre les centres antipoison.

Les Canadien(ne)s peuvent maintenant composer le 1-844-POISON-X pour obtenir des conseils médicaux en cas d'empoisonnement.

Centre antipoison ou ambulance

Fiez-vous à l'état de la personne à laquelle vous prodiguez des soins. Est-elle consciente? Peut-elle vous dire ce avec quoi elle a pu entrer en contact ou être exposée, ou ce qu'elle a consommé et en quelle quantité? Ses points ABC (voies respiratoires, respiration et circulation) sont-ils normaux? Si c'est le cas, communiquez avec le centre antipoison et suivez ses conseils en matière de soins. Souvent, les victimes empoisonnées par des substances toxiques qui ne mettent pas la vie en danger peuvent être soignées à la maison, et ces substances sont évacuées par l'organisme avec le temps.

Si la victime présente un faible état de conscience, des difficultés respiratoires, une peau froide et moite ou des douleurs corporelles intenses, elle doit être transportée à l'hôpital. Appelez donc l'ambulance plutôt que le centre antipoison.

Premiers soins en cas d'empoisonnement par ingestion

S'il est nécessaire de pratiquer la RCR, vérifiez que la zone autour de la bouche est exempte de substances toxiques et essuyez-la. Utilisez toujours un dispositif barrière pour une protection accrue.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'empoisonnement par ingestion, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Ne diluez pas un poison qui a été ingéré par la bouche (ne donnez pas de liquides), sauf sur les conseils du centre antipoison.

3. Si la victime est consciente, essuyez-lui le visage pour éliminer les substances toxiques ou corrosives et rincez-lui ou essuyez-lui la bouche.
4. Ne provoquez jamais le vomissement, sauf sur les conseils du centre antipoison. De nombreux poisons causent plus de dommages lorsqu'ils sont vomis.

Premiers soins en cas d'empoisonnement par inhalation

Faites un examen des lieux. Évaluez les dangers en portant une attention particulière aux gaz ou aux vapeurs toxiques. Assurez votre sécurité; il pourrait être préférable d'attendre l'arrivée des pompiers.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'empoisonnement par inhalation, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen primaire.
2. Déplacez la victime dans un endroit avec de l'air frais, loin de la source de poison.
3. Si la victime ne respire pas, commencez la RCR. Utilisez toujours un dispositif de protection muni d'une valve unidirectionnelle lorsque vous pratiquez la RCR; en cas d'empoisonnement, cette mesure de protection réduira le risque que le poison vous affecte.
4. Si la victime vomit, dégagiez les voies respiratoires et placez-la dans la position latérale de sécurité.
5. Si elle fait des convulsions, ne restreignez pas ses mouvements. Empêchez-la de se blesser.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime. Appelez pour obtenir une aide médicale.

Si vous travaillez avec des produits chimiques comme des gaz toxiques, assurez-vous de connaître les premiers soins spécifiques pour les produits chimiques dans votre lieu de travail. Assurez-vous de porter un ÉPI approprié (comme un respirateur) au besoin. La fiche de données de sécurité (FDS) de chaque produit chimique contient ces renseignements. Faites parvenir la FDS à l'hôpital avec le (la) travailleur(-euse) blessé(e) si possible. Si vous travaillez avec des produits chimiques dans votre milieu de travail, vous devez avoir une certification SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail) ou SGH (Système général harmonisé).

Premiers soins en cas d'empoisonnement par absorption

La plupart des poisons absorbés par la peau causent de l'irritation au point de contact, mais n'ont aucun effet sur le reste du corps. L'irritation, nommée dermite de contact, apparaît sous forme de rougeurs, de démangeaisons et d'ampoules. Cependant, certains produits chimiques absorbés par la peau exercent un effet sur le reste du corps et peuvent provoquer une urgence qui met la vie en danger.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'empoisonnement par absorption, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Rincez abondamment la région atteinte à l'eau fraîche. Si la substance toxique est une poudre, enlevez-la avec un linge sec avant de rincer la peau.
3. Retirez les vêtements qui sont entrés en contact avec le poison. Ne les touchez pas tant qu'ils n'ont pas été bien lavés.
4. Lavez bien la région atteinte avec de l'eau et du savon.
5. Continuez à prodiguer des soins à la victime jusqu'à ce que l'équipe d'aide médicale prenne la relève.

Premiers soins en cas d'empoisonnement par injection

Appliquez les procédures générales de premiers soins en cas d'empoisonnement. Il faut essayer de contenir le poison injecté près de l'endroit de l'injection.

Pour retarder son entrée dans la circulation sanguine, mettez la victime au repos et gardez le membre atteint au-dessous du niveau du cœur.

CONSOMMATION OU MÉSUSAGE DE SUBSTANCES

La consommation de substances fait référence à la consommation de substances telles que les drogues, l'alcool, le tabac ou la nicotine ainsi que le cannabis. Les gens consomment des substances pour différentes raisons, et celles-ci peuvent avoir des effets bénéfiques sur la santé ou améliorer le bien-être social ou spirituel dans certaines circonstances.

Lorsque la consommation de substances entraîne des conséquences négatives pour la personne qui en consomme, sa famille, ses ami(e)s ou la société, on parle de *mésusage de substances*. Le mésusage de substances peut être perçu comme un spectre allant de la consommation à faible risque à la dépendance à haut risque à une substance. Il peut également entraîner des intoxications accidentelles.

Intoxications à l'alcool

Selon les directives de consommation d'alcool à faible risque établies par le gouvernement du Canada¹, les femmes devraient limiter leur consommation d'alcool à un maximum de deux verres standard par jour, ou dix par semaine. Les hommes, quant à eux, devraient limiter leur consommation d'alcool à un maximum de trois verres standard par jour, ou quinze par semaine. Il n'est pas recommandé de consommer de l'alcool pendant la grossesse, l'allaitement ou la prise de médicaments sans l'accord de votre prestataire de soins de santé primaires.

Ces directives contribuent à réduire les risques à court et à long terme associés à la surconsommation d'alcool.

Premiers soins en cas d'intoxication à l'alcool

Les symptômes d'une intoxication à l'alcool varient d'une personne à l'autre.

Cependant, il est important de noter qu'une telle intoxication peut être mortelle si elle n'est pas traitée sérieusement.

La consommation d'alcool baisse naturellement la température corporelle et ralentit le rythme cardiaque. Il est donc important de ne pas mélanger l'alcool avec d'autres médicaments non prescrits qui ont des effets similaires à ceux des opioïdes. Il est également important de ne pas mélanger l'alcool avec des médicaments prescrits, car ces derniers peuvent augmenter les risques d'intoxication à l'alcool. Suivez toujours les instructions de votre prestataire de soins de santé primaires.

¹ **GOUVERNEMENT DU CANADA.** *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, [En ligne], mis à jour le 5 juillet 2021. [<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/alcool/directives-consommation-alcool-faible-risque-canada.html>] (Consulté le 24 juillet 2024).

Les signes et symptômes d'une intoxication à l'alcool sont les suivants :

- Vomissements
- Diminution du niveau de conscience
- Diminution du degré de conscience de soi et de son environnement
- Crises d'épilepsie
- Réaction plus lente aux stimulations
- Confusion

Il est important de s'assurer que les voies respiratoires d'une victime d'intoxication à l'alcool demeurent ouvertes et dégagées. Si la victime n'est pas en mesure de s'asseoir par elle-même et de garder ses voies respiratoires ouvertes et dégagées, le (la) secouriste doit tenter d'ouvrir et de dégager ses voies respiratoires en la plaçant dans la position latérale de sécurité et en surveillant attentivement les points ABC.

Si une victime présente l'un des symptômes suivants,appelez le 9-1-1, car elle a besoin de soins hospitaliers immédiats.

- Respiration irrégulière
- Crises d'épilepsie
- Aucune réaction
- Réaction à la douleur seulement
- Cyanose

Intoxication aux opioïdes

Les opioïdes sont un groupe de médicaments qui agissent sur des récepteurs spécifiques du cerveau et produisent un effet euphorisant (ivresse, extase, béatitude). Les opioïdes sont fréquemment prescrits par les médecins pour aider à gérer les douleurs intenses. Ces médicaments peuvent également être prescrits pour d'autres raisons, comme le traitement de la toux ou la suppression de la diarrhée. En raison de leurs effets secondaires, principalement l'euphorie, les opioïdes sont souvent utilisés à des fins non médicales.

Les opioïdes les plus couramment prescrits sont la morphine, l'hydrocodone, l'oxycodone, la codéine et le fentanyl. Ces médicaments sont communément connus sous leur nom commercial, tels que Vicodin^{MD}, OxyContin^{MD} et Percocet^{MD}.

Leurs effets secondaires, amplifiés en cas de surconsommation, sont les suivants :

- Nausées
- Constipation
- Dépression respiratoire
- Baisse du niveau de conscience ou sédation

Toute personne qui prend un opioïde, que ce soit sur ordonnance ou à des fins récréatives, est exposée à un risque d'intoxication. Le Canada est actuellement confronté à une crise des opioïdes. Consultez le site web de Santé Canada pour obtenir les dernières statistiques sur les décès associés aux opioïdes au Canada².

Dans le cas des opioïdes sur ordonnance, une intoxication peut se produire lorsqu'une personne consomme une quantité d'opioïdes supérieure à celle qui lui a été prescrite. Il peut s'agir d'une erreur (la personne peut avoir oublié si elle a pris sa dose ou non) ou d'une accoutumance qui fait que la prescription initiale ne procure plus le même soulagement. Ce phénomène touche souvent les personnes ayant subi une intervention chirurgicale récente ou souffrant de douleurs chroniques.

Une victime qui consomme également une autre substance (alcool, autres drogues) peut également présenter un risque accru d'intoxication en raison des interactions entre les opioïdes et les autres substances. Dans certains cas, la victime ne sait même pas qu'elle a pris un opioïde (celui-ci se trouvait dans une autre substance qu'elle a prise, ou elle a pris l'opioïde alors qu'elle était sous l'influence d'une autre substance).

Le **fentanyl** est généralement utilisé en médecine d'urgence comme traitement rapide et efficace contre la douleur. L'utilisation du fentanyl à des fins récréatives est à l'origine de graves problèmes de santé publique dans plusieurs régions du Canada.

Il est 100 fois plus puissant que la morphine et agit très rapidement, ce qui en fait l'une des principales causes d'intoxications fatales chez les consommateur(-trice)s de drogues.

Au Canada, le fentanyl est mélangé (« coupé ») à de nombreuses drogues afin d'amplifier leur effet. C'est principalement le cas de l'héroïne et de la cocaïne. Le Canada est aussi confronté à la prolifération de comprimés de contrefaçon contenant du fentanyl sur le marché noir, le plus souvent vendus comme de l'OxyContin^{MD}.

Mal utilisé, le fentanyl peut provoquer des réactions sévères, même à faible dose. C'est un médicament inodore et insipide, si bien qu'il ne peut pas être détecté s'il est mélangé à d'autres substances.

Par souci de sécurité, les ordonnances de fentanyl et d'opioïdes doivent uniquement être exécutées par une pharmacie.

Le **carfentanil**, qui est un opioïde encore plus puissant et plus mortel, fait aussi partie des drogues à usage récréatif disponibles au Canada. Cent fois plus puissant que le fentanyl, le carfentanil est utilisé en médecine vétérinaire comme sédatif. Une minuscule quantité de carfentanil (l'équivalent d'un grain de sel) peut provoquer une intoxication fatale.

Remarque : Aucun cas documenté d'exposition cutanée à ces substances n'a conduit à une intoxication.

Une victime d'intoxication aux opioïdes peut présenter une partie ou l'ensemble de ces signes et symptômes :

- L'examen des lieux ou les antécédents de l'incident indiquent une consommation possible de médicaments ou de drogues.
- Somnolence excessive ou perte de conscience.
- Respiration lente ou absente.
- Gargouillements ou ronflements.
- Peau froide et moite avec absence de couleur.

- Cyanose; état caractérisé par une incapacité à respirer ou une insuffisance respiratoire. Il en résulte une baisse du taux d'oxygène dans le sang. Chez les victimes dont la peau est plus foncée, les lèvres et les ongles prennent une teinte grisâtre ou violette. Chez les victimes au teint plus pâle, les lèvres et les ongles peuvent devenir bleus, violettes ou noirs, et on peut observer une pâleur encore plus prononcée que d'habitude ou encore une teinte violette ou bleue au niveau de la peau.
- Pupilles contractées (« en tête d'épingle »).

Naloxone

La naloxone (ou NARCAN^{MD}) est un inhibiteur d'opioïdes qui peut ralentir les effets d'une intoxication aux opioïdes. Elle peut déloger les opioïdes des récepteurs du cerveau et les recouvre, empêchant ainsi les opioïdes de se lier à nouveau à eux. Cette barrière temporaire permet alors aux fonctions cérébrales importantes, telles que la respiration, de fonctionner normalement. La naloxone est offerte sous forme de pulvérisateur nasal ou sous forme injectable.

Dans la plupart des provinces du Canada, il est possible de se procurer une trousse de naloxone gratuitement auprès d'une pharmacie. À la remise de la trousse, vous recevrez des instructions sur son utilisation. Tout le monde est encouragé à se procurer une trousse de naloxone et à s'assurer qu'elle est toujours approvisionnée, surtout si l'on est susceptible d'être en contact avec une personne victime d'une intoxication aux opioïdes.

Premiers soins en cas d'intoxication aux opioïdes

Les procédures de premiers soins en cas d'intoxication aux opioïdes combinent la respiration artificielle, l'administration de naloxone (si vous possédez une formation à cet effet et si une trousse de naloxone est disponible) et la RCR.

La respiration artificielle se fait de la même façon que pour la RCR, mais sans compressions thoraciques. Donnez une respiration toutes les 5 secondes en vous assurant que la poitrine se soulève. *Faites-le même si la victime respire, car il est probable qu'elle ne respire pas assez rapidement.*

Si possible, demandez à quelqu'un d'autre de prodiguer les premiers soins pendant que vous préparez la dose de naloxone à administrer. Si vous êtes seul(e), administrez la naloxone dès que possible et poursuivez la respiration artificielle ou la RCR.

Remarque : Il existe deux types de doses de naloxone : les doses nasales et les doses intramusculaires. Les doses intramusculaires de naloxone sont les plus courantes au Canada, à l'exception de l'Ontario, où les doses nasales sont les plus fréquemment utilisées.

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'intoxication aux opioïdes, suivez les étapes suivantes :

Sans naloxone

Faites un examen des lieux.

Appelez le 9-1-1.

Faites un examen primaire.

Donnez une respiration toutes les 5 secondes en vous assurant que la poitrine se soulève.

Si la victime ne respire pas normalement, commencez la RCR.

Réexaminez régulièrement la victime pour vérifier si les respirations et la RCR sont efficaces.

Avec naloxone

Faites un examen des lieux.

Appelez le 9-1-1.

Faites un examen primaire.

Administrez 5 respirations.

Administrez une dose de naloxone (voir les instructions ci-dessous).

Si la victime ne respire pas normalement, pratiquez la RCR.

Réexaminez la victime après 2 ou 3 minutes pour vérifier si la naloxone est efficace. Si l'état de la victime ne s'améliore pas, administrez une autre dose de naloxone et poursuivez la RCR.

Si, à un moment donné, la victime cesse complètement de respirer, amorcez la RCR.

Administrez de la naloxone par voie nasale

Pour administrer de la naloxone par voie nasale, suivez les étapes suivantes :

1. Sortez le vaporisateur nasal de naloxone de sa boîte.
2. Tenez le dispositif en plaçant votre pouce sous le piston.
3. Insérez l'embout nasal dans la narine de la victime (peu importe le côté).
4. Appuyez à fond sur le piston pour administrer la dose.

S'il n'y a pas d'amélioration après 2 à 3 minutes, donnez une deuxième dose de naloxone. La posologie pour l'enfant est la même que pour l'adulte.

La naloxone inverse les effets de l'intoxication aux opioïdes, ce qui peut provoquer des vomissements, une accélération du rythme cardiaque ou une crise d'épilepsie. La victime peut présenter des symptômes de sevrage qui peuvent être extrêmement douloureux.

Elle peut se montrer anxieuse, agitée ou angoissée. Dans de rares cas, elle peut se montrer agressive. Préparez-vous à intervenir si ces symptômes se présentent, et assurez votre propre sécurité.

La durée d'action de la naloxone est de 20 à 30 minutes. Si la victime se réveille avant l'arrivée des SMU, surveillez-la et soyez attentif(-ive) à la réapparition des signes et symptômes.

Étapes SAVE ME

Rappelez-vous de suivre les étapes **SAVE ME** pour intervenir en cas d'intoxication présumée aux opioïdes :

S — Stimuler. Criez ou tapotez le pied de la victime. Appelez le 9-1-1.

A — Air. Dégagez les voies respiratoires. La victime respire-t-elle?

V — Ventiler. Donnez une respiration toutes les 5 secondes en vous assurant que la poitrine se soulève (total de 5 respirations).

E — Évaluer. Ces étapes sont-elles efficaces?

M — Médicaments. Préparez et administrez une dose de naloxone.

E— Évaluer de nouveau. Est-ce que la naloxone a aidé? Continuez à administrer des respirations artificielles à la victime. La naloxone peut prendre de 2 à 3 minutes à faire effet. Si la personne ne respire pas, continuez la RCR.

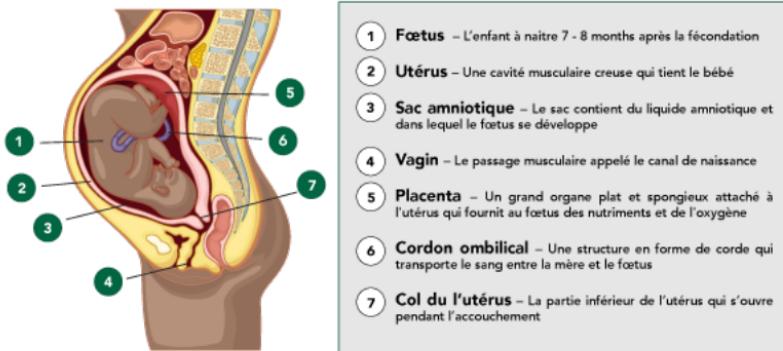
Chapitre 15

Urgences liées à
la grossesse et à
l'accouchement

INTRODUCTION

Un accouchement d'urgence est la naissance d'un(e) enfant à un moment ou dans un endroit imprévu. Il peut survenir s'il y a expulsion soudaine et prématurée de l'enfant ou si, après avoir mené sa grossesse à terme, la mère ne peut se rendre à l'hôpital pour accoucher. La grossesse dure normalement 40 semaines. Si la naissance survient avant la 37^e semaine, le bébé est prématuré. La fausse-couche est la perte du fœtus avant la 20^e semaine de grossesse.

L'illustration suivante représente l'anatomie de la grossesse.



Il est important de noter qu'avant les soins maternels avancés, et dans les régions du monde qui en sont dépourvues, le taux de mortalité de la mère ou du bébé pendant la grossesse ou la période d'accouchement est d'environ 1 sur 10. La grossesse et l'accouchement sont des processus naturels, associés à des risques plus élevés et à des complications cachées. Il est extrêmement important d'obtenir des soins médicaux dès le début de la grossesse et d'appeler le 9-1-1 pour obtenir de l'aide pendant les premiers stades de l'accouchement afin d'atténuer ces risques.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

Le travail comprend trois stades. Le début du travail peut être difficile à déceler; il est probablement commencé si l'on observe l'un ou l'autre des signes suivants :

- L'utérus se contracte à des intervalles réguliers à partir de dix à vingt minutes, les contractions étant de plus en plus fortes et de plus en plus rapprochées.
- Du liquide amniotique s'écoule par le vagin, ce qui indique que le sac amniotique a crevé; cette rupture est aussi nommée « perte des eaux ». Le liquide peut s'écouler en un mince filet ou jaillir hors du vagin.
- Du sang et du mucus s'écoulent du vagin; cela indique que le bouchon muqueux s'est détaché du col de l'utérus et que celui-ci a commencé à s'ouvrir.

Stade 1 : Le travail — ouverture du col de l'utérus

Le premier stade de l'accouchement, que l'on désigne comme le début du travail, se traduit par des contractions musculaires qui peuvent d'abord être ressenties comme une sensation douloureuse au bas du dos. Lorsqu'elles s'intensifient, elles sont ressenties comme des crampes dans le bas du ventre. Sous l'effet des contractions, le col de l'utérus va se dilater ou s'ouvrir.

La dilatation doit atteindre 10 centimètres avant que le fœtus soit poussé dans le vagin; c'est le début du deuxième stade du travail.

La durée de la première phase du travail peut varier considérablement, c'est pourquoi il est difficile de déterminer quand le bébé va naître : les bébés ne sont pas connus pour suivre une sorte de calendrier préétabli et prévisible.

En règle générale, lorsqu'il s'agit d'un premier bébé, il reste suffisamment de temps pour transporter la mère à l'hôpital en vue de son accouchement. Les accouchements suivants sont généralement plus rapides, le début du travail étant considérablement plus court que pour le (la) premier(-ère) enfant.

Stade 2 : La naissance du bébé

Le deuxième stade débute lorsque le col de l'utérus est complètement dilaté et que les contractions commencent à pousser le bébé hors de l'utérus, dans le vagin. Une fois que la tête est proche de l'ouverture du vagin, la mère peut ressentir une très forte envie d'expulser le fœtus.

Habituellement, la tête sort en premier; elle est suivie d'une épaule, de l'autre épaule et ensuite du reste du corps, qui est expulsé assez rapidement. À ce moment, le bébé est encore relié à sa mère par le cordon ombilical. Le cordon est lui-même relié au placenta, qui se trouve toujours dans l'utérus.

Le deuxième stade se termine avec la naissance du bébé. Comme pour le début du travail, la durée de ce stade peut varier considérablement.

Stade 3 : L'expulsion du placenta

Le troisième stade est l'expulsion du placenta qui suit la naissance du bébé. Les contractions se poursuivent, poussant le placenta hors de l'utérus. Le travail se termine par l'expulsion du placenta. L'expulsion du placenta dure en moyenne de 10 à 20 minutes, mais une fois de plus, la durée de ce processus peut varier considérablement.

ACCOUCHEMENT D'URGENCE

Votre rôle est d'aider la mère à accoucher, de protéger la mère et le bébé et de conserver toutes les parties du placenta et du sac amniotique jusqu'à la prise en charge par l'équipe d'aide médicale.

Si le deuxième stade est commencé, la naissance surviendra assez rapidement. On peut reconnaître le deuxième stade grâce aux observations suivantes :

- Des contractions plus longues et plus fortes, à moins de 2 minutes d'intervalle.
- L'expérience de la mère; il faut la croire si elle dit que le bébé va bientôt naître.
- Le renflement du vagin ou l'apparition de la tête du bébé.
- Le fait que la mère force, pousse et éprouve le besoin de soulager ses intestins.

Lorsque ces signes apparaissent, il est trop tard pour transporter la mère vers une équipe d'aide médicale. Composez le 9-1-1 et préparez-vous à faire l'accouchement.

Accouchement d'urgence

La section suivante décrit les stades d'un accouchement d'urgence.

Stade 1 : Le travail

Pour prodiguer les premiers soins au cours du travail, suivez les étapes suivantes :

1. Trouvez de l'aide.
 2. Rassemblez le matériel nécessaire à la naissance du bébé et à l'expulsion du placenta :
- Trousse de premiers soins (ou trousse obstétrique, si possible)
 - Serviettes propres, couvertures

- Ruban adhésif
- Un ou plusieurs sacs en plastique
- Gants

3. Établissez les antécédents :

- Durée de la grossesse
- Naissances précédentes
- Complications au cours de la grossesse
- Antécédents médicaux (saignements, problèmes cardiaques ou respiratoires, etc.)

Stade 2 : La naissance du bébé

Au deuxième stade, c'est-à-dire lorsque l'accouchement est imminent, allongez la mère sur le dos, les genoux fléchis et la tête soutenue. Si elle préfère une autre position, faites comme elle le souhaite. Couvrez la mère avec des draps que l'on pourra facilement soulever pour suivre l'évolution du travail.

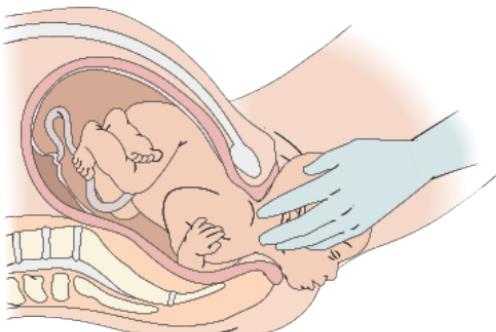


Lorsque la tête du bébé apparaît, encouragez la mère à :

- Pousser pendant les contractions.
- Retenir sa respiration tout en poussant pendant 7 à 10 secondes au maximum.
- Poser le menton sur la poitrine et éviter de cambrir le dos.



Placez votre main sur le sommet de la tête du bébé et appliquez une légère pression avec la paume de votre main gantée pour empêcher une expulsion trop rapide. Une fois la tête du bébé expulsée, soutenez-la en la gardant plus basse que le corps.



La tête sera (généralement) tournée vers le bas, puis vers le côté pour faciliter le passage des épaules. À ce stade, rompez le sac amniotique autour de la bouche et du nez s'il ne s'est pas déjà rompu de lui-même. Vérifiez la présence du cordon ombilical autour du cou du bébé et retirez-le délicatement si nécessaire. À ce stade, dites à la mère de ralentir ses poussées. Une fois les épaules du bébé expulsées, le reste de son corps suivra rapidement.

Un nouveau-né est couvert de fluides qui peuvent le rendre glissant. Assurez-vous de le tenir délicatement, mais fermement.

Stade 3 : Après la naissance du bébé

Le bébé devrait commencer à pleurer (et donc à respirer) tout seul, surtout après la rupture du sac amniotique. Si ce n'est pas le cas, stimulez le bébé pour le faire pleurer en tapotant ses plantes de pieds ou en lui frottant le dos. Si le bébé ne se met pas à pleurer au bout de 30 secondes, amorcez la RCR.



Enveloppez le bébé dans une serviette propre pour le garder au chaud. Si les pulsations du cordon n'ont pas cessé, gardez le bébé à la hauteur du vagin jusqu'à ce qu'elles cessent. Si les pulsations du cordon ont cessé, placez le bébé sur la poitrine de la mère pour le garder au chaud.

Encouragez la mère à donner le sein, car cela pourrait renforcer le lien entre elle et le bébé, faciliter l'expulsion du placenta et diminuer les saignements.

Consignez l'heure de l'accouchement.

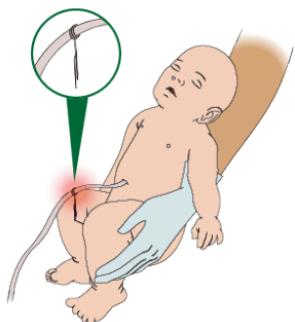
Couper le cordon

Vérifiez si du sang s'écoule par le vagin. Si l'hémorragie est grave, il faut agir rapidement. On doit alors ligaturer le cordon pour éviter que le bébé perde du sang par le cordon et le placenta. Ligaturez le cordon à 15 cm (6 po) du corps du bébé, puis maintenez le bébé à la hauteur du vagin.

Si les SMU sont en route et que la mère ne présente pas d'hémorragie grave, ne ligaturez pas, ne pincez pas ou ne clampez pas le cordon. Une fois le placenta expulsé, placez-le dans un sac ou un contenant et gardez-le au même niveau que le bébé.

Si l'arrivée des SMU est retardée et que la mère présente une hémorragie grave :

- Attendez que les pulsations du cordon ombilical aient cessé.
- Clampez le cordon (ou nouez-le à l'aide d'une grosse ficelle) à 15 cm et à 30 cm (à 6 po et à 12 po) du corps du bébé.
- Coupez le cordon entre les pinces ombilicales à l'aide de ciseaux stériles.



Stade 4 : L'expulsion duplacenta

L'expulsion du placenta survient généralement dans les 10 à 20 minutes suivant la naissance du bébé. Un massage du bas du ventre ou le fait de donner le sein peut faciliter l'expulsion du placenta.

Une fois le placenta expulsé, placez-le dans un sac en plastique et veillez à ce qu'il soit transporté à l'hôpital avec la mère et le bébé.



Complications lors de l'accouchement Voici des complications qui peuvent survenir lors de l'accouchement.

Le nouveau-né ne respire pas

Si un nouveau-né ne commence pas à respirer, même après avoir tenté de le stimuler à pleurer (essayez pendant 30 secondes au maximum), amorcez la RCR.

Pratiquez 30 compressions thoraciques, suivies de deux respirations. N'oubliez pas que les poumons d'un nouveau-né sont très petits. Insufflez une très petite quantité d'air, juste assez pour que la poitrine se soulève.

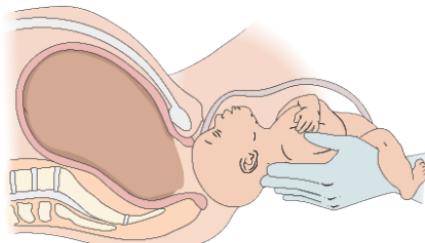
Assurez-vous que les SMU ont été prévenus. Si possible, demandez à une autre personne d'apporter un soutien émotionnel aux parents.

Présentation par le siège

Une présentation par le siège survient lorsque le bébé ne s'est pas tourné dans l'utérus et se présente par les fesses. Dans cette situation, l'accouchement peut encore se dérouler sans complications graves.

Pour aider la mère en cas de présentation par le siège :

- Informez les SMU.
- Soutenez le corps du nourrisson au moment de sa naissance en plaçant votre bras sous le tronc, les jambes pendantes de chaque côté.



Prolapsus du cordon ombilical

Dans certains accouchements, le cordon ombilical sort du canal de naissance avant le bébé. Si cette situation se produit, n'essayez pas de repousser le cordon ombilical et ne tirez pas dessus.

Rappelez le 9-1-1 et demandez à la mère d'éviter de pousser.

Présentation d'un membre

Dans certains cas, un membre (un bras ou une jambe) se présente avant le reste du corps du bébé. Ce type d'accouchement est très rare et nécessite une césarienne d'urgence.

Rappelez le 9-1-1 pour tenir au courant les services médicaux d'urgence.

Si vous êtes confronté(e) à ce type d'accouchement, *ne tirez pas sur le membre*. En fait, le simple fait de toucher le membre présenté peut déclencher la respiration du bébé, qui peut suffoquer dans l'utérus.

Naissances multiples

Les naissances multiples se produisent lorsque plusieurs fœtus se sont développés dans l'utérus. Cette situation peut être due à la division d'un ovule en deux fœtus ou à la fécondation de deux ovules. La mère donnera donc naissance à des jumeaux(-elles) identiques ou fraternel(le)s. Les naissances multiples peuvent également être au nombre de trois ou plus.

Signes indiquant une possible naissance multiple :

- La mère indique qu'elle porte des jumeaux(-elles) (ou plus de deux bébés).
- L'abdomen de la mère est encore très large après la naissance du premier bébé.

- De fortes contractions commencent dans les 10 minutes qui suivent l'accouchement.
- La taille du bébé est disproportionnée par rapport à la taille de l'abdomen de la mère.

SOINS À LA MÈRE ET AU NOUVEAU-NÉ

Après l'accouchement, prenez des mesures pour prodiguer des soins à la mère et au nouveau-né. N'oubliez pas que la naissance est un processus naturel. Restez calme, soyez attentionné(e) et surveillez d'éventuelles complications.

La mère

Contrôlez les saignements qui s'écoulent du vagin. L'accouchement peut déchirer la peau qui relie l'ouverture vaginale à l'anus (périmée), ce qui entraînera des saignements, ou peut provoquer des saignements du vagin lui-même.

Pour contrôler le saignement des tissus autour du vagin, placez des pansements et appliquez une pression comme vous le feriez pour toute autre plaie ouverte. Si le saignement provient de l'intérieur du vagin, ne placez rien à l'intérieur du vagin.

Veuillez noter qu'une mère peut perdre jusqu'à 500 ml de sang lors d'un accouchement sans complications.



Le nouveau-né

Une fois la respiration établie, les soins prodigués au nouveau-né visent à le maintenir au chaud et à le protéger jusqu'à ce qu'il puisse être transporté à l'hôpital. Assurez-vous que sa respiration reste efficace en observant la couleur de sa peau et le nombre de ses mouvements.

SAIGNEMENT VAGINAL ET FAUSSE-COUCHE

La fausse-couche est la perte du fœtus avant la 20^e semaine de grossesse. La plupart des fausses-couches sont dues à un développement anormal du fœtus. En médecine, la fausse-couche porte le nom d'avortement spontané.

Les signes et symptômes sont les suivants :

- Saignement vaginal parfois abondant
- Signes d'état de choc
- Douleurs semblables à des crampes dans le bas du ventre
- Douleurs dans le bas du dos
- Expulsion de tissus

Premiers soins en cas de fausse-couche

Votre principale préoccupation dans l'application des procédures de premiers soins en cas de fausse-couche est l'état de choc que peut provoquer l'hémorragie grave. La victime peut être dans un état de grande détresse. Pour prodiguer les premiers soins en cas de fausse-couche, suivez les étapes suivantes :

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Appelez le 9-1-1.
3. Prodiguez les premiers soins en cas de choc : allongez la personne sur le dos ou sur le côté gauche.

4. Préservez son intimité. Rassurez-la et offrez-lui un soutien émotionnel.
5. Recueillez les tissus et le sang expulsés (draps et vêtements souillés, etc.) et envoyez-les à l'hôpital pour qu'ils soient examinés par le (la) médecin.
6. Continuez à prodiguer des soins à la victime.

Chapitre 16

SIR + RCR pour les
prestataires de soins
de santé

INTRODUCTION

Dans le cadre de la réanimation cardiorespiratoire (RCR), on met l'accent sur la qualité et l'efficacité des efforts de réanimation. Une RCR de haute qualité comprend un taux ininterrompu de 100 à 120 compressions par minute, une profondeur de compression adéquate et un recul complet de la poitrine après chaque compression.

Il est important de se rappeler que lorsque les protocoles locaux diffèrent des renseignements aux présentes, les protocoles locaux peuvent avoir préséance. Certains protocoles locaux peuvent différer en fonction de la législation, de la direction médicale et des exigences professionnelles ou du milieu de travail.

CATÉGORIES D'ÂGE POUR LA RÉANIMATION

Les prestataires de soins de santé traiteront les victimes en fonction des catégories suivantes :

- **Adulte** — personne qui a atteint ou passé le début de la puberté.
- **Enfant** — personne âgée d'au moins un an et n'ayant pas atteint le début de la puberté (environ 12 à 14 ans, défini par la présence de caractéristiques sexuelles secondaires).
- **Nourrisson** — tout(e) enfant âgé(e) de moins d'un an.
- **Nouveau-né** — nourrisson dont on vient d'accoucher, dans les premières heures qui suivent la naissance et jusqu'à ce qu'il quitte l'hôpital. Les prestataires de soins de santé n'auront pas à différencier les membres de ce groupe des autres nourrissons, sauf s'ils (elles) sont spécialement formé(e)s pour prodiguer des soins de réanimation aux enfants appartenant à ce groupe d'âge.

Activation du système d'intervention médicale d'urgence

Les prestataires de soins de santé (PSS) doivent savoir quand et comment activer leur système d'intervention médicale d'urgence interne ou externe. Il faut mettre en place un plan pour permettre l'arrivée sur place d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) avec le (la) secouriste, ou pour qu'un DEA soit rapidement récupéré et facilement accessible.

Victimes de tout âge — deux secouristes

Chaque fois que deux secouristes sont nécessaires, l'un(e) doit rester sur place et commencer la RCR tandis que l'autre active le système d'intervention médicale d'urgence et récupère un DEA s'il n'y en a pas déjà un sur place.

Victime adulte — secouriste seul(e)

Toute personne souffrant d'un arrêt cardiaque aura besoin de RCR, d'une défibrillation et de soins avancés en réanimation.

Le (la) secouriste seul(e) doit activer le système d'intervention médicale d'urgence en cas d'arrêt dont une personne a été témoin ou en cas de victime adulte sans réaction.

Lorsqu'on soupçonne qu'une victime, quel que soit son âge, a subi un arrêt asphyxique (comme une suffocation), le (la) secouriste seul(e) doit appeler à l'aide au moyen d'un téléphone cellulaire. Le (la) secouriste peut régler le téléphone en mode haut-parleur pour gagner du temps. Si le (la) secouriste ne dispose pas d'un téléphone cellulaire, il (elle) doit pratiquer la RCR pendant deux minutes avant de partir activer le système d'intervention médicale d'urgence et chercher le DEA. L'objectif est de corriger la cause de l'arrêt, le manque d'oxygène, en pratiquant d'abord la RCR pendant deux minutes.

Victime nourrisson ou enfant — secouriste seul(e)

Lorsqu'un(e) secouriste seul(e) est témoin de l'effondrement soudain d'un(e) enfant ou d'un nourrisson, il (elle) doit immédiatement activer son système d'intervention médicale d'urgence, puis aller chercher le DEA et l'utiliser immédiatement. Si le (la) secouriste n'a pas été témoin de l'effondrement et ne peut pas activer le système d'intervention médicale d'urgence depuis les lieux, il (elle) doit pratiquer la RCR pendant deux minutes avant de quitter les lieux pour faire un appel.

Lorsqu'il (elle) active le système d'intervention médicale d'urgence, le (la) secouriste peut envisager de porter l'enfant ou le nourrisson si celui-ci est suffisamment petit, si ses blessures le permettent et si la distance à parcourir n'a pas d'incidence sur le début ou la reprise de la RCR.

RESPIRATION ARTIFICIELLE (RA)

La respiration artificielle (RA) est un moyen pour vous de donner de l'air aux poumons d'une victime qui ne respire pas adéquatement ou qui ne respire pas du tout, mais qui a un pouls adéquat. Les vérifications du pouls et de la respiration doivent être effectuées toutes les deux minutes, pendant au moins 5 secondes, mais pas plus de 10 secondes.

Les méthodes pour donner des ventilations à une victime qui ne respire pas sont :

- Bouche à masque avec oxygène supplémentaire
- Ballon-masque à deux secouristes

Si un nourrisson ou un(e) enfant présente un pouls de moins de 60 battements par minute ainsi que des signes de mauvaise perfusion malgré l'oxygène et la ventilation, il faut lui prodiguer des compressions thoraciques en plus des ventilations.

On peut prodiguer la RA dans une grande variété de situations. En cas d'urgence, gardez les éléments suivants à l'esprit :

- Dans l'idéal, pour amorcer la RA, les secouristes doivent se placer au-dessus de la tête de la victime afin de positionner le masque sur son visage et de maintenir ses voies respiratoires ouvertes. Dans les cas où il n'est pas possible ou sécuritaire de déplacer la victime, amorcez la RA dans la meilleure position possible en respectant les principes visant à maintenir l'ouverture des voies respiratoires et une étanchéité optimale du masque.
- Vous pouvez continuer la RA pendant que d'autres secouristes déplacent la victime en lieu sûr.
- Bien que la RA puisse être prodiguée pendant de longues périodes, il est fréquent que les secouristes aient des crampes ou se fatiguent. Préparez-vous à échanger votre place avec un(e) autre secouriste si nécessaire.
- Vous pouvez utiliser les techniques de RA pour aider les victimes souffrant de difficultés respiratoires sévères.

Il peut être particulièrement difficile de prodiguer la RA dans certaines situations. Voici quelques exemples :

- Des blessures graves à la bouche ou au nez empêchent une bonne étanchéité autour de la bouche.
- Lorsque du sang ou d'autres fluides corporels s'écoulent dans la gorge et bloquent les voies respiratoires, faites de votre mieux pour dégager la bouche avant de commencer à prodiguer la RA.

- La victime a été empoisonnée par un gaz毒ique, comme du sulfure d'hydrogène, et le fait d'entrer en contact avec elle pourrait entraîner votre empoisonnement.
- Il y a du poison corrosif sur le visage ou dans la bouche de la victime, et vous n'avez pas de masque.

Dans un tel cas, vous devez faire de votre mieux (en fonction de votre niveau de formation) sans vous mettre en danger.

Dégager les voies respiratoires

Les prestataires de soins de santé ouvriront normalement les voies respiratoires des victimes en utilisant la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton, sauf si l'on soupçonne que la victime a subi une blessure à la colonne vertébrale.

Dans ces cas, une subluxation de la mâchoire est utilisée. Lorsque l'on soupçonne une blessure à la colonne vertébrale et que la subluxation de la mâchoire ne fonctionne pas, utilisez la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton pour dégager les voies respiratoires.

Utilisation de la subluxation de la mâchoire

Pour procéder à la subluxation de la mâchoire, suivez les étapes suivantes :

1. Assurez-vous que la tête et le cou de la victime sont soutenus, puis placez vos mains de chaque côté de sa tête.
2. Posez vos pouces sur les pommettes de la victime. Saisissez l'angle de la mâchoire de la victime avec votre majeur, votre annulaire et votre auriculaire, puis soulevez sa mâchoire pour ouvrir ses voies respiratoires.
3. Au besoin, ouvrez la bouche de la victime avec vos index.
4. Vérifiez la respiration et le pouls de la victime pendant 5 à 10 secondes tout en maintenant ses voies respiratoires ouvertes au moyen de la subluxation de la mâchoire.

5. Si la victime a un pouls, mais ne respire pas, placez le masque sur son visage. Soufflez dans la bouche de la victime et observez la montée de sa poitrine. Continuez à soulever sa mâchoire pour maintenir ses voies respiratoires ouvertes.
6. Si la victime n'a pas de pouls, commencez les compressions et poursuivez la RCR jusqu'à ce qu'on vous apporte un DEA.

Utilisation d'un masque de poche

Les secouristes peuvent utiliser un masque de poche pour prodiguer la respiration artificielle tout en se protégeant.

Il faut placer le masque de poche sur la bouche et le nez, et l'extrémité inférieure plus large doit se trouver quelques centimètres au-dessus du menton.

Utilisation d'un ballon-masque

Un ballon-masque est un ballon autogonflant muni d'une valve unidirectionnelle auquel on peut fixer un masque.

Le ballon-masque peut également être fixé à un réservoir d'oxygène. Il existe trois tailles de ballon-masque : adulte, enfant et nourrisson.

On utilise aussi les ballons-masques pour prodiguer la respiration artificielle. On recommande d'utiliser les ballons-masques avec l'aide d'un(e) deuxième secouriste.

Pour utiliser un ballon-masque, suivez les étapes suivantes :

1. Ouvrez et dégagiez les voies respiratoires de la victime.
2. Sélectionnez le masque de la bonne taille en fonction de la taille de la victime (adulte, enfant ou nourrisson).
3. Saisissez son menton « en C » sur le masque en plaçant vos pouces sur la partie supérieure du masque et vos index et majeurs sur la moitié inférieure du masque.

4. Assurez-vous que le masque est bien ajusté en alignant l'apex du masque avec l'arête du nez et l'extrémité inférieure du masque juste en dessous de la bouche, sur le menton. Veillez à centrer l'orifice de ventilation, si votre masque en possède un, au centre de la bouche.
5. Placez vos annulaires et votre petit doigt au coin de la mâchoire, juste en dessous de l'oreille, et effectuez une subluxation de la mâchoire.
6. Demandez à un(e) deuxième secouriste de presser le sac toutes les trois à six secondes, en fonction de la victime, avec les deux mains, de façon à fournir juste assez d'air à la victime pour que sa poitrine se soulève.

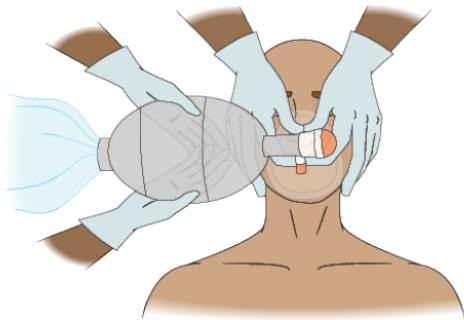
Utilisation d'un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires avec un masque

Il est recommandé d'utiliser un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires lorsque vous utilisez un masque de poche ou un ballon-masque. Ceci nécessite une formation avancée. Si un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires n'est pas disponible ou que vous n'êtes pas formé sur son utilisation, ceci ne vous empêche pas d'utiliser un masque de poche ou un ballon-masque. L'utilisation de l'un ou de l'autre sans un dégagement spécialisé est acceptable. En cas d'utilisation d'un dégagement spécialisé des voies respiratoires, il est possible que l'on demande au (à la) professionnel(le) de la santé d'aider à la mise en place du ballon-masque. Des appareils d'appoint de traitement des voies respiratoires (orales ou nasales) peuvent être nécessaires conjointement au ballon-masque si la victime est sans réaction.

RA chez un(e) adulte : Utilisation d'un ballon-masque par deux secouristes

Pour utiliser un ballon-masque par deux secouristes chez une victime d'âge adulte, suivez les étapes suivantes :

1. Un(e) secouriste se positionne à la tête de la victime et place le masque sur son visage.
2. En utilisant le pouce et l'index de CHAQUE main autour de la valve dans une position « en C », il (elle) appuie le masque contre le visage de la victime.
3. En utilisant les doigts restants de CHAQUE main dans une position « en E », il (elle) soulève la mâchoire de la victime et penche sa tête vers l'arrière pour dégager ses voies respiratoires.
Si vous soupçonnez que la victime a subi une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, utilisez la subluxation de la mâchoire.
4. Le (la) deuxième secouriste pressera ensuite le sac pour donner des ventilations à la victime. Prodiguez une ventilation toutes les cinq ou six secondes. Faites en sorte que la poitrine de la victime se soulève visiblement.
5. Vérifiez le pouls de la victime toutes les deux minutes.



AR chez un(e) enfant : Utilisation d'un ballon-masque par deux secouristes

Pour utiliser un ballon-masque par deux secouristes chez un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Un(e) secouriste se positionne à la tête de la victime et place le masque sur son visage.
2. En utilisant le pouce et l'index de CHAQUE main autour de la valve dans une position en « C », il (elle) appuie le masque contre le visage de la victime.
3. En utilisant les doigts restants de CHAQUE main dans une position « en E », il (elle) soulève la mâchoire de la victime et penche sa tête vers l'arrière pour dégager ses voies respiratoires. Si vous soupçonnez que la victime a subi une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, utilisez la subluxation de la mâchoire.
4. Le (la) deuxième secouriste pressera ensuite le sac pour donner des ventilations à la victime. Prodiguez une ventilation toutes les trois à cinq secondes. Faites en sorte que la poitrine de la victime se soulève visiblement.
5. Vérifiez le pouls de la victime toutes les deux minutes.

Respiration artificielle chez un nourrisson : Utilisation d'un ballon-masque par deux secouristes

Pour utiliser un ballon-masque par deux secouristes chez un nourrisson, suivez les étapes suivantes :

1. Un(e) secouriste se positionne à la tête de la victime et place le masque sur son nez et sa bouche. Ne couvrez ni les yeux ni le menton de la victime.
2. En utilisant le pouce et l'index de CHAQUE main autour de la valve dans une position « en C », il (elle) appuie le masque contre le visage de la victime.

3. En utilisant les doigts restants de CHAQUE main dans une position « en E », il (elle) soulève la mâchoire de la victime et penche sa tête vers l’arrière pour dégager ses voies respiratoires. Si vous soupçonnez que la victime a subi une blessure à la tête ou à la colonne vertébrale, utilisez la subluxation de la mâchoire.
4. Le (la) deuxième secouriste pressera ensuite le sac pour donner des ventilations à la victime. Prodiguez une ventilation chaque seconde. Faites en sorte que la poitrine de la victime se soulève visiblement.



5. Prodiguez une ventilation toutes les 3 à 5 secondes (de 12 à 20 par minute).
6. Vérifiez le pouls de la victime toutes les deux minutes.

Ventilation assistée

La ventilation assistée aide les victimes souffrant de difficultés respiratoires sévères à respirer plus efficacement.

Dans un environnement clinique, vous pouvez avoir accès à un appareil de ventilation en pression positive continue (CPAP). Les appareils de CPAP sont particulièrement utiles lorsque la victime ne montre que peu ou pas d'effort respiratoire. Si l'effort respiratoire de la victime est adéquat, elle respirera probablement mieux sans aide. Commencez la ventilation assistée lorsque vous remarquez des signes de difficulté respiratoire sévère.

La technique de la ventilation assistée est identique à celle de la respiration artificielle, à l'exception du moment où l'on prodigue les ventilations. Si la victime respire trop lentement, prodiguez-lui une ventilation chaque fois qu'elle inspire, plus une ventilation supplémentaire entre ses respirations. Prodiguez une ventilation toutes les cinq secondes (total de 12 à 15 ventilations par minute).

Si la victime respire trop vite, prodiguez une ventilation toutes les deux inhalations. Cela devrait permettre de ralentir la respiration de la victime. Donnez un total de 12 à 15 ventilations par minute.

Si la victime est consciente, expliquez-lui ce que vous allez faire et pourquoi. Rassurez régulièrement la victime et encouragez-la à essayer de respirer à un bon rythme et une bonne profondeur.

Assurez-vous de surveiller la poitrine pendant la ventilation. Elle devrait se soulever à chaque inspiration si la respiration est efficace.

RA pour une victime qui respire par une stomie

Certaines personnes respirent par une ouverture à la base de leur cou. Cette ouverture, appelée *stomie*, est le résultat d'une opération médicale appelée « laryngectomie ».

Il est possible que vous ne sachiez pas que la victime respire par le cou au moment de lui prodiguer la RA. Si l'air semble descendre dans les voies respiratoires de la victime lorsque vous soufflez, mais que sa poitrine ne se soulève pas, vérifiez si elle a une stomie au cou. Vous pourriez aussi entendre de l'air sortir de la stomie lorsque vous soufflez.

RA pour une victime ayant une stomie

La séquence des premiers soins est la même. Si vous percevez que la victime respire par une stomie, suivez les étapes suivantes :

1. Exposez l'ensemble du cou de la victime et retirez toute protection couvrant la stomie. S'il y a un tube qui sort de la stomie, ne le retirez pas.
2. S'il y a un coussin à proximité, placez-le sous les épaules



de la victime de façon à les maintenir légèrement surélevées.

3. Maintenez la tête de la victime alignée avec le reste de son corps, et gardez son menton relevé.
4. Scellez la bouche et le nez de la victime avec votre main la plus proche de sa tête.
5. Scellez l'écran facial ou le masque de poche sur la stomie ou connectez le ballon-masque au tube de trachéotomie, puis prodiguez les ventilations.
6. Vérifiez si la poitrine de la victime se soulève; pouvez-vous voir, entendre et sentir le mouvement de l'air?
7. Laissez l'air s'échapper de la stomie entre les ventilations.
8. Nettoyez l'ouverture de la voie respiratoire au moyen d'un linge pour en assurer la propreté; n'utilisez jamais de mouchoir en papier à cette fin.



Distension gastrique

Si vous soufflez de l'air dans une victime trop rapidement ou trop fort, l'air peut être dérivé dans son estomac, ce qui le fera gonfler. C'est ce qu'on appelle la distension gastrique. Elle peut rendre la ventilation de la victime plus difficile et augmenter les risques de vomissement. Si l'estomac de la victime se distend, essayez de prévenir toute distension supplémentaire en prenant les mesures suivantes :

- Repositionnez la tête et rouvrez les voies respiratoires.
- Soufflez plus lentement et plus doucement.
- Assurez-vous que les voies respiratoires demeurent complètement ouvertes.

Bien que cela soit inhabituel, il peut arriver que l'estomac se distende tellement que les poumons ne peuvent plus se dilater. Dans un tel cas, l'air que vous soufflerez n'ira pas dans les poumons et vous devrez donc soulager la distension gastrique en forçant l'air présent dans l'estomac à sortir. Ne soulagez la distension gastrique que lorsque les poumons ne peuvent pas se dilater et que la RA est inefficace.

Pour prévenir la distension gastrique :

- Prodiguez des ventilations au rythme recommandé :
 - Adultes : une ventilation toutes les cinq ou six secondes.
 - Enfants et nourrissons : une ventilation toutes les trois à cinq secondes.
- Prodiguez juste assez d'air pour que la poitrine de la victime se soulève.
- Assurez-vous que les voies respiratoires demeurent complètement ouvertes.

Assurez-vous que sa tête est bien inclinée vers l'arrière (sans trop l'étendre).



RCR

Lors de l'évaluation de la victime, les prestataires de soins de santé (PSS) vérifient simultanément la respiration et le pouls avant de commencer les compressions. Les secouristes doivent vérifier les éléments suivants :

- Adulte — pouls carotidien
- Enfant — pouls carotidien ou fémoral
- Nourrisson — pouls brachial ou fémoral

Taux de compression thoracique

Le taux de compression thoracique correspond à peu près au temps pendant lequel la victime reçoit des compressions thoraciques au cours de la RCR. L'objectif est de limiter le plus possible le temps pendant lequel on ne prodigue pas de compressions thoraciques afin d'augmenter la circulation sanguine vers les organes vitaux pendant la RCR. On vise à prodiguer des compressions thoraciques de sauvetage pendant 60 à 80 % du temps consacré à la RCR.

Bradycardie (pouls lent)

La bradycardie est une fréquence cardiaque anormalement basse. Un(e) enfant ou un nourrisson dont le pouls est inférieur à 60 battements par minute et qui présente des signes de mauvaise perfusion ou circulation, malgré l'oxygène et la ventilation, doit également recevoir des compressions thoraciques. La faible fréquence cardiaque (moins de 60 battements par minute) ne permet pas une circulation suffisante pour maintenir une oxygénation cellulaire adéquate; en assurant un taux de 100 à 120 compressions par minute, les prestataires de soins de santé aideront à fournir une circulation adéquate à la victime.

Rapports de RCR (compression et respiration)

Les prestataires de soins de santé fourniront les mêmes rapports compressions-respirations que les secouristes lorsqu'ils (elles) prodigueront la RCR par un(e) secouriste pour les adultes, les enfants et les nourrissons, de même que lorsqu'ils (elles) prodigueront la RCR par deux secouristes pour les adultes, mais le rapport changera lorsqu'ils (elles) pratiqueront la RCR par deux secouristes pour les enfants et les nourrissons.

Dans le cas de la RCR par deux secouristes prodiguées à un(e) enfant ou à un nourrisson, les secouristes maintiendront un rapport de 15 compressions pour 2 respirations.

La profondeur des compressions doit correspondre à au moins un tiers de la profondeur de la poitrine du nourrisson ou de l'enfant, et il faut maintenir un rythme de 100 à 120 compressions par minute.

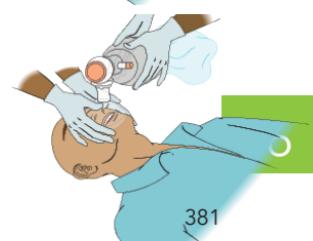
Si la victime est un nourrisson, les secouristes peuvent entourer sa poitrine et utiliser leurs pouces côté à côté ou l'un sur l'autre pour prodiguer les compressions. La méthode à utiliser dépend de la taille du nourrisson et des pouces du (de la) secouriste.

RCR ou utilisation d'un DEA chez un(e) adulte

Vérifiez la respiration et le pouls de la victime pendant 5 à 10 secondes.



Si la victime a un pouls, mais ne respire pas, commencez la respiration artificielle.



Si la victime n'a pas de pouls et ne respire pas, ou n'a que des respirations agoniques, commencez les compressions.

Le terme « respiration agonique » désigne un rythme respiratoire anormal induit par un réflexe du tronc cérébral. Ce phénomène est caractérisé par des respirations haletantes irrégulières, parfois accompagnées de vocalisations étranges. Cela peut se produire lors d'un arrêt cardiaque et faire croire aux passant(e)s que la victime respire.

RCR 30:2 par un(e) secouriste

Pour prodiguer la RCR par un(e) secouriste selon un rapport de 30:2, suivez les étapes suivantes :

1. Placez vos mains au centre de la partie supérieure de la poitrine et effectuez 30 compressions thoraciques.
2. Poussez fort et vite (de 100 à 120 compressions par minute), jusqu'à une profondeur de 5 ou 6 cm (de 2 ou 2,4 po). Les phases de pression et de relâchement doivent être de la même durée. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir à la position de repos après chaque compression. Évitez le plus possible les interruptions.
3. Prodiguez deux respirations.
4. Continuez à prodiguer la RCR en maintenant un rapport de 30:2 jusqu'à la première des éventualités suivantes :
 - Un DEA est prêt.
 - Les SMU ou des secouristes professionnel(le)s arrivent sur place.
 - La victime montre des signes de rétablissement.

RCR 30:2 par deux secouristes

Pour prodiguer la RCR par deux secouristes selon un rapport de 30:2, suivez les étapes suivantes :

1. Le (la) secouriste 1 effectue 30 compressions thoraciques à un rythme de 100 à 120 compressions par minute.

2. Le (la) secouriste 2 prodigue deux respirations artificielles suffisamment fortes pour soulever la poitrine de la victime. Évitez le plus possible les interruptions.
3. Changez rapidement de position tous les cinq cycles (deux minutes).
4. Si vous utilisez un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires, prodiguez une respiration toutes les six à huit secondes, sans interruption des compressions pour les respirations.

Défibrillation

Pour prodiguer la défibrillation dans le cas d'une victime adulte, suivez les étapes suivantes :

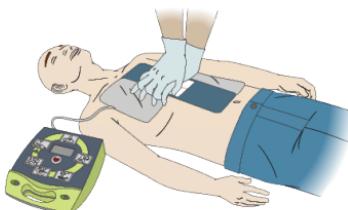
1. Exposez la poitrine de la victime. Mettez en marche le DEA. Suivez les instructions vocales. Mettez en place les électrodes pour adulte.



2. Si on vous CONSEILLE de prodiguer un choc à la victime, éloignez tout le monde de victime, et prodiguez un seul choc. Reprenez immédiatement les compressions thoraciques.



3. Si on vous DÉCONSEILLE de prodiguer un choc à la victime, reprenez immédiatement les compressions thoraciques.



4. Maintenez le rapport de 30 compressions pour 2 respirations pendant 10 cycles (environ 2 minutes). Analysez le rythme cardiaque et continuez la RCR ou l'utilisation du DEA jusqu'à ce que les prestataires de soins de santé prennent le relais.

RCR ou utilisation d'un DEA chez un(e) enfant

Vérifiez la respiration et le pouls de la victime pendant 5 à 10 secondes.

Si la victime a un pouls, mais ne respire pas, commencez la respiration artificielle.



Si la victime n'a pas de pouls (ou a un pouls de moins de 60 battements par minute) et ne respire pas, ou n'a que des respirations agoniques, commencez les compressions.



Effectuez les procédures suivantes pour la RCR ou l'utilisation d'un DEA par un(e) secouriste ou par deux secouristes ou plus chez un(e) enfant.

RCR 30:2 par un(e) secouriste

Pour prodiguer la RCR par un(e) secouriste selon un rapport de 30:2 chez un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Placez une ou deux mains au centre de la partie supérieure de la poitrine et effectuez 30 compressions thoraciques.
2. Poussez fort et vite (de 100 à 120 compressions par minute), jusqu'à une profondeur d'environ 5 cm (2 po), ou environ un tiers de la profondeur de la poitrine. Les phases de pression et de relâchement doivent être de la même durée. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir à la position de repos après chaque compression. Évitez le plus possible les interruptions.
3. Prodiguez deux respirations.
4. Maintenez un rapport de 30 compressions pour 2 respirations.

RCR 15:2 par deux secouristes

Pour prodiguer la RCR par deux secouristes selon un rapport de 15:2 chez un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Le (la) secouriste 1 effectue 15 compressions thoraciques à un rythme de 100 à 120 compressions par minute.
2. Le (la) secouriste 2 prodigue deux respirations artificielles suffisamment fortes pour soulever la poitrine de la victime.
3. Changez rapidement de position tous les 10 cycles (2 minutes).
4. Si vous utilisez un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires, prodiguez une respiration toutes les six à huit secondes, sans interruption des compressions pour les respirations.

Problèmes courants lors de la RCR

Respiration :

- Les secouristes n'appliquent pas adéquatement la méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton ou de subluxation de la mâchoire. Le masque de poche ou le ballon-masque n'est pas bien en place contre la peau de la victime.
- Les respirations sont trop longues (plus d'une seconde par respiration).

Les respirations sont trop rapides ou trop lentes.

Compressions :

- Le taux de compression est trop lent (inférieur à 100).
- Les secouristes appuient trop fort ou n'appuient pas assez fort sur le sternum de la victime.

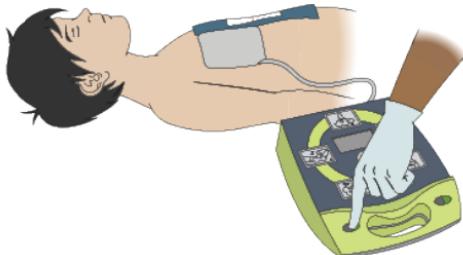
Complications lors de la RCR :

Même si la RCR est effectuée correctement, la victime subira probablement des blessures. Par exemple, elle pourrait avoir des côtes cassées ou des lésions pulmonaires. Il faut prodiguer la RCR malgré le risque et traiter toute blessure qui en résulte.

Défibrillation

Pour prodiguer la défibrillation lorsque la victime est un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Exposez la poitrine de la victime. Mettez en marche le DEA. Suivez les instructions vocales. Positionnez les électrodes pédiatriques. Si des électrodes pédiatriques ne sont pas disponibles, utilisez les électrodes pour adulte.



2. Si on vous CONSEILLE de prodiguer un choc à la victime, éloignez tout le monde de la victime, et prodiguez un seul choc. Reprenez immédiatement les compressions thoraciques.
3. Si on vous DÉCONSEILLE de prodiguer un choc à la victime : Reprenez immédiatement les compressions thoraciques.
4. Maintenez le rapport de 15 compressions pour 2 respirations pendant 5 cycles (environ 2 minutes). Analysez le rythme cardiaque et continuez la RCR ou l'utilisation du DEA jusqu'à ce que les prestataires de soins de santé prennent le relais.

Circonstances spéciales d'utilisation d'un DEA

Femmes enceintes : Vous pouvez utiliser un DEA pour les victimes enceintes, peu importe le stade de la grossesse.

Enfants : Les défibrillateurs externes automatisés (DEA) peuvent être utilisés chez les enfants et les nourrissons. Des électrodes spéciales ou un réglage pédiatrique sur l'appareil sont utilisés, mais s'ils ne sont pas disponibles, des électrodes pour adultes peuvent être utilisées. Certaines électrodes pour adultes indiquent un emplacement autre pour les enfants ou les nourrissons.

Médicaments sous forme de timbres : Certaines victimes portent un timbre contenant des médicaments comme de la nitroglycérine pour l'angine de poitrine. Si le timbre gêne la mise en place des électrodes, retirez-le délicatement avec des gants et essuyez la zone.

Environnement mouillé : Les DEA peuvent être utilisés dans des endroits mouillés. Essuyez la poitrine pour assurer un bon contact des électrodes. Déplacez la victime vers un endroit sec si possible. Évitez d'utiliser le DEA si vous ou la victime êtes immergé(e)s dans de l'eau.

Surfaces métalliques : Lorsque la victime se trouve sur une surface métallique, il est tout à fait sécuritaire d'utiliser un DEA.

Bijoux et piercings : Évitez de placer les électrodes sur des piercings, des bijoux ou tout autre élément susceptible d'empêcher les électrodes d'entrer directement en contact avec la peau. Les électrodes du DEA doivent être positionnées à plat contre la peau.

Environnement : Assurez-vous que l'environnement dans lequel vous utilisez un DEA ne contient pas de gaz explosif.

RCR ou utilisation d'un DEA chez un nourrisson

Vérifiez la respiration et le pouls de la victime pendant 5 à 10 secondes. Chez les nourrissons, vous prendrez le pouls au niveau des artères brachiales (intérieur du bras autour du pli du coude) ou fémorales (pli de l'aine de chaque jambe), et non au niveau des artères carotides.



Si la victime a un pouls, mais ne respire pas, commencez la respiration artificielle.



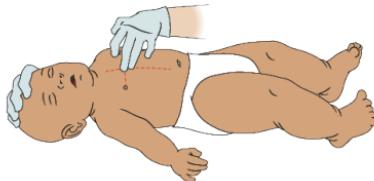
Si la victime n'a pas de pouls (ou a un pouls de moins de 60 battements par minute) et ne respire pas, ou n'a que des respirations agoniques, commencez les compressions.

Effectuez les procédures suivantes pour la RCR ou l'utilisation d'un DEA par un(e) secouriste ou par deux secouristes ou plus chez un nourrisson.

RCR 30:2 par un(e) secouriste

Pour prodiguer la RCR par un(e) secouriste selon un rapport de 30:2 chez un nourrisson, suivez les étapes suivantes :

1. Placez deux doigts sous la ligne des mamelons et effectuez 30 compressions thoraciques.



2. Poussez fort et vite (de 100 à 120 compressions par minute), jusqu'à une profondeur d'environ 4 cm (1 1/2 po), ou environ un tiers de la profondeur de la poitrine. Les phases de pression et de relâchement doivent être de la même durée. Relâchez la pression et retirez complètement votre poids au haut de chaque compression pour permettre à la poitrine de la victime de revenir à la position de repos après chaque compression. Évitez le plus possible les interruptions.
3. Prodiguez deux respirations.
4. Maintenez un rapport de 30 compressions pour 2 respirations.

RCR 15:2 par deux secouristes

Si la victime est un nourrisson, les secouristes peuvent entourer sa poitrine et utiliser leurs pouces côté à côté ou l'un sur l'autre pour prodiguer les compressions. La méthode à utiliser dépend de la taille du nourrisson et des pouces du (de la) secouriste.

Pour prodiguer la RCR par deux secouristes selon un rapport de 15:2 chez un nourrisson, suivez les étapes suivantes :

1. Le (la) secouriste 1 effectue 15 compressions thoraciques à un rythme de 100 à 120 compressions par minute.
2. Le (la) secouriste 2 prodigue deux respirations artificielles suffisamment fortes pour soulever la poitrine de la victime.
3. Changez rapidement de position tous les 10 cycles (2 minutes).
4. Si vous utilisez un dispositif de dégagement spécialisé des voies respiratoires, prodiguez une respiration toutes les six à huit secondes, sans interruption des compressions pour les respirations.

Défibrillation

Pour prodiguer la défibrillation dans le cas d'un nourrisson, suivez les étapes suivantes :

1. Exposez la poitrine de la victime. Mettez en marche le DEA. Suivez les instructions vocales. Positionnez les électrodes pédiatriques. Si des électrodes pédiatriques ne sont pas disponibles, utilisez les électrodes pour adulte.
2. Si on vous CONSEILLE de prodiguer un choc à la victime : éloignez tout le monde de la victime, et prodiguez-lui un seul choc. Reprenez immédiatement les compressions thoraciques.
3. Si on vous DÉCONSEILLE de prodiguer un choc à la victime : Reprenez immédiatement les compressions thoraciques.
4. Maintenez le rapport de 15 compressions pour 2 respirations pendant 5 cycles (environ 2 minutes). Analysez le rythme cardiaque et continuez la RCR ou l'utilisation du DEA jusqu'à ce que les prestataires de soins de santé prennent le relais.

Approche en équipe

Les secouristes devraient s'entraîner à travailler en équipe. Un(e) secouriste assure immédiatement le contrôle des voies respiratoires et les respirations, un(e) deuxième secouriste commence les compressions et un(e) troisième se charge de l'obtention et de l'utilisation du DEA. Il s'agit de la pratique exemplaire parce qu'elle permet aux secouristes de maximiser le taux de compression de la RCR avant la défibrillation. Une équipe performante peut atteindre un taux de compression de 80 %, c'est-à-dire qu'elle effectue une compression thoracique efficace pendant la majorité du temps qu'elle consacre à la réanimation de la victime.

Soins post-réanimation

Une fois la RCR terminée, si la circulation de la victime est rétablie, il faut la surveiller de près. Si des électrodes ont été positionnées, il faut les laisser sur la poitrine de la victime. Vérifiez ses signes vitaux toutes les deux minutes. Si la victime ne respire pas ou ne respire pas efficacement, aidez-la ou prodiguez une respiration.

ÉTOUFFEMENT

Les victimes s'étouffent lorsque leurs voies respiratoires sont partiellement ou totalement bloquées et que le flux d'air vers leurs poumons est réduit ou coupé. Les victimes qui s'étouffent ont du mal à respirer ou ne peuvent pas respirer du tout.

Causes d'étouffement

Corps étranger	Langue	Enflure
Nourrissons et enfants — nourriture, jouets, boutons, pièces de monnaie, etc.	Langue tombant au fond de la gorge lorsque la victime est couchée sur le dos	Blessure à la gorge provoquant un gonflement des voies respiratoires

Causes d'étouffement

Adultes —
nsommation
rapide d'une
boisson par
la victime
alors qu'elle
a de la
nourriture
dans la
bouche

Accumulation de
salive, de sang ou de
vomissure dans la gorge

Enflure causée par une
maladie (par exemple,
réaction allergique,
crise d'asthme,
épiglottite ou croup)

Personnes
âgées —
aliments,
pilules, etc.

Voies respiratoires
enflées

Dans le cas d'un bon renouvellement d'air, l'obstruction est légère et la victime peut encore tousser avec force, respirer et parler. Dans le cas d'un mauvais renouvellement d'air, l'obstruction est grave et la victime ne peut pas tousser avec force, a du mal à respirer ou ne peut pas parler. Lorsque les voies respiratoires sont complètement obstruées, il n'y a pas de renouvellement d'air. La victime ne peut pas tousser, respirer ou parler.

Lorsque le flux d'air des poumons est coupé, le visage de la victime devient immédiatement rouge. Peu après, alors que le corps épouse ses réserves d'oxygène, le visage de la victime devient gris et ses lèvres et lobes d'oreille deviennent bleus. La victime perd ensuite conscience et son cœur finit par arrêter de battre.

Signes d'étouffement

Obstruction légère	Obstruction sévère
Capacité à parler	Incapacité à parler
Signes de détresse (yeux indiquant de la peur)	Signes de détresse (yeux indiquant de la peur)
Toux vigoureuse	Toux faible ou absence de toux
Respiration sifflante et halètements entre les toussotements	Bruit aigu ou absence de bruit lorsque la victime essaie de respirer
Visage rouge	Visage gris, lèvres et oreilles bleues

Premiers soins en cas d'étouffement chez un(e) adulte ou un(e) enfant

Pour prodiguer les premiers soins en cas d'étouffement chez un(e) adulte ou un(e) enfant, suivez les étapes suivantes :

1. Faites un examen des lieux.
2. Si la victime est capable de tousser avec force, de parler ou de respirer, dites-lui d'essayer de recracher le corps étranger. Si une obstruction légère dure quelques minutes, demandez une aide médicale.

3. Si vous soupçonnez une obstruction sévère, demandez à la victime si elle est en train de s'étouffer. Si la victime est incapable de tousser avec force, de parler ou de respirer, prodiguez-lui des tapes dans le dos, puis des compressions abdominales pour éliminer le blocage.
 - Donnez des tapes dans le dos et des compressions abdominales
 - Soutenez la victime et donnez-lui jusqu'à cinq coups entre les omoplates avec le talon de la main.
 - Si cela ne suffit pas à éliminer l'obstruction, placez-vous derrière la victime et soyez prêt(e) à la soutenir si elle perd conscience.
 - Fermez un poing et placez-le sur l'abdomen de la victime au niveau de son nombril, afin qu'il soit aligné avec les os de la hanche. Saisissez le poing avec votre autre main et prodiguez cinq compressions abdominales vigoureuses vers l'intérieur et vers le haut.
 - Si cela ne suffit pas à retirer le corps étranger, recommencez à prodiguer à la victime des tapes dans le dos et des compressions abdominales.
4. Si la victime perd conscience :
 - Allongez-la au sol.appelez pour obtenir une aide médicale et allez chercher un DEA si possible.
 - Commencez immédiatement à prodiguer des compressions thoraciques. Après les 30 premières compressions, examinez la bouche de la victime. Retirez tout corps étranger que vous pouvez voir. Essayez de prodiguer deux respirations. Si l'air est toujours bloqué, continuez à prodiguer des compressions thoraciques et à inspecter la bouche de la victime avant les respirations.

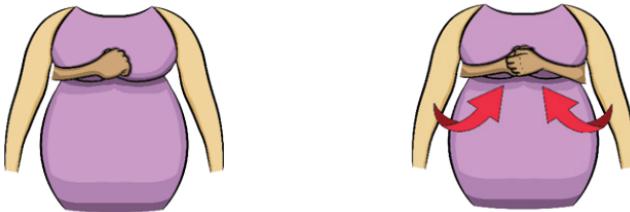
Premiers soins chez une victime enceinte ou dont la taille est plus grande que celle du (de la) secouriste

Si une victime qui s'étouffe est plus grande que vous ou enceinte, prodiguez-lui des tapes dans le dos comme vous le feriez pour toute autre victime, puis prodiguez-lui des compressions thoraciques :

1. Tout en soutenant la victime, prodiguez-lui jusqu'à cinq tapes entre les omoplates avec le talon de la main.



2. Si cela ne suffit pas à éliminer l'obstruction, placez-vous derrière la victime.
3. Gardez vos bras à l'horizontale et serrez-les sous les aisselles de la victime.



4. Placez votre poing contre la moitié inférieure du sternum de la victime, en orientant votre pouce vers l'intérieur.
5. Attrapez votre poing avec votre autre main. Tirez vers l'intérieur vigoureusement.
6. Continuez à prodiguer à la victime des tapes dans le dos et des compressions thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit retiré ou que la victime perde conscience.

Premiers soins si vous êtes seul(e) et que vous vous étouffez

Si vous commencez à vous étouffer en raison d'un corps étranger, vous pourriez avoir à dégager vous-même vos voies respiratoires.

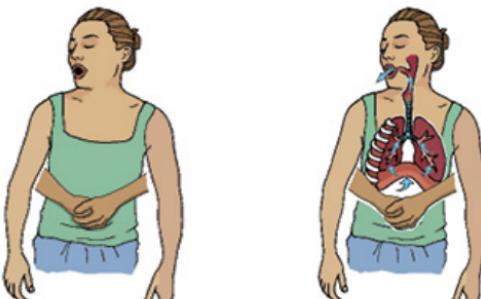
1. S'il y a des gens autour de vous, attirez leur attention. Ne vous isolez pas des autres.
2. Essayez de recracher l'objet.
3. Prodiguez à vous-même des compressions abdominales jusqu'à ce que vous puissiez tousser avec force, respirer ou parler.

Vous pouvez aussi utiliser une surface solide comme le dossier d'une chaise ou le bord d'une table ou d'un comptoir.

1. Placez-vous afin que l'objet soit juste au-dessus de vos hanches.
2. Appuyez avec force pour produire une compression abdominale.

Fonctionnement des compressions abdominales

Si vous vous étouffez en raison d'un corps étranger, votre corps essaiera de débloquer vos voies respiratoires grâce à la toux. Les compressions abdominales visent à obtenir le même effet au moyen d'une toux artificielle. Cette illustration montre comment les compressions abdominales provoquent une toux.



Les compressions abdominales font remonter le diaphragme vers les poumons très rapidement. Cela permet de faire remonter l'air des poumons dans les voies respiratoires et, avec un peu de chance, d'éliminer l'obstruction. Pour obtenir un effet optimal, il faut placer votre poing au bon endroit. Gardez vos avant-bras éloignés de l'abdomen et faites de chaque poussée un mouvement fort et soudain.

Premiers soins en cas d'étouffement d'une victime en fauteuil roulant

Certains fauteuils roulants permettent aux secouristes de prodiguer des compressions abdominales ou thoraciques comme il serait possible de le faire pour une victime debout.

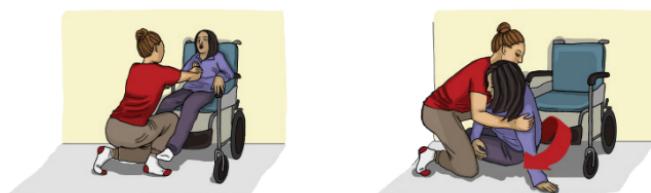
Si vous êtes en mesure de passer vos bras autour du fauteuil roulant, prodiguez à la victime des tapes dans le dos comme vous le feriez pour toute autre victime, ainsi que des compressions abdominales ou thoraciques.

Si vous n'êtes pas en mesure de passer vos bras autour du fauteuil roulant :

1. Placez le fauteuil roulant contre un mur (dans la mesure du possible) et actionnez le frein.
2. Si possible, penchez délicatement la victime vers l'avant et soutenez ses épaules. Prodiguez à la victime cinq tapes entre les omoplates avec le talon de la main.



3. Placez le talon d'une de vos mains sur le centre du sternum de la victime, placez votre autre main par-dessus, puis prodiguez des compressions thoraciques vigoureuses.
4. Continuez à prodiguer à la victime des tapes dans le dos et des compressions thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit retiré ou que la victime perde conscience.



Si un(e) médecin, un(e) physiothérapeute ou tout(e) autre professionnel(le) de la santé vous a montré une autre façon de prodiguer des compressions abdominales à une personne dont vous vous occupez, utilisez la méthode qui vous a été recommandée.

Si la victime est sans réaction, vous devez la sortir du fauteuil roulant.

1. Appelez pour obtenir une aide médicale et allez chercher un DEA.
2. Tirez la victime vers l'avant en la soutenant du mieux que vous le pouvez et allongez-la au sol.
3. Faites rouler la victime sur le sol et placez-la le visage vers le haut.
4. Commencez immédiatement à prodiguer des compressions thoraciques. Après les 30 premières compressions, examinez la bouche de la victime. Retirez tout corps étranger que vous pouvez voir. Essayez de prodiguer deux respirations et continuez à prodiguer des compressions thoraciques et à inspecter la bouche de la victime avant les respirations.

Premiers soins en cas d'étouffement chez un nourrisson

Les nourrissons s'étouffent lorsqu'ils ont soudainement du mal à respirer, qu'ils toussent, qu'ils halètent ou qu'ils ont une respiration aiguë et bruyante.

1. Effectuez un examen des lieux ainsi qu'un examen primaire.
2. Si un bébé peut tousser avec force ou respirer, laissez-le essayer de recracher l'objet. Si une obstruction légère dure plus de quelques minutes, envoyez quelqu'un chercher de l'aide médicale.
3. Si le bébé ne peut pas tousser avec force, s'il ne peut pas respirer, s'il émet un bruit aigu lorsqu'il essaie de respirer ou s'il devient bleu, commencez à lui prodiguer des tapes dans le dos et des compressions thoraciques.
4. Placez le bébé entre vos avant-bras, afin que son visage soit orienté vers le bas.
5. Maintenez la tête du bébé plus bas que son corps et utilisez le talon de votre main pour lui prodiguer cinq tapes vigoureuses dans le dos, entre les omoplates.
6. Tournez le bébé afin que son visage soit orienté vers le haut et prodiguez-lui cinq compressions thoraciques.
7. Continuez à lui prodiguer des tapes dans le dos et des compressions thoraciques jusqu'à ce que ses voies respiratoires soient dégagées ou qu'il perde conscience.
8. Si le bébé perd conscience, envoyez une personne chercher de l'aide médicale. Commencez immédiatement à prodiguer des compressions thoraciques.
9. Après les 30 premières compressions, examinez la bouche de la victime. Retirez tout corps étranger que vous pouvez voir. Essayez de prodiguer deux respirations et continuez à prodiguer des compressions thoraciques et à inspecter la bouche de la victime avant les respirations.

Annexe

Annexe – Le corps et son fonctionnement

INTRODUCTION À L'ANATOMIE ET À LA PHYSIOLOGIE

En tant que secouriste, vous n'avez pas besoin d'avoir une connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie. Vous devez cependant connaître les grands principes de la structure et du fonctionnement normal du corps humain. Ce chapitre présente la terminologie anatomique qui vous aidera à transmettre des informations précises sur l'état d'une personne. Il comprend également une courte description des principaux organes et des principales fonctions de la peau, du système musculo-squelettique, du système nerveux (y compris l'œil) ainsi que des systèmes digestif, urinaire, circulatoire et respiratoire.

TERMINOLOGIE ANATOMIQUE

Voici les termes employés pour situer les différentes parties du corps et pour indiquer leur interrelation.



PEAU

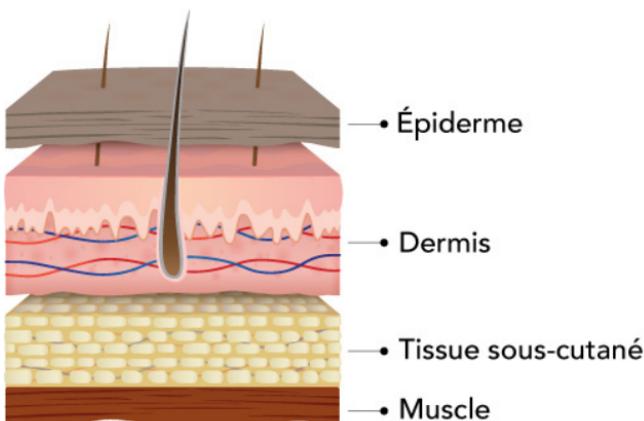
La peau est un organe important du corps. Ses fonctions principales sont de protéger l'organisme contre les infections et les dangers du milieu extérieur, d'éliminer les déchets sous forme de sueur, de maintenir une température corporelle normale et d'informer le cerveau des changements de température du milieu ambiant.

Changements de température du milieu ambiant

La peau est pourvue d'un riche réseau de nerfs qui informe le cerveau des changements de température du milieu ambiant. Ces nerfs sont sensibles à la chaleur, au froid, à la douleur et au toucher, et ils transmettent ces sensations au cerveau. La peau aide le corps à s'adapter au milieu ambiant et le protège des températures extrêmes. Par temps froid, les vaisseaux sanguins se contractent, ce qui réduit l'afflux de sang à la surface de la peau. Cela aide à prévenir la perte de chaleur corporelle. Les couches de graisse sous-cutanées servent d'isolant et conservent la chaleur corporelle. Par temps chaud, les vaisseaux sanguins situés près de la surface de la peau se dilatent (deviennent plus gros) et y laissent affluer plus de sang. Cette dilatation refroidit le corps parce qu'elle déplace la chaleur du centre du corps vers la surface de la peau, où elle est dissipée par irradiation ou utilisée pour évaporer la transpiration et rafraîchir le corps.

Fonctions de la peau

- Protection du corps contre les bactéries
- Régulation de la température corporelle
- Conservation des liquides corporels
- Élimination des déchets par la transpiration
- Isolation du corps



SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE

Le système musculo-squelettique est la charpente qui renferme les organes et les systèmes corporels. Cette charpente comprend les os, les muscles, les tendons et les ligaments. Les os servent de levier aux muscles; les muscles se contractent pour produire le mouvement; les tendons relient les muscles aux os; et les ligaments relient les os entre eux, au niveau des articulations. Le système musculo-squelettique protège les organes, soutient le corps et permet ses mouvements.

Muscles

Les muscles sont constitués d'un type particulier de tissu qui se contracte (se raccourcit) sous l'effet d'impulsions nerveuses. La plupart des mouvements corporels résultent de la contraction et du relâchement combinés de plusieurs muscles; certains se contractent et d'autres se relâchent. Des nerfs transmettent les impulsions des muscles vers le cerveau et vice-versa.

Les muscles sont dits volontaires ou involontaires. Les muscles volontaires sont soumis à l'action de la volonté, ce qui signifie que la personne peut les contracter ou les relâcher à son gré. Les muscles qui assurent le mouvement du squelette sont des muscles volontaires.

Les muscles involontaires se contractent et se relâchent à un rythme régulier, sans effort conscient de la part de la personne. Le muscle cardiaque (cœur), qui possède son propre système de régulation, en est un bon exemple.

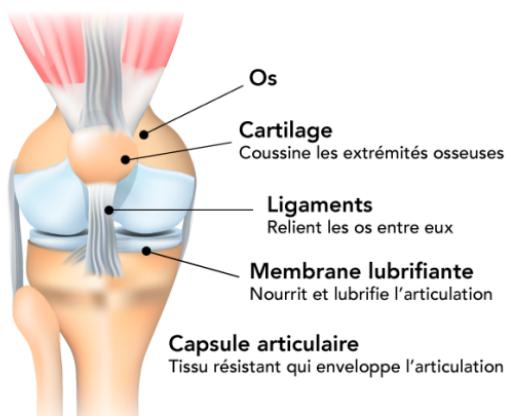
Le diaphragme, un grand muscle en forme de coupole qui sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale et joue un rôle dans la respiration, possède à la fois les caractéristiques des muscles volontaires et involontaires. On peut le contracter à volonté et ainsi modifier son rythme respiratoire pendant de courtes périodes.

SQUELETTE

Le squelette forme la charpente osseuse du corps humain et lui donne sa forme. Il protège également de nombreux organes. Par exemple : le crâne protège le cerveau, les côtes protègent le cœur et les poumons, et les vertèbres protègent la moelle épinière.

Articulations

Les os permettent le mouvement du corps en servant de leviers rigides aux tendons et aux muscles. Les articulations sont formées par la jonction de deux ou de plusieurs os. Les articulations immobiles ne permettent aucun mouvement : c'est le cas des os du crâne de l'adulte. Les articulations légèrement mobiles permettent un mouvement limité et se trouvent entre les vertèbres et entre le bassin et la colonne vertébrale. Les articulations libres sont recouvertes d'un *cartilage* lisse pour minimiser le frottement et sont tenues ensemble par des bandes de tissu résistant : les *ligaments*.



Colonne vertébrale

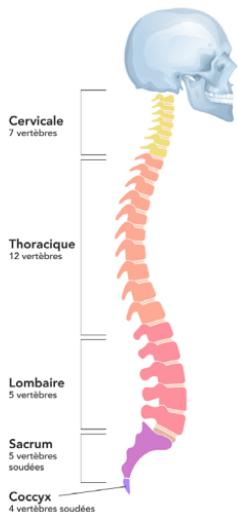
La colonne vertébrale se divise en cinq régions, comme l'illustre le diagramme. Elle est composée de 33 os nommés *vertèbres*. Les vertèbres sont empilées les unes sur les autres et sont séparées par les *disques intervertébraux*. Souple et résistants, les disques amortissent les chocs que subit la colonne vertébrale. Les vertèbres et les disques comportent chacun un trou central et leur superposition forme un canal sur toute la longueur de la colonne vertébrale. La moelle épinière, qui transporte l'influx nerveux entre le cerveau et les autres parties du corps, est contenue dans ce canal.

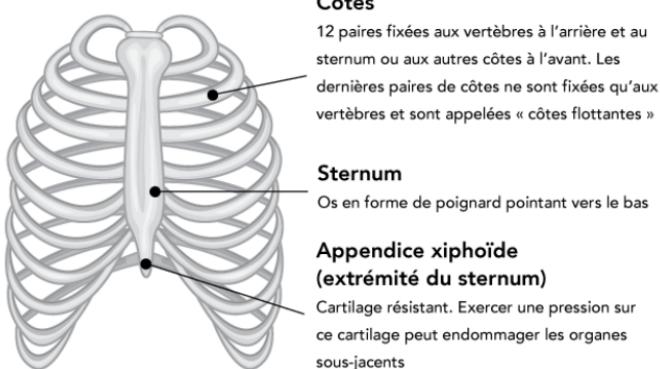
Elle est protégée par la colonne vertébrale, mais, en cas de fracture, des fragments osseux, des tissus déplacés ou une enflure peuvent provoquer des lésions irréversibles et entraîner une invalidité permanente.

Thorax

Le thorax est formé des côtes, des 12 vertèbres thoraciques et du sternum. Il protège les organes thoraciques, principalement le cœur et les poumons. Il offre également une certaine protection aux organes de la partie supérieure de l'abdomen comme le foie à l'avant et les reins à l'arrière. Les blessures aux os du thorax menacent les organes qu'ils protègent et peuvent donc mettre la vie d'une personne en danger.

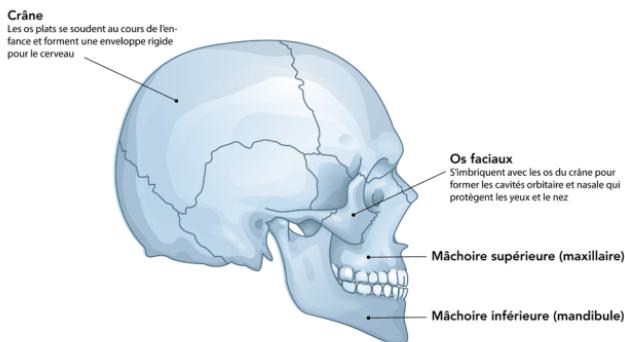
PARTIES DE LA COLONNE VERTÉBRALE



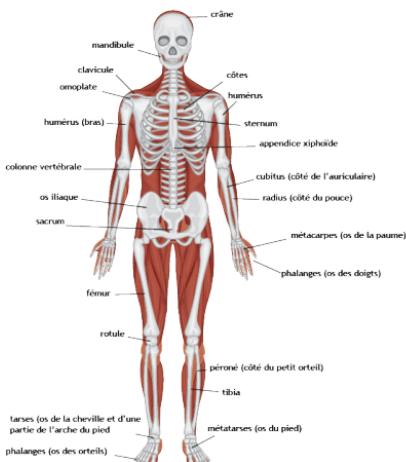


Crâne

L'ensemble des os de la tête forme le crâne. Celui-ci donne sa forme à la tête et protège le cerveau. Une fracture du crâne peut provoquer des lésions au cerveau.



Principaux os du squelette



SYSTÈME NERVEUX

Le système nerveux comprend le cerveau, la moelle épinière et les nerfs. Le cerveau et la moelle épinière forment le *système nerveux central*. Les nerfs qui se prolongent vers toutes les parties du corps sont nommés *nerfs périphériques*. Le système nerveux se divise en deux parties : le *système nerveux somatique* et le *système nerveux autonome*. Le système nerveux somatique règle les fonctions selon la volonté de la personne. Le système nerveux autonome règle, sans l'effort conscient de la personne, des fonctions comme le battement du cœur, la respiration, la tension artérielle, la digestion et la sécrétion glandulaire, comme les hormones.

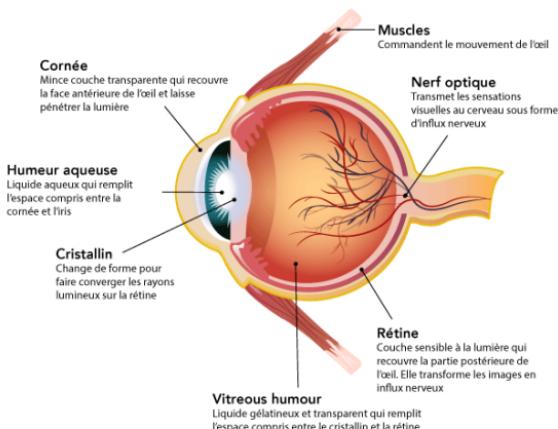
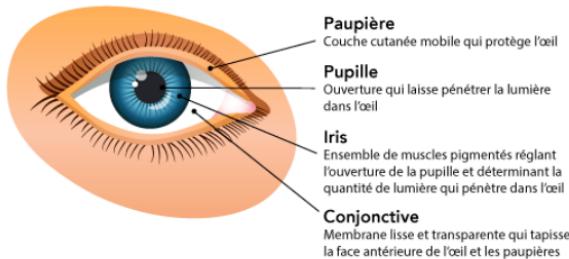
Les nerfs périphériques qui s'étendent de la moelle épinière vers toutes les parties du corps sont de deux types : les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs. Les nerfs moteurs règlent le mouvement. Les nerfs sensitifs transmettent au cerveau les sensations tactiles et gustatives ainsi que les sensations de froid, de chaleur et de douleur.

Cerveau

Le cerveau, l'organe contrôlant le corps, occupe presque tout l'espace disponible dans le crâne. Il est le siège de la conscience, de la mémoire et de la pensée. Il reçoit de l'information et transmet des influx nerveux à toutes les parties du corps, pour les activités tant volontaires qu'involontaires.

Yeux

L'œil est l'organe de la vision. Les blessures de l'œil sont graves, car elles peuvent entraîner une diminution ou une perte de la vision. Une intervention rapide et appropriée de la part du (de la) secouriste peut contribuer à prévenir les lésions permanentes de l'œil.

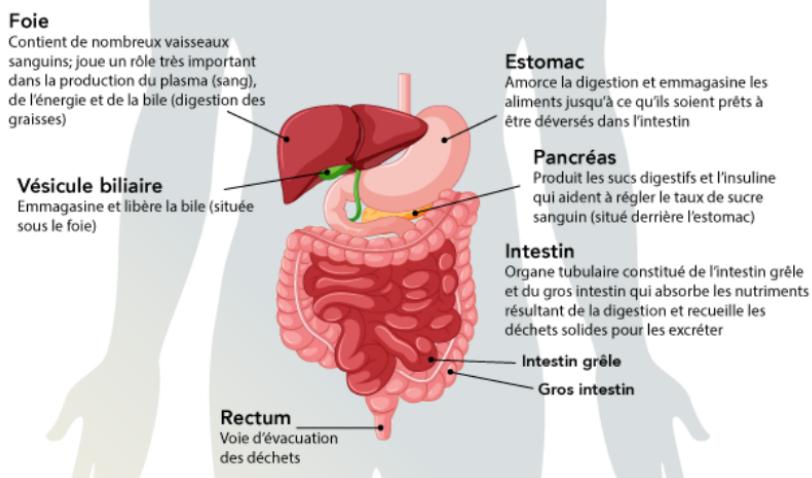


SYSTÈMES DIGESTIFS ET URINAIRE

Les systèmes digestif et urinaire transforment les aliments et les liquides en nutriments pour les cellules, et recueillent et excrètent les déchets solides et liquides. Ils comprennent des organes creux et des organes pleins. Les organes creux ont une forme tubulaire et transportent les matières digestives et urinaires. Les organes pleins sont des masses de tissus riches en sang.

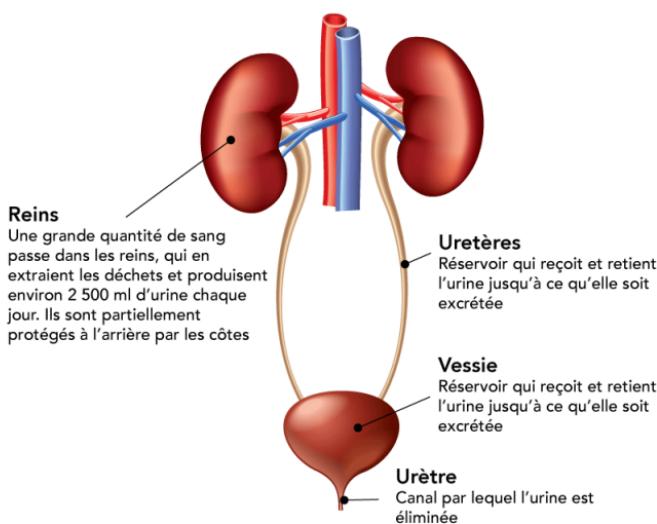
Si un organe creux subit une blessure, son contenu peut se déverser dans la cavité abdominale ou pelvienne et provoquer une infection. Une blessure à un organe plein peut entraîner une hémorragie interne grave.

Système digestif



Système urinaire

Le système urinaire extrait et recueille les déchets qui se trouvent dans le sang et les élimine de l'organisme sous forme d'urine. Il comprend les reins, les uretères, la vessie et l'urètre.

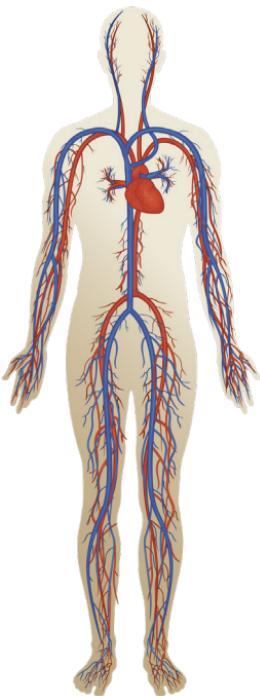


SYSTÈME CIRCULATOIRE

Le système circulatoire est un circuit fermé complexe qui fait circuler le sang dans le corps. Il est composé du cœur et des vaisseaux sanguins. La circulation sanguine est essentielle pour distribuer de l'oxygène et des nutriments aux cellules et éliminer les déchets de l'organisme.

Cœur

Le cœur est un muscle situé dans la cavité thoracique, derrière les côtes et le sternum. C'est un organe musculaire creux qui permet au sang de circuler dans l'organisme. Le cœur fonctionne comme une pompe pour l'ensemble de l'organisme, pompant continuellement le sang vers les poumons puis vers le reste du corps. Le cœur possède des cavités qui se remplissent de sang lorsqu'il se détend. Une fois contracté, le sang est expulsé dans les vaisseaux sanguins. Le pouls est mesuré en comptant le nombre de fois que le cœur pompe en une minute.

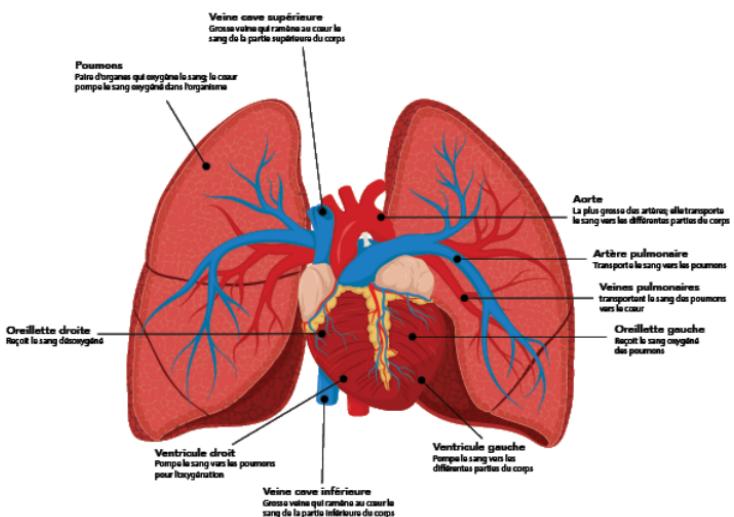


Le cœur comprend un système complexe de nerfs pour lui permettre de battre efficacement. Ces nerfs transmettent des impulsions électriques qui contrôlent les battements du cœur.

Vaisseaux sanguins

Les vaisseaux sanguins acheminent le sang. Il en existe trois types principaux : les artères, les capillaires et les veines. Les **artères** sont les vaisseaux les plus résistants. Elles transportent le sang sous pression du cœur vers toutes les parties du corps. Les artères se dilatent sous l'effet du sang propulsé par l'action du cœur, puis reviennent à la normale pendant que le cœur se remplit en vue de la contraction suivante. Le pouls est l'onde de pression ainsi créée.

L'aorte, qui est la plus grosse des artères, émerge à la partie supérieure du cœur. Les artères coronaires sont des ramifications de la partie supérieure de l'aorte qui irriguent



le cœur. Les plus petites artères sont les artéries, qui forment les **capillaires**. Les capillaires sont les minuscules vaisseaux sanguins qui atteignent toutes les cellules vivantes pour apporter de l'oxygène et des nutriments et recueillir les déchets. Leurs parois très minces permettent l'échange d'oxygène et de gaz. Les capillaires finissent par s'unir pour former de minuscules veinules et, finalement, des veines. Les **veines** retournent le sang au cœur. Leur paroi, plus mince que celle des artères, contient des valvules en forme de coupe qui ne laissent passer le sang qu'en direction du cœur.

Sang

Le sang est le liquide qui circule dans le cœur et les vaisseaux sanguins. Il apporte oxygène et nutriments aux cellules et les débarrasse du dioxyde de carbone et d'autres déchets. Le sang se compose de plasma, de globules rouges, de globules blancs et de plaquettes.

Circulation sanguine

Le système circulatoire est une boucle fermée qui part du cœur et s'y termine. Il se compose des éléments suivants :

La circulation pulmonaire — qui s'amorce du côté droit du cœur; le sang est pompé vers les poumons, où il libère du dioxyde de carbone et se charge d'oxygène avant de revenir vers le côté gauche du cœur.

La circulation générale — qui s'amorce du côté gauche du cœur; le sang est pompé vers les différentes parties du corps, où il apporte de l'oxygène aux cellules et se charge de dioxyde de carbone avant de revenir vers le côté droit du cœur.

Composantes du sang

Le sang contient les éléments suivants :

Plasma : liquide jaune pâle qui transporte les globules, les plaquettes, les nutriments et les hormones.

Globules rouges : transportent l'oxygène.

Globules blancs : protègent l'organisme contre les microbes.

Plaquettes : contribuent à la formation de caillots de sang et à l'arrêt de l'hémorragie.

Tension artérielle

La tension artérielle est la pression exercée par le sang sur les parois internes des vaisseaux sanguins. Chaque battement cardiaque génère une onde de pression qui se propage dans tout le système circulatoire.

Cette onde de pression est suffisamment forte pour être perçue à divers endroits du corps, dont le poignet (pouls radial), le cou (pouls carotidien) et le bras (pouls brachial). Trois facteurs influent sur la tension artérielle. En cas de problème avec l'un d'eux, une personne peut subir un état de choc.

- Le volume sanguin, c'est-à-dire la quantité de sang contenue dans l'organisme
- La capacité et l'élasticité des vaisseaux sanguins
- La force du battement cardiaque

Si la tension artérielle est trop faible, les tissus ne reçoivent pas suffisamment d'oxygène. Cela peut entraîner un état de choc. L'hémorragie grave, en réduisant le volume sanguin, exerce donc un effet sur la tension artérielle. L'organisme essaie de compenser la perte de sang en contractant les vaisseaux de façon à réduire la capacité du système

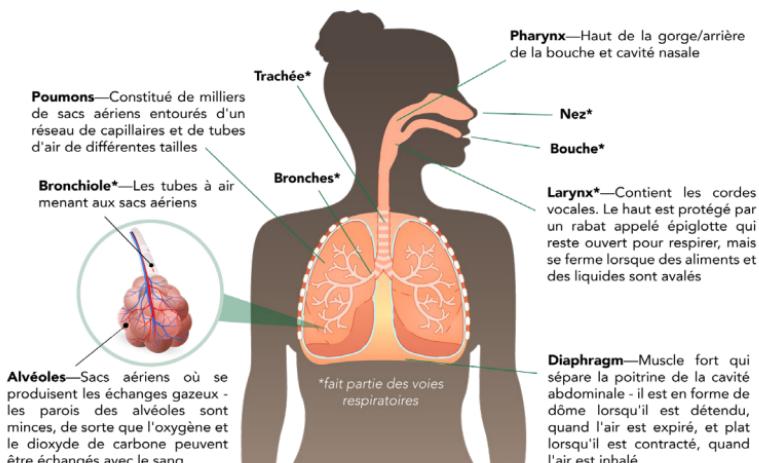
circulatoire. Si l'hémorragie se poursuit, la compensation devient insuffisante et la tension artérielle chute.

SYSTÈME RESPIRATOIRE

Le système respiratoire permet à l'air d'entrer dans les poumons et d'en sortir. L'air frais que nous respirons contient approximativement 21 % d'oxygène. Dans les poumons, le sang absorbe de l'oxygène et libère du dioxyde de carbone. L'air que nous expirons contient moins d'oxygène (environ 16 %) et plus de dioxyde de carbone.

Le système respiratoire est composé de trois parties : les voies respiratoires, les poumons et le diaphragme.

Les voies respiratoires permettent le passage de l'air depuis le nez et la bouche vers les poumons. Dans les poumons, le sang libère du dioxyde de carbone et absorbe de l'oxygène. Ce processus s'appelle un **échange gazeux**. Le diaphragme est un muscle plat et lisse situé juste sous les poumons et qui permet de respirer.



Contrôle respiratoire

La respiration est commandée par le centre respiratoire du cerveau situé près de la base du cou. Il surveille la quantité d'oxygène et de dioxyde de carbone dans le sang. Lorsque le niveau d'oxygène et de dioxyde de carbone est modifié, le centre respiratoire change le rythme et l'amplitude de la respiration.

Les quantités d'oxygène utilisé et de dioxyde de carbone rejeté sont liées au degré d'activité physique et au niveau de stress d'une personne. Plus l'activité physique est intense (ou en cas de maladie ou de blessure), plus l'utilisation d'oxygène et le rejet de dioxyde de carbone s'accroissent. Ainsi, le centre respiratoire augmente le rythme et l'amplitude de la respiration pour compenser ce phénomène (le rythme cardiaque augmente également). La respiration ralentit lorsque la quantité d'oxygène requise diminue et que moins de dioxyde de carbone est produit.

Mécanisme de respiration

Les poumons ne peuvent tirer de l'air eux-mêmes. C'est la contraction du diaphragme et des muscles intercostaux qui augmente le diamètre de la cavité thoracique, ce qui entraîne la dilatation des poumons. Cela permet l'inspiration de l'air.

Lorsque les muscles respiratoires se relâchent, le thorax retrouve sa taille et l'air est expulsé des poumons.

Les poumons sont tapissés d'une membrane lisse et glissante qui porte le nom de plèvre. Cette membrane continue comporte deux couches : l'une qui couvre les poumons et l'autre qui tapisse l'intérieur de la paroi thoracique. La *plèvre* joue le rôle de lubrifiant qui facilite le mouvement entre la paroi thoracique et les poumons, en plus de faire en sorte que les poumons se dilatent en suivant la paroi thoracique.

GLOSSAIRE

A

AAS : acide acétylsalicylique; médicament disponible sans ordonnance qui soulage la douleur, réduit l'enflure, diminue la fièvre, etc.

Abandon : lorsque le (la) secouriste quitte une victime sans son consentement et sans la laisser sous les soins d'une personne compétente.

Abrasion : éraflure ou écorchure de la peau.

Accident ischémique transitoire (AIT) : signes et symptômes temporaires d'un accident vasculaire cérébral (AVC) provoqué par un apport insuffisant d'oxygène au cerveau.

Accident vasculaire cérébral (AVC) : arrêt soudain de la circulation dans une partie du cerveau.

Aigu(ë) : désigne un état qui survient rapidement, qui est de courte durée et qui s'accompagne de symptômes graves.

AIT : accident ischémique transitoire; un mini AVC.

Alerte médicale : système d'identification (généralement un bracelet ou un pendentif) qui permet de reconnaître les personnes nécessitant des soins particuliers.

Allergènes : substances qui déclenchent une réaction allergique dans le corps.

Alvéoles : sacs d'air des poumons.

Amputation : ablation complète d'un appendice (jambe, bras, doigt, etc.).

Anaphylaxie : réaction allergique grave et potentiellement mortelle.

Anatomie : structure du corps.

Angine de poitrine : douleur spasmodique à la poitrine provoquée par un apport insuffisant de sang au cœur.

Antécédents : renseignements sur le trouble dont souffre la victime, notamment les symptômes, les événements ayant précédé le trouble, les maladies ou médicaments applicables, etc.

Aorte : la plus grosse artère du corps; part du ventricule gauche.

Appendice xiphoïde : extrémité cartilagineuse sur la partie inférieure du sternum.

Artère : vaisseau sanguin qui transporte le sang du cœur vers les tissus.

Artère carotide : artère principale du cou; sert à évaluer le pouls carotidien.

Artère coronaire : vaisseau alimentant le muscle cardiaque.

Artère pulmonaire : principale artère qui sort du ventricule droit; elle transporte le sang désoxygéné aux poumons.

Artériosclérose : nom donné à plusieurs affections qui provoquent un épaississement, un durcissement et une perte d'élasticité des parois artérielles.

Articulation : jonction de deux ou plusieurs os.

Arrêt cardiaque : arrêt soudain de la fonction cardiaque, caractérisé par l'absence de pouls et de réaction.

Arrêt respiratoire : cessation de la respiration.

Asthme : crise de difficulté respiratoire accompagnée d'une respiration sifflante ou d'une toux, souvent provoquée par des allergènes.

Athérosclérose : forme d'artériosclérose provoquée par des dépôts de graisse sur les parois artérielles.

Attelle : support rigide et rembourré utilisé pour empêcher le mouvement d'un os ou d'une articulation en cas de blessure.

Aura : sensation d'une crise d'épilepsie imminente; peut se manifester par une odeur, un goût, etc.

Avortement : expulsion prématuée du produit de la conception hors de l'utérus.

Avulsion : blessure caractérisée par l'arrachement partiel ou complet d'un bout de tissu.

B

Bactérie : microbes qui peuvent provoquer une maladie.

Bandage : matériau utilisé pour maintenir un pansement en place.

Bouche-à-bouche : méthode de respiration artificielle qui consiste à insuffler de l'air dans la bouche de la victime.

Bouchon muqueux : écoulement de mucus et de sang qui signale le début du travail.

Bronches : branches principales de la trachée qui transportent l'air vers les poumons. Les branches plus petites sont appelées bronchioles.

Bronchospasme : grave constriction des bronches ou des bronchioles.

C

Caillot de sang : masse mi-solide de produits du sang utilisée par l'organisme pour arrêter une hémorragie.

Capillaires : très petits vaisseaux sanguins qui relient les artères aux veines; ils permettent l'échange de gaz et de nutriments dans les tissus.

Capsule articulaire : tissu résistant qui enveloppe l'articulation.

Carpes : petits os du poignet.

Cartilage : tissu résistant et souple qui recouvre les surfaces entre les jonctions des os et qui forme une partie du nez et des oreilles.

Cavité pleurale : petit espace situé entre les deux couches pleurales et contenant une pression négative (vide).

Cholestérol : corps gras présent dans les tissus ou produits animaux et produit par l'organisme; considéré comme élément favorisant l'artériosclérose.

Chronique : état qui dure longtemps ou qui survient fréquemment.

Clavicule : os formant la pointe de l'épaule.

Col de l'utérus : partie inférieure et rétrécie de l'utérus.

Collet cervical : dispositif utilisé pour immobiliser et soutenir le cou.

Coma, réaction ou choc insulinaire : hypoglycémie (diminution anormale du taux de sucre dans le sang) provoquée par un excès d'insuline.

Commotion cérébrale : perturbation temporaire de la fonction cérébrale généralement causée par un choc à la tête ou au cou.

Compression abdominale : la manœuvre de Heimlich; des compressions manuelles visant à créer une pression pour dégager une obstruction des voies respiratoires.

Compression cérébrale : état indiquant une pression excessive sur une partie du cerveau, qui est généralement provoquée par l'accumulation de fluides dans le crâne.

Compressions thoraciques : série de compressions manuelles sur le thorax pour dégager une obstruction des voies respiratoires.

Conjonctive : membrane transparente qui recouvre la face antérieure du globe oculaire (cornée) et la face interne des paupières.

Contamination : contact avec des saletés, des microbes, etc.

Continuum de la santé mentale : divers stades de la santé mentale d'une personne. Les personnes souffrant d'une maladie mentale ou de problèmes de santé mentale peuvent évoluer dans cette gamme de santé, de réaction, de blessure et de maladie.

Contracter : se raccourcir; se rapporte généralement à un muscle qui exerce une traction en se raccourcissant.

Convection : perte de chaleur provoquée par le déplacement de l'air sur le corps.

Cornée : partie antérieure et transparente du globe oculaire.

Coup de chaleur : urgence qui met la vie en danger en raison de la défaillance du mécanisme de régulation de la température, qui ne parvient pas à rafraîchir le corps et entraîne une élévation de température bien au-dessus de la normale.

Crampes de chaleur : spasmes musculaires douloureux provoqués par une perte de liquide et de sels par la transpiration.

Crâne : partie du squelette de la tête qui recouvre le cerveau.

Crépitation : bruit de frottement causé par les parties d'un os cassé qui se frottent l'une contre l'autre.

Crise cardiaque : destruction ou nécrose d'une partie du muscle cardiaque causée par une interruption de l'apport en sang.

Cristallin : partie de l'œil qui fait converger les rayons lumineux sur la rétine.

Croup : groupe d'infections virales qui provoquent une enflure de la partie interne de la gorge.

Cubitus : os de l'avant-bras situé du côté du petit doigt.

Cyanose : coloration bleutée ou grise de la peau provoquée par une insuffisance d'oxygène dans le sang.

D

DEA : défibrillateur externe automatisé; appareil qui produit un choc permettant de faire battre à nouveau un cœur qui s'est arrêté.

Décapitation : section traumatique de la tête.

Défense musculaire : contraction des muscles abdominaux survenant au moment de la palpation chez une victime qui éprouve des douleurs à l'abdomen.

Défibrillation : application d'un choc électrique à un cœur en état de fibrillation.

Derme : couche interne de la peau contenant les follicules pileux, les glandes sudoripares, les nerfs et les vaisseaux sanguins.

Diabète : maladie due à une insuffisance d'insuline dans le sang; provoque une concentration excessive de sucre dans le sang.

Diaphragme : grand muscle en forme de coupole qui sépare la cavité thoracique de la cavité abdominale.

Diarrhée : évacuation excessive de selles liquides.

Dioxyde de carbone (CO₂) : déchet gazeux produit par les cellules; important stimulant pour le contrôle de la respiration.

Distal(e) : indique la partie la plus éloignée du point d'attache d'une jambe, d'un bras ou d'un orteil.

Distension gastrique : enflure de l'estomac, généralement avec de l'air, provoquée par l'insufflation d'un volume d'air excessif ou trop de force lors d'une respiration artificielle.

E

Ecchymose : rupture des vaisseaux sanguins sous la peau.

Écharpe : support habituellement passé autour du cou pour soutenir le bras ou l'épaule.

Embole : tout corps étranger, comme un caillot, une boule de graisse ou une bulle d'air, qui est transporté dans le flux sanguin.

Émétique : substance utilisée pour provoquer le vomissement.

Emphysème : maladie chronique des poumons caractérisée par la dilatation des parois alvéolaires. Voir MPOC.

Entorse : étirement ou déchirement, partiel ou complet, des tissus qui soutiennent une articulation (comme les ligaments).

Épiderme : couche externe de la peau.

Épiglotte : languette de tissu qui protège l'entrée du larynx.

Épiglottite : infection touchant généralement les enfants et caractérisée par une enflure de l'épiglotte; peut provoquer une obstruction des voies respiratoires.

Épilepsie : trouble cérébral chronique caractérisé par des convulsions récurrentes.

Épuisement par la chaleur : transpiration excessive qui provoque une perte d'eau et de sels.

Examen des lieux : étape initiale de la PCSU (prise en charge d'une situation d'urgence) au cours de laquelle le (la) secouriste prend la situation en main, évalue les dangers et rend les lieux sûrs, détermine les circonstances de l'incident, s'identifie comme secouriste, obtient le consentement de la victime, demande de l'aide des passant(e)s et organise les secours.

Examen primaire : une étape de la PCSU; elle consiste à déceler les blessures qui mettent la vie en danger et à appliquer les procédures de secourisme appropriées.

Examen secondaire : une étape de la PCSU; elle consiste à déceler les blessures qui ne mettent pas la vie en danger et à appliquer les procédures de secourisme appropriées.

Expiration : expulsion de l'air inspiré.

Extirpation : dégagement d'une personne coincée (généralement dans une collision de voiture).

F

Fausse-couche : terme familier pour l'avortement spontané; perte du produit de la conception.

Fémur : os de la cuisse.

Fibrillation : contractions non coordonnées du muscle cardiaque n'entraînant pratiquement aucun débit sanguin.

Fibrillation ventriculaire : frémissement du muscle cardiaque qui ne réussit à pomper que très peu de sang.

Flexion : fléchissement d'une articulation.

Foulure : étirement ou déchirement d'un muscle.

Fracture : os cassé ou fissuré.

G

Garrot : bandage de compression servant à arrêter une hémorragie grave.

Gaze : matériau en maille utilisé pour les pansements.

Gelure : lésion des tissus provoquée par une exposition au froid.

Globules blancs : cellules du sang qui jouent un rôle dans l'immunité et la lutte contre les microbes.

Globules rouges : cellules les plus nombreuses du sang qui ont pour fonction de transporter l'oxygène.

H

Humeur aqueuse : liquide aqueux produit par l'œil et qui remplit l'espace situé entre le cristallin et la cornée.

Hyperglycémie : élévation anormale du taux de sucre dans le sang.

Hypertension : tension artérielle élevée.

Hyperthermie : élévation anormale de la température corporelle.

Hyperventilation : respirations trop rapides et profondes.

Hypoglycémie : diminution anormale du taux de sucre dans le sang.

Hypothermie : diminution anormale de la température corporelle.

Hypoxie : insuffisance d'oxygène dans les tissus.

I

Immobilisation : installation d'un dispositif de retenue le long d'une partie du corps pour empêcher le mouvement.

Incontinence : perte de contrôle de la vessie et des intestins.

Infarction : nécrose de tissus résultant d'une irrigation sanguine insuffisante.

Infarctus du myocarde : la nécrose d'une partie du muscle cardiaque (cœur); crise cardiaque.

Infection : inflammation provoquée par des microbes.

Inflammation : réaction du tissu à une irritation, maladie ou blessure; caractérisée par de la rougeur, de la chaleur, de l'enflure et de la douleur.

Inhalation : inspiration d'air.

Insuffisance cardiaque congestive : affaiblissement du muscle cardiaque, qui est incapable de pomper le sang.

Insuline : hormone produite par le pancréas; élément important dans la régulation du taux de sucre dans le sang.

Iris : partie pigmentée de l'œil; constituée de muscles qui contrôlent la lumière pénétrant dans l'œil.

Irradier : s'étendre ou se propager en s'écartant d'un centre; la douleur de la crise cardiaque dans la poitrine irradie dans le bras gauche.

Ischémique : caractérise le manque d'oxygène; par ex., lors d'une maladie cardiaque ischémique.

L

Lacération : plaie irrégulière produite par le déchirement de la peau.

Laryngectomie : ablation du larynx qui oblige le sujet à respirer par une ouverture pratiquée dans le cou (stomie).

Ligament : bande de tissu solide qui relie les os entre eux.

Lipoprotéines : substances composées de protéines et de graisses qui flottent dans le sang.

Lymphé : liquide semblable au plasma qui circule dans le système lymphatique.

Luxation : perte de contact entre les surfaces osseuses d'une articulation.

M

Maladie cardiovasculaire : fait référence à des troubles du cœur et des vaisseaux sanguins; par ex., l'hypertension artérielle et l'artériosclérose.

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : terme désignant un groupe de maladies des poumons qui provoquent une obstruction des voies respiratoires; par ex. la bronchite chronique et l'emphysème.

Mandibule : os de la mâchoire inférieure.

Manœuvre de Heimlich : compressions abdominales exercées pour dégager une obstruction des voies respiratoires.

Mécanisme de blessure : la force qui cause la blessure et la façon dont elle agit sur le corps.

Membrane muqueuse : mince couche transparente et luisante qui recouvre les cavités corporelles s'ouvrant sur l'extérieur; partie interne de la bouche, du nez, des yeux, des oreilles, du rectum, etc.

Méthode du renversement de la tête avec soulèvement du menton : méthode d'ouverture des voies respiratoires qui consiste à renverser la tête de la victime vers l'arrière et à lui soulever le menton.

Métacarpes : os de la paume de la main.

Métatarses : os de l'arche du pied; entre la cheville et les orteils.

Microorganismes : microbes qui peuvent provoquer des maladies.

Monoxyde de carbone (CO) : gaz dangereux, incolore et inodore, qui remplace l'oxygène transporté par les globules rouges.

MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique (voir plus haut).

Muscle involontaire : muscles indépendants de la volonté; par ex., le cœur, les intestins, etc.

N

Négligence : faute consistant à ne pas appliquer les procédures de secourisme comme le ferait une autre personne disposant d'une formation et d'une expérience semblables.

Nerf : cordon composé de fibres qui transmettent des impulsions nerveuses en direction et à partir du cerveau.

Nitroglycérine : médicament utilisé pour réduire la charge de travail du cœur; les personnes souffrant d'angine de poitrine en ont souvent en leur possession sous forme de comprimé ou de vaporisateur.

O

O₂ : symbole chimique de l'oxygène.

Objet logé : objet coincé à la surface (généralement sur l'œil) ou planté dans des tissus.

Obstruction des voies respiratoires : blocage des conduits amenant l'air aux poumons.

Omoplate : os de l'épaule.

Oxygène : gaz incolore et inodore indispensable à la vie.

P

Pancréas : organe situé sous l'estomac et produisant des enzymes digestives et des hormones qui régulent le taux de sucre dans le sang.

Pansement : couverture appliquée sur une plaie pour arrêter une hémorragie et prévenir une contamination.

Paralysie : perte de la fonction motrice dans une partie du corps.

PCSU : prise en charge d'une situation d'urgence; séquence d'interventions qu'un(e) secouriste doit suivre pour assurer l'application sécuritaire des procédures de secourisme appropriées.

Péroné : os de la jambe du côté du petit orteil.

Phalanges : os des doigts et des orteils.

Pharynx : partie située à l'arrière de la bouche et au-dessus du larynx; conduit pour l'air et les aliments.

Phase clonique : désigne une convulsion pendant laquelle se succèdent des périodes de raideur et de relâchement.

Phase tonique : première phase d'une convulsion dans laquelle les muscles se raidissent.

Physiologie : étude des fonctions du corps.

Placenta : organe relié à l'utérus qui fournit des nutriments au fœtus.

Plaie aspirante du thorax : plaie qui permet l'aspiration d'air dans la cavité thoracique à travers la paroi du thorax; elle peut causer un affaissement du poumon.

Plaie fermée : plaie où la peau est intacte.

Plaquette : petite cellule sanguine qui joue un rôle important dans la coagulation du sang.

Plasma : liquide jaune pâle contenant des cellules sanguines, des nutriments, es gaz et des hormones.

Plèvre : membrane lisse recouvrant la surface externe des poumons et la partie interne de la cavité thoracique (thorax).

Pneumonie : inflammation des poumons.

Pneumothorax : accumulation d'air dans la cavité pleurale. Normalement, il existe une pression négative ou un vide dans cette cavité; lorsque l'air y pénètre, le poumon s'affaisse.

Pneumothorax spontané : entrée d'air dans la cavité pleurale due à la rupture inexplicable du poumon.

Pneumothorax suffocant : accumulation d'air dans la cavité pleurale qui exerce une pression sur le cœur et les vaisseaux et entrave leur fonctionnement.

Points ABC : un acronyme signifiant A = « Airway » (voies respiratoires); B = « Breathing » (respiration); C = « Circulation » (circulation).

Pomme d'Adam : protubérance située sur la partie avant du cou constituée par une partie du larynx.

Position de fonction : se rapporte à la position donnée

à une main blessée au moment de la pose d'un bandage ou d'une attelle (ou des deux); les doigts sont légèrement courbés, la paume vers le bas.

Pouls : expansion et relâchement rythmés des artères causés par la contraction cardiaque; il est normalement palpé à un point où une artère croise un os à la surface de la peau.

Pouls brachial : pouls pris sur la face interne du bras, généralement pour les nourrissons.

Présentation par le siège : accouchement dans lequel le bébé se présente par les fesses ou les pieds, au lieu de la tête.

Pression directe : force exercée directement sur une plaie pour arrêter une hémorragie.

Problèmes de santé mentale : terme général qui englobe à la fois les troubles mentaux et les symptômes de troubles mentaux qui peuvent ne pas être suffisamment graves pour justifier un diagnostic de trouble mental.

Proximal(e) : indique la partie la plus proche du point d'attache d'une jambe, d'un bras, d'un doigt, d'un orteil ou de l'intestin.

R

Radius : os de l'avant-bras du côté du pouce.

Réaction allergique : réaction d'hypersensibilité du système immunitaire à un allergène.

Rate : organe du système lymphatique qui débarrasse le sang des corps étrangers et agit comme réservoir de sang.

Reins : paire d'organes qui filtrent le sang et produisent l'urine.

Rétine : membrane recouvrant la partie postérieure du globe oculaire; elle transforme les rayons lumineux en influx nerveux.

Règle des neuf : méthode d'estimation de l'étendue des brûlures corporelles.

RICE : R = repos; I = immobilisation; C = froid (cold); E = élévation. Procédures de secourisme pour les blessures aux os et aux articulations.

Rotule : os du genou.

S

Sac amniotique : sac contenant le liquide enveloppant le fœtus dans l'utérus.

Sacrum : os composé de cinq vertèbres fusionnées; il forme la partie arrière du bassin.

Sang désoxygéné : sang contenant une faible concentration d'oxygène.

Sclérotique : blanc de l'œil; couche épaisse et opaque qui entoure le globe oculaire.

Secourisme : soins d'urgence donnés à une personne blessée ou soudainement malade, en utilisant le matériel à sa disposition.

Secouriste : personne qui prend en charge une situation d'urgence et qui applique les procédures de secourisme.

Secours médicaux : soins donnés par un(e) médecin ou sous sa supervision, par ex. par un(e) ambulancier(-ière) paramédic.

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise; maladie mortelle provoquée par le virus d'immunodéficience humaine ou VIH.

Signe : manifestation objective d'une maladie ou d'une blessure.

Signes vitaux : les quatre signes qui indiquent l'état de la victime, notamment le degré de conscience, la respiration, le pouls, l'état et la température de la peau (la définition des signes vitaux peut varier selon les ouvrages consultés).

Sirop d'ipéca : émétique utilisé pour provoquer le vomissement.

SMU : services médicaux d'urgence; groupe de services d'une communauté qui interviennent en cas d'urgence, y compris les policiers, les pompiers et le personnel paramédical.

Soins immédiats en réanimation (SIR) : maintien des points ABC sans l'aide d'équipement (à l'exclusion des moyens de protection).

Sternum : os situé sur la partie avant de la cage thoracique.

Stomie : ouverture dans le cou par laquelle une personne respire.

Superficiel(le) : sur la surface corporelle; l'inverse de profond.

Symptôme : indication d'une maladie ou d'une blessure éprouvée par une victime; un observateur ne peut le déceler sans interroger la victime.

Syndrome de Reye : maladie rare mais grave chez l'enfant et l'adolescent qui a été liée au traitement d'infections virales par l'AAS. Le syndrome de Reye touche le cerveau, le foie et le sang. Il peut causer des lésions cérébrales permanentes et entraîner la mort.

Système circulatoire : le cœur et les vaisseaux sanguins.

Système lymphatique : système formé de vaisseaux, de ganglions et d'organes qui récupère les protéines s'échappant des vaisseaux sanguins et évacue les microbes et les corps étrangers hors de l'organisme.

Système musculo-squelettique : l'ensemble des os, des muscles et des tissus conjonctifs qui permet la locomotion (mouvement du corps).

Système nerveux : le cerveau, la moelle épinière et les nerfs qui contrôlent les activités du corps.

Système nerveux autonome : partie du système nerveux qui régule les fonctions involontaires (non contrôlées par la pensée consciente), comme le pouls, la respiration, la digestion, la sécrétion hormonale, etc.

Système nerveux central : partie du système nerveux constituée du cerveau et de la moelle épinière.

T

Tapes dans le dos : tapes brusques données dans le dos afin de dégager une obstruction des voies respiratoires.

Temps de remplissage capillaire : méthode permettant d'évaluer l'état de la circulation vers les membres; elle consiste à appuyer légèrement sur le lit de l'ongle jusqu'à ce qu'il blanchisse, puis à relâcher la pression, ce qui permet d'estimer le temps nécessaire au retour de la coloration.

Tendon : bande de tissu résistant qui relie les os aux muscles et aux autres tissus.

Tension artérielle : pression exercée par le sang sur les parois internes des vaisseaux sanguins.

Tétanos : type de bactérie pénétrant dans les plaies; peut provoquer de graves spasmes musculaires.

Tibia : os de la jambe situé du côté du gros orteil.

Trachée : conduit d'air maintenu ouvert par des anneaux cartilagineux et situé entre le larynx et les bronches.

Traction : action de tirer délicatement, mais fermement sur un membre, au-dessous du site de la fracture, pour le réaligner.

Travail : les contractions musculaires de l'utérus qui expulsent le fœtus.

Traumatisme : toute blessure physique ou psychologique.

Triage : système servant à déterminer les priorités des premiers soins et (ou) du transport dans le cas de victimes multiples.

U

Urètre : canal amenant l'urine de la vessie vers l'extérieur.

Utérus : organe musculaire en forme de sac qui contient et protège le fœtus.

V

Veine : vaisseau sanguin qui transporte le sang vers le cœur.

Veine cave supérieure : une des deux plus grosses veines; elle ramène vers l'oreillette droite le sang désoxygéné en provenance des bras et de la tête.

Ventilation : alimentation des poumons en air.

Ventricules : cavités musculaires inférieures du cœur qui pompent le sang dans les artères.

Vésicule biliaire : sac situé sous le foie qui concentre et emmagasine la bile; sert à la digestion des graisses.

Voies respiratoires : conduits qui permettent à l'air d'entrer dans les poumons et d'en sortir.

Volet costal : état causé par la fracture de plusieurs côtes à deux endroits ou plus, créant un segment mobile instable.

Volume sanguin : quantité totale de sang contenue dans le cœur et les vaisseaux sanguins.



MC

Ambulance Saint-Jean

**Apprenez à sauver des vies
et soyez prêt à intervenir.**

Visitez sja.ca pour en savoir plus.



St-Jean

Numéro d'organisme de bienfaisance :
89909 4730 RR0001

