



Premiers Secours

Table des matières

1. *	Introduction	2
2.	La chaîne des secours	3
3. *	Soigner les blessés	4
4.	Comportement sur le lieu de l'accident	5
5. *	Évacuation du blessé hors de la zone de danger immédiat	7
6. *	Le patient s'étouffe	10
7. *	Arrêter les hémorragies	14
8.	L'état de choc	19
9. *	Les plaies et les soins des blessures	21
10. *	Les brûlures	27
11.	Les lésions dues au froid	31
12. *	Les pansements	34
13. *	Les fractures	36
14. *	Les lésions des articulations	43
15.	Agir correctement en cas d'accident de moto	47
16. *	La perte de conscience	49
17. *	Les troubles de la respiration	54
18. *	L'infarctus du myocarde	57
19. *	L'accident vasculaire cérébral	59
20. *	Réanimation en cas d'arrêt cardio - respiratoire	61
21.	Les problèmes causés par la chaleur	72
22.	Les intoxications	76
23.	Soulever les malades et les blessés	86

*Ces chapitres sont traités dans le cadre du cours *Initiation aux gestes de premiers secours*.



1. Introduction

Les premiers soins, une obligation* pour tous.

Chaque jour, des personnes sont victimes d'accidents de toutes sortes ou présentent des signes aigus de maladie qui risquent de mettre fin brutalement à leur existence ou d'entraîner des handicaps majeurs pour le reste de leur vie. Lorsqu'on est subitement confronté à ce genre de situation dramatique, il convient d'alerter les secours, le plus rapidement possible, afin que la victime puisse bénéficier des soins médicaux requis dans les meilleures conditions.

Malheureusement, de nombreuses et précieuses minutes s'écoulent généralement entre le moment où l'événement dramatique se produit et l'intervention des secours spécialisés. Or, ces minutes signifient souvent la mort ou une vie en souffrance pour la victime si elle est seule et sans aide. Chacun d'entre nous devrait donc consacrer une petite partie de son temps libre pour apprendre à dispenser les premiers soins. Tout individu devrait être capable de dispenser ces soins: ceux-ci revêtent d'une importance cruciale dans les premières minutes, qui suivent l'accident et peuvent assurer la survie de la victime ou lui épargner des handicaps plus ou moins sévères pour le reste de sa vie. Ces gestes qui peuvent avoir une importance décisive pendant les premières minutes s'apprennent facilement. Chaque personne est apte à acquérir ces connaissances utiles en cas de danger. Dans de nombreuses situations, la connaissance systématique des premiers soins permettra d'agir correctement et d'éviter des incidents dramatiques, peu importe qu'ils impliquent un inconnu, son propre enfant, un membre de la famille, un ami, un partenaire sportif, ou qu'ils se déroulent à la maison, sur le lieu de travail, dans le cadre des activités de loisirs etc..

En cas d'urgence, il n'est pas indiqué de compter sur l'aide d'autrui et de perdre ainsi de précieuses minutes. Un jour ou l'autre, on risque bien de voir le destin nous jouer un mauvais tour. Seule la connaissance des gestes qui sauvent permet d'y parer efficacement.

Apprendre à dispenser les premiers soins signifie assimiler les connaissances qui permettent de réagir correctement face à une situation dramatique.

* En vertu des articles 410-1 et 410-2 du Code Pénal, tout citoyen est tenu d'aider une personne en difficulté, dans la mesure où il n'existe pas de danger immédiat pour la personne qui offre son aide.



2. La chaîne des secours

La solidité de toute chaîne est égale à celle de son maillon le plus faible. Dans les cas d'extrême urgence, les services de secours les plus rapides et la meilleure prise en charge médicale à l'hôpital sont sans effet si les premiers soins n'ont pas été administrés. Il arrive dès lors que la vie ou la mort dépend de ces premiers soins.

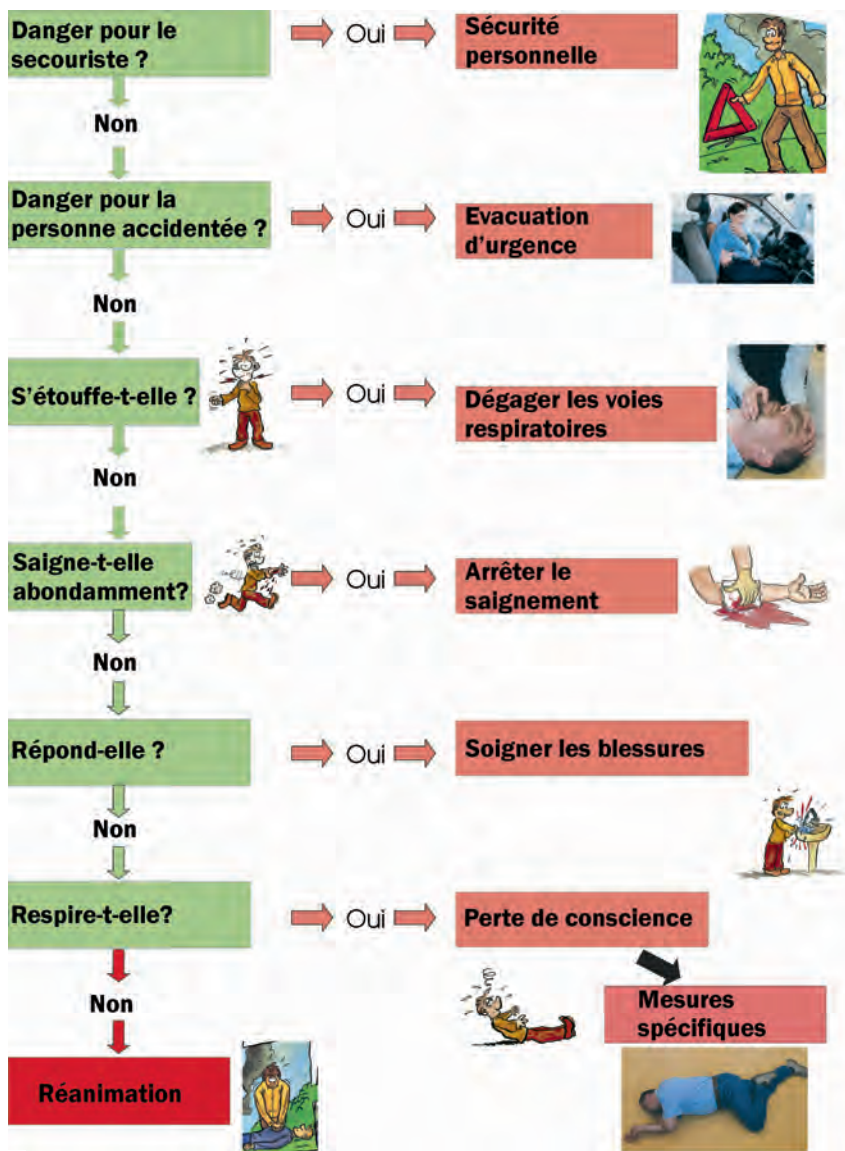
Apprendre à dispenser les premiers soins, c'est s'assurer de **réagir toujours correctement** face à des situations d'urgence.





3. Soigner les blessés

Il faut évaluer rapidement si les blessures subies risquent de perturber des fonctions vitales.





4. Comportement sur le lieu de l'accident

1. Protection personnelle

Avant toute chose, le secouriste doit veiller à assurer sa propre sécurité.

2. Analyser la situation

Rester calme, faire une première reconnaissance sur le lieu de l'incident.
Y a-t-il des blessés ou seulement des dommages matériels?

3. Protéger immédiatement l'accès au lieu de l'accident

* La première mesure urgente à prendre en cas d'accident consiste à protéger le lieu de l'accident, à l'aide du triangle de signalisation et de feux clignotants.

Baliser un accident en plaçant la signalisation: **150 - 200 m** avant un virage et le haut d'une côte.



* Eviter les suraccidents:

Arrêter les moteurs qui tournent encore.
Interdiction de fumer.
Préparer un extincteur.



4. Évacuer le blessé hors de la zone de danger

En principe, le secouriste ne déplace pas le blessé, sauf lorsqu'il existe un danger manifeste et incontrôlable pour la victime: en cas de danger imminent, il faut l'évacuer rapidement en dehors de la zone de danger immédiat.

5. Demander l'aide des services de secours au "Numéro d'appel d'urgence 112"

Le 112 permet d'obtenir l'aide des services de secours. L'appelant fournit au central des secours d'urgences les informations suivantes:

Qui appelle?

Nom et prénom, adresse et numéro de téléphone.

Que s'est-il passé?

Accident de circulation? Brusque malaise?

Où?

Description précise de l'endroit où l'accident s'est produit, du lieu où se trouve le malade.

Combien de personnes sont concernées?

Quel type de blessure ou de maladie, degré de gravité?

C'est le central des secours d'urgences qui met fin à l'appel.

L'alerte des services de secours est un élément important dans le cadre des premiers soins. Plus l'appelant décrit avec précision la situation d'urgence, mieux le central des secours d'urgences est en mesure d'envoyer les secours adaptés.





5. Évacuation du blessé hors de la zone de danger immédiat

En principe, le secouriste ne doit jamais déplacer la personne accidentée, sauf lorsqu'il existe un danger manifeste et incontrôlable pour la victime (par exemple, la voiture commence à prendre feu). Toute évacuation rapide peut être extrêmement dangereuse pour le blessé. Lors d'une telle action, il faut principalement veiller à maintenir la stabilité de la colonne vertébrale. Des lésions de la colonne vertébrale sont en effet toujours à craindre chez les personnes accidentées et la torsion des voies nerveuses peut alors occasionner des dommages irréversibles. Dans la mesure du possible, il faut veiller à ne pas tordre l'axe longitudinal de la colonne vertébrale du blessé. Le secouriste doit employer la technique de dégagement, la mieux adaptée à sa force.

Le blessé se trouve sur le sol

Le secouriste peut évacuer la victime hors de la zone de danger immédiat en la traînant par les chevilles, dans le sens longitudinal du corps, ce qui n'exige pas une force importante.



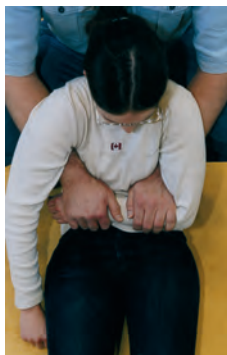
Sauvetage rapide sur une surface plane

La manœuvre de dégagement de **Rautek** nécessite plus de force:

- 1) Si cela s'avère nécessaire, le secouriste retourne la personne sur le dos.
- 2) Le secouriste se place au niveau de la tête du blessé, couché sur le sol, et se met à genoux ou s'accroupit.
- 3) Le secouriste entoure des deux mains la zone de la nuque et des épaules de la personne et soutient la tête de celle-ci à l'aide des avant-bras.
- 4) Le secouriste ramène la personne en position assise, par un mouvement rapide approprié. Le torse du patient prend appui contre les cuisses du secouriste.
- 5) Le secouriste passe ses deux mains, pouces fléchis, en dessous des creux des aisselles de la victime pour saisir l'avant-bras, placé en position horizontale devant le thorax de la victime.
- 6) Le secouriste se place immédiatement derrière le patient, se relève en tenant le dos bien droit; il tire le patient vers le haut en le serrant contre soi.
- 7) Le secouriste traîne la personne hors de la zone de danger en reculant.

Remarque:

Pour faciliter sa tâche, le secouriste a intérêt à croiser les jambes du blessé avant de le relever.



Extraction d'une personne d'un véhicule accidenté

Pour extraire rapidement une personne d'un véhicule accidenté on peut, si nécessaire et à défaut d'alternative, recourir à la manœuvre de dégagement de Rautek.



6. Le patient s'étouffe



Les voies respiratoires amènent l'air inspiré jusqu'aux poumons; l'air expiré parcourt ensuite le chemin inverse. En cas d'obstruction des voies respiratoires, la personne ne parvient plus à respirer, elle s'étouffe.



Cette situation peut se présenter:

Généralement pendant le repas chez les adultes.

Dans le cadre d'un jeu chez le jeune enfant: celui-ci met un petit objet en bouche, qui aboutit dans les voies respiratoires.

La panique saisit subitement l'individu concerné.

Il se prend la gorge. Sa bouche est grande ouverte mais il ne parvient pas à parler ni à tousser. Il fait des mouvements respiratoires intensifs sans que l'air puisse entrer ou sortir.

Le secouriste doit tenter de dégager immédiatement les voies respiratoires.

Chez l'adulte et l'enfant (à partir d'un an)

Après une rapide inspection de la bouche et du pharynx, le secouriste donne d'abord 5 coups entre les omoplates de la personne. Il procède comme suit:

Il se place sur le côté et en arrière de la personne.

Avec une main, il soutient le thorax de la personne de l'avant et la laisse s'incliner un peu vers l'avant.

Avec la paume de l'autre main, il lui assène 5 coups puissants entre les omoplates.

Il cesse dès que les voies respiratoires sont dégagées.

Ces mesures ont pour but de déclencher un mouvement de toux de la cage thoracique, afin de déplacer et d'expulser le corps étranger.

Si cette mesure ne donne pas le résultat escompté après 5 coups, il faut avoir recours à ce que l'on appelle la *méthode de Heimlich*:



Le secouriste se place derrière la personne (ou s'accroupit derrière elle, si elle est assise).

Il passe ses bras sous ceux de la victime.

La personne est légèrement penchée vers l'avant.

Le secouriste met une main au creux de l'estomac (en dessous de l'arc costal et au-dessus du nombril). Il serre le poing, le place horizontalement avec le dos de la main vers le haut.

L'autre main est placée sur le poing. Les avant-bras ne doivent cependant pas toucher la paroi de la cage thoracique.

Le secouriste tire fermement le poing vers l'arrière et le haut.



Ce mouvement crée une élévation de la pression dans la cage thoracique, ce qui permet d'expulser le corps étranger.

Si nécessaire, cette mesure est répétée 5 fois. Si on n'obtient pas le résultat escompté, on recommence à donner 5 coups dans le dos, etc.

Chez le nourrisson

En cas d'obstruction complète et soudaine des voies respiratoires d'un jeune enfant par un corps étranger, il convient de procéder comme suit:

Le secouriste place l'enfant à plat ventre sur son avant-bras et maintient sa tête avec les doigts, sans faire pression sur la gorge.



Il incline l'enfant avec la tête légèrement penchée vers le bas et lui donne **5 coups sur le dos** entre les omoplates.

Si le corps étranger n'a pas été expulsé après ces 5 coups, il effectue **5 compressions de la cage thoracique**:

Le secouriste retourne l'enfant et le place avec le dos sur son avant-bras, qu'il appuie sur sa cuisse. La tête est placée légèrement plus bas.

Avec 2 doigts, le secouriste pousse sur le milieu du sternum de l'enfant (position similaire à celle employée lors de la réanimation).



Après 5 compressions, il faut regarder dans la cavité buccale afin de vérifier si le corps étranger n'est pas encore visible. S'il se trouve dans l'espace bucco-pharyngé, il est enlevé avec précaution.

Si le corps étranger n'a pas été expulsé, le secouriste répète les mesures "**coups dans le dos**" et "**compressions de la cage thoracique**" jusqu'à l'expulsion du corps étranger.

Attention: les mesures décrites précédemment ne sont appliquées chez l'adulte et l'enfant qu'en cas d'obstruction complète des voies respiratoires. En cas d'obstruction partielle, qui se manifeste souvent par une respiration sifflante, ces mesures ne sont pas mises en œuvre car elles risquent d'aggraver la position du corps étranger. En cas d'obstruction partielle, la personne concernée tente d'expulser elle-même le corps étranger par des actions réflexes (toux).

Une fois que le corps étranger a pu être expulsé, il convient toujours de consulter un médecin!



7. Arrêter les hémorragies

Le sang est une composante vitale de l'organisme. Il se compose des éléments suivants:

- les globules rouges, qui transportent l'oxygène,
- les globules blancs, qui assurent la défense immunitaire,
- les plaquettes, qui jouent un rôle important dans la coagulation du sang,
- le plasma sanguin, la partie liquide du sang.

Les hémorragies sont dues à une lésion des vaisseaux sanguins. L'importance de la perte de sang dépend de la taille et du type des vaisseaux sanguins touchés. Lorsque la perte de sang avoisine 20 %, soit 1 à 1,5 litre du volume sanguin chez l'adulte, il existe un risque aigu d'état de choc.

Types d'hémorragies

On établit une distinction en fonction du type de vaisseau sanguin lésé:

- a) Hémorragie d'origine artérielle: le sang rouge clair, riche en oxygène, jaillit de la blessure de façon saccadée, au rythme des battements du cœur.
- b) Hémorragie d'origine veineuse: le sang rouge foncé s'écoule de la blessure en continu et sans pression.
- c) Hémorragie d'origine capillaire: hémorragie diffuse superficiellement des plus petits vaisseaux sanguins.

L'hémostase

En cas d'hémorragie, la première chose à faire est d'allonger la personne afin d'éviter toute blessure additionnelle à la suite d'une chute.

L'hémostase s'effectue comme suit:

1. **La coagulation du sang.** Le sang coagule dès qu'il se trouve en contact avec la plaie (action des plaquettes).
2. **La vasoconstriction** (rétrécissement des vaisseaux sanguins). Il s'agit du deuxième mécanisme hémostatique déclenché par l'organisme lui-même. Le froid (placer un sac de glace sur la blessure, par ex.) stimule cette réaction. Il

s'agit du seul moyen de secours dont on dispose en cas d'hémorragies sous-cutanées (hématomes) et d'hémorragies internes.

3. **La surélévation** des membres blessés. Cette mesure permet de réduire la pression dans le vaisseau lésé. Le sang s'écoule plus lentement de la blessure. La coagulation peut se faire. Surélever la partie du corps saignante est la première mesure à réaliser en cas d'hémorragie.

4. L'application de **pression** directe sur la blessure.

Dans la plupart des cas, il suffit d'appliquer un pansement stérile contre la blessure pour arrêter l'hémorragie. Si cela ne suffit pas, il faut appliquer un bandage compressif. Correctement placé, un bandage compressif permet de stopper quasi toutes les hémorragies.



5. En cas d'urgence, lorsque l'hémorragie risque de devenir fatale, comprimer directement, avec ses doigts, le vaisseau dans la plaie même.
6. Pression indirecte en amont de la blessure (entre le cœur et la plaie). En cas d'hémorragie d'origine artérielle, on comprime le vaisseau blessé contre l'os sous-jacent, au niveau des points de compression, en appuyant fermement jusqu'à ce que l'hémorragie s'arrête. Un bandage compressif est ensuite appliqué sur la blessure.



Point de compression au pli de l'aîne:

En cas d'hémorragie au niveau du membre inférieur, le secouriste presse fortement son poing dans le pli de l'aîne, le bras tendu.



Point de compression du bras:

En cas d'hémorragie au niveau d'un membre supérieur, le secouriste presse son pouce contre l'os du bras et effectue un léger mouvement rotatif.



Point de compression au niveau du cou:

En cas d'hémorragie au niveau du cou, placer le pouce à la base du cou et les autres doigts derrière la nuque; le vaisseau est alors comprimé contre la colonne vertébrale.

7. Pose d'un garrot.

Attention! Exclusivement en cas d'urgence extrême!

S'il n'est pas possible d'arrêter l'hémorragie de l'artère à l'aide d'un bandage compressif ou par un autre moyen, il convient de poser un garrot. Un garrot ne peut être placé qu'au niveau de la cuisse ou du bras.



La pose d'un garrot empêche l'irrigation sanguine et peut signifier la mort de la partie du corps située en aval du garrot. C'est la raison pour laquelle l'heure de la pose du garrot doit être notée de façon bien visible sur le blessé.

Un garrot posé ne doit en aucun cas être desserré par le secouriste!

Saignements particuliers

Saignement du nez



Identification:

Il s'agit généralement d'un saignement des vaisseaux capillaires de la muqueuse nasale antérieure. Les saignements de nez peuvent être spontanés ou être dus à un choc même peu violent.

Premiers soins:

Faire s'asseoir le patient et l'inviter à se pencher légèrement vers l'avant de façon à ce que le sang ne s'écoule plus dans l'espace pharyngé. Exercer ensuite une légère pression avec le doigt sur le côté du nez touché (demander éventuellement au patient de se moucher). Si le saignement persiste, il faut consulter un médecin.

Expectoration de sang (hémoptysie)

Cause: blessure de la cage thoracique, maladie pulmonaire ou rupture du tissu pulmonaire.

Identification:

Le patient expectore du sang rouge clair, parfois écumeux. La quantité peut être importante. Problèmes respiratoires.

Premiers soins:

Rassurer le patient - éviter toute agitation - placer le patient en position semi-assise afin de lui faciliter la respiration et d'éviter un débordement de sang dans la partie saine des poumons - soutenir la tête, afin de faciliter l'évacuation du sang.

Hémorragies digestives

Des vomissements de sang noir "digéré", à l'odeur aigre, indiquent une hémorragie au niveau de la partie supérieure de l'appareil digestif. Ces saignements doivent être pris au sérieux et nécessitent un traitement médical immédiat.

Premiers soins:

Poser un sac de glace sur le ventre, zone épigastrique. Positionner le patient avec paroi abdominale relâchée.

Saignements provenant d'autres orifices naturels

Des selles noires, semblables à du goudron, signalent un saignement de la partie supérieure de l'appareil digestif (saignement de l'estomac, du duodénum ou de l'intestin grêle). Si du sang rouge vif entoure les selles, le saignement provient de la partie terminale de l'appareil digestif. Il peut s'agir d'un premier signe d'un cancer du gros intestin.

Les médicaments et certains aliments peuvent influencer l'aspect des selles et faire parfois supposer une hémorragie digestive.

La présence de sang dans les urines indique une lésion ou une maladie des organes urinaires (reins, vessie, urètre).

Il convient de consulter un médecin en cas d'écoulements de sang inhabituels par les voies naturelles.

Hémorragies internes

Les hémorragies internes sont des saignements qui se produisent dans une cavité fermée du corps. Elles sont dues à un choc externe violent direct ou à une surpression dans un organe, à la suite de variations rapides de vitesse.

Identification:

Le profane pourra difficilement identifier la présence de tels saignements sur le lieu de l'accident. Un état de choc, des douleurs et des signes de contusion dans la zone des organes blessés peuvent lui faire penser à cette éventualité.

Premiers soins:

Si l'on soupçonne une hémorragie interne, il faut prendre les mesures adéquates pour éviter l'état de choc.



8. L'état de choc

1. L'état de choc hypovolémique résulte d'une baisse brutale de l'irrigation sanguine consécutive à une chute grave de la tension artérielle et peut constituer une menace directe pour la vie de l'individu concerné. Il se traduit par un apport en oxygène insuffisant aux organes importants. Il est primordial d'identifier rapidement l'état de choc et de prendre rapidement les mesures adéquates afin de contrarier sa progression, qui peut entraîner des lésions irréversibles des tissus, voire même la mort de la victime.

Cause:

Perte de sang due à des hémorragies externes et internes (à partir d'un litre de sang chez l'adulte).

Perte de plasma en cas de brûlures graves du 2e et 3e degré si:

- la surface du corps est brûlée à 10% et plus chez l'enfant,
- la surface du corps est brûlée à 15% et plus chez l'adulte.

Perte d'eau et de sels en cas de diarrhée, de vomissement et d'occlusion intestinale.

Identification:

Signes généraux du choc: pâleur livide - pouls rapide, filant, à peine perceptible - respiration rapide, superficielle - peau froide, moite - agitation dans un premier temps, puis apathie croissante - sensation de soif.

Premiers soins:

Dès que les premiers signes du choc se manifestent, il faut mettre la victime en position anti-choc.

Arrêter l'hémorragie - soulager la douleur - maintenir la température du corps - ne pas donner à boire au patient.



2. Le choc de distribution :

- * Le choc anaphylactique:
provoqué par une réaction d'hypersensibilité.
- * Le choc septique:
provoqué par des toxines produites par des agents pathogènes.
- * Le choc neurogénique:
provoqué par des troubles du mécanisme de régulation nerveuse de l'organisme (dilatation des vaisseaux par le système nerveux végétatif).
- * **Exception:**

3. Le choc cardiogénique :

provoqué par une baisse de la capacité de pompage du coeur avec réduction grave du débit cardiaque (infarctus du myocarde); dans ce cas, le patient n'est pas mis en position anti-choc classique!!



Position en cas de choc cardiogénique

Remarque : La notion d'état de choc telle que décrite, n'est pas à confondre avec l'expression populaire de « choc », qu'on utilise souvent suite à un événement émotionnel soudain.



9. Les plaies et les soins des blessures

Par plaie, nous entendons une déchirure traumatique de la peau, d'une muqueuse ou d'un organe.

La plaie est une blessure fréquente, qui peut donner lieu à une infection, une hémorragie ou un état de choc.

Pour éviter au mieux les complications, toutes les plaies doivent être soignées correctement (voir Soigner les plaies).

En fonction de la nature de l'atteinte, c'est-à-dire de la cause, il faut distinguer les coupures, les blessures pénétrantes, les écorchures, les contusions, les blessures par balle et les morsures.

Les lésions dues à une source de chaleur externe ou à l'action de produits chimiques corrosifs sont appelées brûlure respectivement brûlure chimique.



L'infection des plaies

L'infection des plaies est due à des agents pathogènes qui pénètrent à l'intérieur du corps à travers l'enveloppe cutanée endommagée. Ces agents pathogènes sont présents partout. Toute plaie, aussi minime qu'elle soit, est susceptible de s'infecter ou d'être contaminée ultérieurement suite à une protection insuffisante ou une action inadéquate lors des premiers soins.

Une infection représente toujours un danger pour l'organisme et peut avoir de graves conséquences. C'est la raison pour laquelle il faut prêter attention aux signes indicatifs d'une infection:

Douleur - rougeur - chaleur - gonflement - formation de pus

Des soins médicaux sont indispensables pour traiter toute plaie infectée. Le membre atteint doit être surélevé et immobilisé jusqu'au moment où un médecin pourra assurer le traitement. Le tétanos fait partie des infections de plaies les plus dangereuses.

Tétanos



Le tétanos est une maladie d'origine bactérienne dont l'issue est fatale dans près d'un tiers des cas. L'agent pathogène est une bactérie extrêmement résistante et largement répandue dans notre environnement. On la trouve sous forme de spores dans la terre, la poussière, le fumier, etc. L'infection est due à la pénétration de spores bactériennes dans une plaie souillée. La bactérie se multiplie en milieu pauvre en oxygène (brûlures, contusions, blessures perforantes). Après une période d'incubation de 3 à 60 jours, la toxine du tétanos, libérée par les bactéries, entraîne des crampes extrêmement douloureuses et des signes de paralysie. Ces phénomènes apparaissent d'abord au niveau du visage et s'étendent ensuite à l'ensemble du corps. En raison de la vaccination largement répandue parmi la population, la maladie est devenue rare.

Le fait de survivre au tétanos ne confère aucune immunité.

La vaccination active est la mesure de prévention la plus efficace contre le tétanos. Des injections de rappel sont nécessaires tous les 10 ans.



SIDA

Le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) est une maladie contagieuse qui peut être transmise par du sang contaminé. Les rapports sexuels non protégés avec une personne contaminée représentent un autre mode de transmission important. L'agent pathogène est un virus appelé VIH (virus de l'immunodéficience humaine), un rétrovirus qui paralyse lentement le système immunitaire de la personne contaminée.

L'évolution de la maladie se divise en quatre stades:

1. Peu après la contamination, on observe une maladie discrète, semblable à une grippe, qui se déroule de façon anodine et s'estompe spontanément.
2. Suit alors une période de plusieurs années ou décennies, pendant lesquelles la maladie ne se déclare pas: seule une analyse de sang permet de détecter la contamination (séropositivité).
3. Plus tard, des infections caractéristiques surviennent de plus en plus souvent pendant la phase qui précède la maladie du SIDA.

4. La maladie du SIDA se caractérise par une perte de poids, de graves maladies infectieuses et certains types de cancers. Le malade décède souvent d'infections tout à fait anodines pour une personne saine.

Les nouveaux médicaments antirétroviraux, qui freinent la réplication virale, permettent aujourd'hui de retarder très longtemps l'apparition ou la progression de l'infection par le VIH.

Hépatite



L'hépatite est une maladie du foie qui endommage les cellules du foie et qui est généralement due à des virus. Parallèlement à cette forme contagieuse, une lésion du foie peut aussi être provoquée par des substances toxiques, des médicaments ou l'alcool.

On distingue actuellement plusieurs formes contagieuses d'hépatite, causées par différents virus: hépatites A, B, C, D, E,...

L'hépatite A est principalement transmise dans les pays sous-développés par le biais d'eau polluée et ne s'accompagne habituellement pas de complications irréversibles.

L'hépatite B a cependant gagné du terrain et le nombre de malades enregistre une hausse vertigineuse. À l'instar du SIDA, elle se transmet lors de rapports sexuels non protégés et par le sang. Le malade présente une couleur de peau jaunâtre et est malade pendant plusieurs mois. L'évolution de cette maladie extrêmement contagieuse est associée à des complications graves et peut même entraîner la mort. Des lésions chroniques du foie subsistent souvent après la guérison.

La vaccination active contre l'hépatite B est le meilleur moyen de prévention.



Maladies transmises par les tiques

Les tiques sont des insectes qui, répandus dans le monde entier, se nourrissent de sang et transmettent une cinquantaine de maladies différentes. Au Luxembourg, il n'existe actuellement qu'une seule maladie transmise par les tiques: la borréliose. Dans d'autres pays européens, elles sont en outre responsables de la transmission d'une infection virale touchant le cerveau: l'encéphalite à tiques.

La borréliose

Il s'agit d'une maladie causée par des bactéries, l'agent pathogène étant présent dans le contenu de l'intestin d'un grand nombre de tiques. Après s'être nourrie de sang pendant deux jours environ, la tique injecte les borrelies dans la peau de l'hôte via son rostre.

Il peut s'en suivre une infection appelée borréliose, qui se développe en trois stades :

1. Au bout de quelques jours ou semaines, une rougeur apparaît autour de l'endroit de la piqûre et s'agrandit en forme de cercle ; il se peut que certains patients ne présentent pas ce premier symptôme, lequel peut s'accompagner de lassitude, de fièvre, de maux de tête.
2. Le deuxième stade peut se manifester par une grande variété de symptômes, comme par exemple des douleurs, des problèmes cardiaques, des méningites.
3. Chronique, le stade tardif de la borréliose s'accompagne souvent d'arthrites, de névrites ou d'une acrodermatite chronique atrophiante.

La borréliose peut être guérie par des antibiotiques. Il n'existe pas de vaccin contre cette maladie.

L'encéphalite à tiques

Il s'agit d'une maladie virale, le virus étant transmis à l'hôte par la tique. La transmission peut avoir lieu peu de temps après la morsure (contrairement à ce qui est le cas pour la borréliose).

L'encéphalite à tiques se développe typiquement en deux stades. Dans un premier temps, elle se manifeste par de la fièvre, des maux de tête et des douleurs au niveau des membres comme c'est le cas pour la grippe estivale. Il se peut que la maladie s'arrête avec la disparition de ces symptômes.

Cependant, chez une partie des personnes infectées, le virus touche le système nerveux central. Dans ce cas, la forme la moins sévère de la maladie se manifeste par une méningite, qui s'accompagne de fortes fièvres, de maux de tête intenses et de raideurs de la nuque. Quant à la forme plus sévère de l'encéphalite à tiques, elle se manifeste précisément par une inflammation de l'encéphale qui touche non seulement les méninges, mais le cerveau dans son ensemble. À côté des symptômes caractéristiques de la méningite, cette forme de l'encéphalite peut s'accompagner entre autres de troubles de la conscience, du langage et de la déglutition, d'altérations psychiques ou de certains signes avant-coureurs de paralysie. De même, le virus de l'encéphalite à tiques peut

provoquer des lésions de la moelle épinière ou des racines des nerfs correspondants.

L'encéphalite à tiques peut même entraîner le décès du patient. Au total, un à deux pour cent des patients dont le système nerveux central est touché par le virus succombent à la maladie.

S'il n'existe aucun médicament capable de guérir l'encéphalite à tiques, on peut toutefois se protéger par un vaccin.

Soigner les plaies

Le secouriste amené à soigner des plaies doit en particulier:

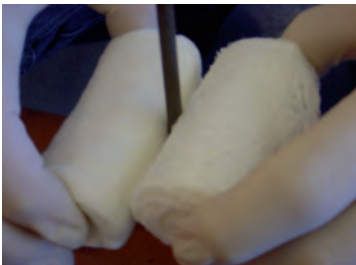
- a) arrêter l'hémorragie,
- b) empêcher la pénétration d'autres germes pathogènes dans la blessure.

Dans le cadre des premiers soins, il faut couvrir la plaie le plus rapidement possible après son apparition, à l'aide d'un pansement stérile. Après l'avoir rembourré, il faut veiller à ce que ce pansement stérile reste bien en place sur la blessure, en le collant ou en l'attachant. Le membre atteint est ensuite surélevé et immobilisé dans la mesure du possible, tandis que le blessé est emmené chez le médecin.

Il arrive cependant souvent que les plaies ne sont pas des cas d'urgence mais des petits accidents quotidiens, qui doivent quand même être soignés correctement. Les blessures légères, qui ne nécessitent pas de soins médicaux, peuvent être désinfectées à l'aide d'un antiseptique. À cet effet, on dépose quelques gouttes de produit sur un tampon stérile et on désinfecte la plaie de l'intérieur vers l'extérieur. Pour finir, on pose un pansement stérile protecteur.

Corps étrangers dans les plaies et les ouvertures du corps

Le secouriste ne doit surtout pas enlever les corps étrangers présents dans les plaies, comme des morceaux de bois ou de verre par exemple, de même pour des objets de dimension plus importante. Il existe en effet un risque immédiat de causer des blessures supplémentaires (aux nerfs et aux vaisseaux).



Placez un ou plusieurs pansements autour du corps étranger. Ce faisant, veillez à ne pas déplacer le corps étranger. Placez éventuellement encore du matériel de rembourrage, p. ex. des pansements autour et fixez le tout à l'aide d'une bande ou d'un sparadrap.



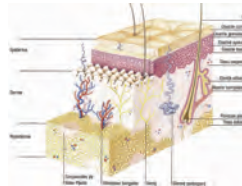
10. Les brûlures

Les brûlures sont dues à l'action de la chaleur, qui endommage la peau et le tissu sous-jacent.

L'importance des dommages dépend de la **température**, de la **durée de l'action** et de l'**étendue** de la surface brûlée.

En sus des lésions visibles de la peau et du tissu, d'autres facteurs influencent la gravité d'une brûlure:

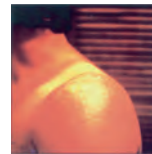
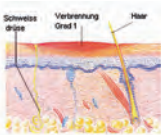
- * Localisation de la brûlure
- * Âge du patient
- * État général
- * Lésions associées



La **profondeur** de la brûlure est exprimée en **degrés**. On distingue trois degrés de brûlure.

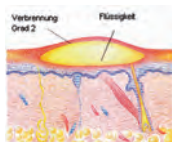
Brûlure du premier degré:

Rougisement de la peau, léger gonflement, douleur cuisante due à l'irritation des terminaisons nerveuses. La peau reste intacte.



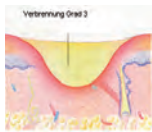
Brûlure du deuxième degré:

Formation de cloques et destruction superficielle de la peau. Forte douleur due à l'irritation extrême des terminaisons nerveuses.



Brûlure du troisième degré:

Destruction de toutes les couches cutanées et des couches de tissu plus profondes. Aucune douleur, en raison de la destruction totale des terminaisons nerveuses de la peau.



En cas de brûlures étendues chez l'adulte, on applique la règle de neuf pour évaluer la superficie corporelle brûlée (en %).

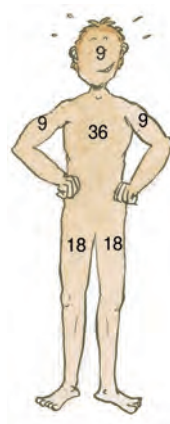
Tête : 9%

Chaque membre supérieur (bras) : 9%

Torse : 36%

Région génitale : 1%

Chaque membre inférieur (jambe) : 18%



Remarque:

Chez les enfants, et plus particulièrement les jeunes enfants, la part (en %) de la tête est - par rapport à la superficie totale du corps - proportionnellement plus élevée que chez l'adulte, alors que celle des membres inférieurs est proportionnellement moins importante.

Règle fondamentale:

Lorsque des brûlures du deuxième ou troisième degré s'étendent sur plus de 15% chez l'adulte et plus de 10% chez l'enfant, il s'agit d'une urgence vitale. En effet, la perte massive de plasma entraîne rapidement un état de choc qui risque d'être fatal pour la victime.

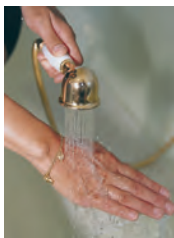
Règle “de fortune”:

Étant donné qu'une brûlure ne s'étend généralement pas avec précision sur une partie du corps bien définie, la règle applicable est la suivante: la main du patient représente 1 % de la superficie de son corps.



Premiers soins:

Si les vêtements sont en feu, il faut éteindre les flammes à l'aide de couvertures, d'eau, d'un extincteur, etc.



Pour toute brûlure: appliquer immédiatement de l'eau froide pendant au moins 5 minutes (température de l'eau: 10°- 25° C) sur la zone brûlée. Pendant ce traitement à l'eau froide, il faut, si possible, enlever avec précaution les vêtements des zones de peau brûlées. La brûlure doit ensuite être recouverte à l'aide d'un pansement stérile.

En cas de brûlures graves et après avoir appliqué le traitement à l'eau froide, il est indispensable:

- * de prévenir l'état de choc par positionnement anti-choc,
- * d'assurer le maintien de la température corporelle (placer sur la victime une couverture de sauvetage isolante, une couverture ou des vêtements en évitant toute pression douloureuse).



Ne jamais donner à boire!

Ne jamais utiliser de crème, de poudre, d'huile ou d'autres produits assimilés!

Ne pas percer les cloques!

Ne pas ôter des vêtements brûlés qui collent à la peau!

Les brûlures chimiques

Les brûlures chimiques sont des brûlures de la peau ou des muqueuses, causées par des acides et des solutions alcalines. Elles ressemblent aux brûlures thermiques.

La lésion cutanée dépend du type de produit chimique, de sa concentration, de la quantité et de la durée d'application. La victime ressent de graves douleurs au niveau de la lésion.

Premiers soins

Passer la partie contaminée du corps sous l'eau froide courante pendant 15 minutes, afin d'atteindre une dilution progressive. Pendant ce temps, enlever les vêtements mouillés. Eliminer les liquides visqueux de la peau. Il faut ensuite soigner la plaie.

L'électrisation

Le courant électrique (surtout des intensités de courant élevées et des arcs électriques) peut provoquer des brûlures capables de carboniser l'ensemble de la musculature et d'occasionner des lésions au niveau du cerveau et du système nerveux. Le courant perturbe l'activité cardiaque et cause ce que l'on appelle une fibrillation ventriculaire. Dans ce cas, le cœur ne pompe plus de sang, ce qui équivaut à un arrêt cardiaque.

Premiers soins:

Le secouriste doit avant tout penser à sa propre sécurité. Le circuit électrique doit être interrompu immédiatement:



débrancher la prise de courant, éteindre l'appareil électrique. Si c'est impossible, couper le disjoncteur principal.

En cas d'accident à haute tension, il ne faut pas rentrer dans le champ électrique, qui se forme autour d'un fil conducteur tombé par terre.

Après l'opération de sauvetage, vérifier si la personne est consciente et si elle respire. Appliquer au besoin les mesures d'urgence nécessaires pour lui sauver la vie, telles que la réanimation *cardio-pulmonaire* ou la *position latérale de sécurité*. Ces mesures sont prioritaires par rapport aux soins des brûlures.



11. Les lésions dues au froid

Hypothermie

Une hypothermie s'installe lorsque la perte de chaleur du corps dépasse la production de chaleur pendant une période assez longue.

Les causes peuvent être multiples: accident en montagne, accident de ski, ensevelissement consécutif à une avalanche en hiver ou un séjour prolongé dans l'eau froide, personne blessée dans un accident de voiture.

L'état de choc, les intoxications, l'influence de l'alcool et de stupéfiants peuvent accélérer l'hypothermie chez un patient.

On distingue 2 stades d'hypothermie.

Lors du premier stade de l'hypothermie, le corps tente de compenser la perte de chaleur en produisant davantage de chaleur, une réaction qui se manifeste notamment par les frissons provoqués par le froid. Simultanément, la superficie du corps est moins irriguée, afin de limiter la déperdition de chaleur via la peau.

Le patient est conscient, sa respiration et son pouls s'accroissent.

Premiers soins :

Emmener le patient dans un endroit chaud et le réchauffer en partant du torse. Enlever le cas échéant ses vêtements s'ils sont trempés, envelopper le patient dans des couvertures chaudes. La couverture de survie de la trousse de premiers secours est idéale (côté argenté vers le patient, côté doré à l'extérieur).

Lors du deuxième stade de l'hypothermie, le corps ne parvient plus à compenser de manière suffisante la perte de chaleur. La température corporelle descend en dessous de 34 °C. La respiration et le pouls ralentissent, la tension artérielle chute. Les frissons provoqués par le froid cessent. Les muscles deviennent raides. Le patient est de plus en plus fatigué et finit par perdre conscience. Un arrêt de la respiration et de la circulation peuvent se produire par la suite.

Premiers soins :

Aucune tentative de réchauffement est à entreprendre. Le corps continuerait à se refroidir. Déplacer le patient le moins possible. Le couvrir. Appeler les secours le plus rapidement possible. Le réchauffement doit être effectué sous contrôle médical.

Si le patient a perdu conscience, il faut le placer dans la position latérale de sécurité.

Surveillez la respiration et le pouls en permanence.

Remarque:

Il ne faut pas donner de boissons alcoolisées au patient. L'alcool dilate les vaisseaux sanguins et aggrave par conséquent l'hypothermie.



Gelures

Les gelures sont des lésions locales du tissu. Elles sont dues à une irrigation insuffisante du tissu pendant une période assez longue, sous l'effet du froid (généralement combiné à l'humidité et au vent). Les gelures résultent le plus souvent de l'influence lente, souvent inaperçue du froid. Le premier signe d'alerte est l'insensibilité (sensation d'engourdissement). Généralement, le secouriste n'aperçoit que les premiers signes de ces lésions.

Signes caractéristiques :

Les parties du corps touchées - souvent les doigts, les orteils, le nez, les oreilles et les joues - prennent d'abord une couleur rouge bleuâtre et deviennent ensuite jaunes-blanches ou grises-blanches. Elles sont froides, souples et douloureuses dans un premier temps, mais deviennent dures et insensibles par la suite.

Les dommages subséquents tels que la formation de cloques et l'apparition d'un tissu noir, nécrotique, n'apparaissent qu'après de nombreuses heures.

Premiers soins :

Ne pas bouger les parties du corps gelées de la victime.

Vous pouvez tenter de la réchauffer grâce à votre propre chaleur corporelle - par ex. en couvrant de vos mains les parties du corps atteintes.

N'utilisez cependant pas de source de chaleur active - une bouillotte par exemple. Le traitement ultérieur se fait obligatoirement en milieu clinique.

IMPORTANT

Étant donné que les gelures sont généralement associées à une hypothermie, les mesures de lutte contre l'hypothermie ont priorité.

Ne jamais frotter les parties gelées du corps avec de la neige ou de la glace.



12. Les pansements

Ils protègent les plaies ouvertes contre l'intrusion de germes pathogènes.

Ils arrêtent les hémorragies.

Ils évitent l'aggravation des lésions des parties du corps malades et enflammées.

Ils fixent et immobilisent les membres blessés.

En principe, un pansement approprié se compose toujours des éléments suivants:

Compresse stérile.

Matériel de rembourrage (deuxième compresse ou ouate).

Matériel de fixation (bande de gaze, sparadrap, écharpe triangulaire, etc.).



Pansements adhésifs



Pansements triangulaires



Pansements



13. Les fractures



Le squelette

1. Fractures des os

Les fractures des os sont généralement dues à un violent choc extérieur. L'analyse des circonstances de l'accident fournit souvent des renseignements sur les blessures éventuelles de l'appareil locomoteur (important si la victime a perdu conscience).

On distingue les:



Fractures fermées:

aucune blessure visible au niveau de la zone de la fracture. Il n'existe pas de risque majeur d'infection.

Fractures ouvertes:

une plaie se trouve dans la région de la fracture; parfois, des débris d'os sont même visibles dans la plaie. Il existe un risque majeur d'infection de l'os dû à l'intrusion de germes dans la blessure. Les soins de la plaie sont prioritaires.



Identifier une fracture:

Une fracture des os est généralement associée à une douleur très vive au niveau de la zone de la fracture. La personne concernée adopte ce que l'on appelle une "position d'économie" et se plaint d'une incapacité de bouger et de douleur vive.

La zone de la fracture se caractérise par d'importants gonflements.

En fonction du type de fracture, on peut trouver d'autres signes tels que:

- * Position inhabituelle du membre concerné.
- * Raccourcissement d'un membre.
- * Des débris d'os peuvent être visibles en cas de fracture ouverte.

Dangers associés à une fracture

Des lésions secondaires peuvent compliquer une fracture:

- * lésions des vaisseaux sanguins, des muscles, des nerfs et des organes par des bords aiguisés de la fracture,
- * apparition d'un choc dû à la perte de sang par hémorragie externe ou interne; ce risque existe plus particulièrement dans le cas de fracture d'un membre inférieur ou du bassin.

Ces lésions secondaires risquent de se créer lors de tout déplacement inapproprié des extrémités de la fracture.

Premiers soins en cas de fracture :

En principe le secouriste ne déplace pas le blessé, mais il peut l'aider à prendre une position confortable (position d'économie). Les bouts de la fracture ne doivent pas être déplacés. Caler le membre atteint dans la position souhaitée par le patient. Les services de secours assureront une immobilisation correcte avec les moyens adéquats.

Immobilisation du membre supérieur:

Les fractures au niveau du membre supérieur et de l'épaule peuvent être immobilisées à l'aide de l'écharpe triangulaire.



2. Fractures spécifiques

Fracture des côtes

Cause:

Chute, violent coup extérieur.

Signes:

Fortes douleurs lors des mouvements respiratoires; dyspnée.

Premiers soins:

Immobiliser la fracture en couchant l'individu sur le côté blessé, en position semi-assise.

Fracture du bassin

Cause:

Chute, contusion.

Signes:

Circonstances de l'accident - douleur à l'endroit de la fracture - douleur lorsque l'on tente de mobiliser les jambes - si la fracture est grave, modification de la forme et de la mobilité du bassin - sang dans les urines.

Risques:

Risque de choc dû à une hémorragie interne, lésion éventuelle de l'urètre ou de la vessie.

Premiers soins:

Coucher la victime sur le dos, sur un support dur. Fléchir les genoux et placer une couverture roulée en dessous, afin de soutenir le poids du bassin et de soulager les muscles pelviens. Utiliser une couverture de survie afin de protéger la victime contre la déperdition de chaleur.

Fracture des vertèbres

Cause:

Accident de voiture, accident de moto, accélérations rapides, chute d'un point surélevé, plongeon en eaux peu profondes, électrisation.

Le danger imminent des fractures de la colonne vertébrale réside dans la lésion de la moelle épinière, située dans le canal rachidien.

En fonction du niveau, une fracture de la colonne vertébrale peut:

- * entraîner le décès immédiat de la victime, en raison de la fracture des première et deuxième vertèbres cervicales, qui s'accompagne d'une paralysie respiratoire,
- * provoquer des troubles sensoriels dans les membres supérieurs et/ou les membres inférieurs,
- * entraîner une paraplégie.



Signes:

Circonstances de l'accident - douleurs extrêmement vives au niveau de la fracture - troubles sensoriels - incapacité de bouger, en fonction du niveau auquel le segment de moelle épinière est atteint (ce signe peut être absent).

Lésion au niveau de la colonne vertébrale cervicale:

En cas de paraplégie totale, on observe une paralysie flasque et/ou des troubles sensoriels au niveau des membres supérieurs et des membres inférieurs. Il existe en outre un risque de paralysie respiratoire en cas de lésion du segment cervical supérieur.

Lésion au niveau de la colonne thoracique et lombaire:

Paralysie flasque des membres inférieurs - les membres supérieurs peuvent bouger librement - troubles sensoriels, picotement dans la région du tronc et des extrémités concernées, paralysie de la fonction recto-vésicale, émission incontrôlable d'urines et de selles.

Premiers soins:

Si la vie de la victime n'est pas menacée, laissez-la dans la position dans laquelle vous l'avez trouvée et ne la déplacez pas. Demandez à la personne de ne pas bouger et surtout de ne pas tourner la tête. Elle risque en effet de

provoquer une rupture complète de la moelle épinière avec paralysie subséquente.

Il est de même lorsque le blessé se trouve couché sur le ventre.

Si le patient est inconscient, il faut le placer dans la position latérale de sécurité.

Traumatismes crânio-cérébraux

Les traumatismes crânio-cérébraux résultent d'un choc violent, direct ou indirect, sur la tête. Ce choc peut entraîner des lésions cutanées, des fractures des os du crâne, ainsi que des troubles fonctionnels et des lésions du cerveau à l'intérieur de la boîte crânienne.

En cas de traumatisme crânio-cérébral, les lésions internes sont difficiles à évaluer en dehors du milieu hospitalier. En soignant les blessures extérieures, visibles, le secouriste doit toujours s'attendre à l'apparition différenciée de signes de lésions profondes – œdème cérébral ou hémorragie intracrânienne par exemple.

Commotion cérébrale

La commotion cérébrale est la suite la plus fréquente d'un traumatisme de la tête. La masse cérébrale heurte la paroi interne du crâne. Une perte de conscience de courte durée est souvent observée immédiatement après le traumatisme. Des maux de tête, des vomissements, des vertiges et une diplopie apparaissent ultérieurement. On constate une amnésie en rapport avec l'accident. Si la perte de conscience se prolonge, elle indique une grave lésion cérébrale accompagnée d'un œdème cérébral ou d'une hémorragie intracrânienne.

En cas de perte de conscience, même brève, un traumatisme cérébral doit toujours être pris très au sérieux. En attendant la prise en charge médicale, le traumatisé crânien est à allonger avec la tête et le thorax légèrement surélevés.

Œdème cérébral et hémorragie intracrânienne

Après une courte perte de conscience initiale, suivie d'un "intervalle libre" pendant lequel le patient ne ressent pas de problèmes majeurs, des signes d'élévation de la pression intracrânienne se manifestent; celle-ci est imputable à un gonflement des régions cérébrales blessées et avoisinantes (œdème cérébral) ou à une hémorragie intracrânienne.

Signes indiquant une élévation de la pression intracrânienne:

Maux de tête et raideur de la nuque - malaise - vomissements en jet – sensation de vertige - torpeur croissante - perte de conscience - signes de paralysie, tant moteurs que sensoriels (troubles de la vue) - dilatation unilatérale des pupilles (différence au niveau de la taille des pupilles) - troubles d'élocution - pouls de l'hypertension intracrânienne (pouls extrêmement lent mais bien frappé).

La mort subite, par paralysie des centres respiratoire et circulatoire, est possible.

Fracture du crâne



Cause:

La fracture du crâne est généralement due à un choc violent et direct sur la boîte crânienne (coup).

Identification:

Il est souvent difficile d'identifier une fracture du crâne puisqu'il s'agit généralement d'une fissure osseuse. On observe parfois une empreinte due à la fracture de l'os crânien ou une fracture ouverte d'où émerge du tissu cérébral. Celui-ci ne doit ni être touché, ni être repoussé.

Fracture de la base du crâne



Cause:

La fracture de la base du crâne est due à un choc violent, direct ou indirect. La chute est l'une des causes les plus fréquentes. Une fracture de la base du crâne est une fissure dans la mince couche osseuse sur laquelle repose le cerveau.

Identification:

La fracture de la base du crâne s'accompagne généralement par un coma profond de la victime (qui peut apparaître plus tard ou pas du tout). D'autres signes sont l'écoulement de sang et de liquide céphalo - rachidien par le nez, la bouche ou l'oreille, ainsi que le développement ultérieur d'un hématome à l'intérieur et autour des yeux.

Premiers soins en cas de traumatisme crânio-cérébral:

L'apparence - de prime abord anodine - de la lésion ne doit pas masquer la gravité de celle-ci. La mauvaise oxygénation du cerveau endommagé constitue un danger grave en cas de lésions craniocérébrales et s'accompagne le plus souvent de troubles respiratoires et d'une perte de conscience. En administrant les premiers soins à un traumatisé crânien, il faut surtout veiller à préserver les fonctions vitales. Par conséquent, il est impératif de respecter les mesures d'urgence suivantes:

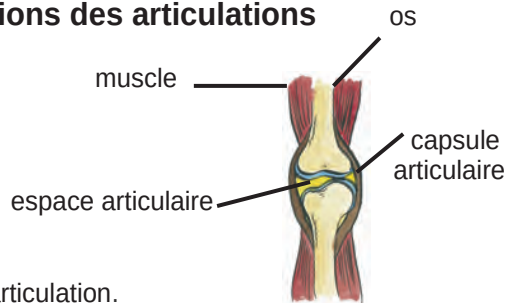
- * Veiller à ce que la victime puisse respirer librement en libérant et en protégeant les voies respiratoires. Si nécessaire, il faut éliminer le sang, les vomissures et les corps étrangers présents dans la bouche et le pharynx.
- * En cas de perte de conscience: placer la victime en position latérale de sécurité en étendant la tête correctement.
- * Lorsque la victime est consciente: l'allonger avec la tête et le thorax légèrement surélevés afin de réduire le flux sanguin cérébral et, par conséquent, l'éventuelle élévation de la pression intracrânienne.



- * En cas de blessures à la tête, accompagnées de sortie de tissu cérébral, coucher le blessé sur le côté sain; poser un pansement stérile non serré.
- * En cas de fracture de la base du crâne accompagnée d'une perte de conscience et de saignements: placer le blessé en position latérale de sécurité, sur le côté blessé. Si on observe une sortie de tissu cérébral, le blessé doit être placé du côté sain.
- * Il est impératif de surveiller constamment l'état général du patient et de contrôler ses fonctions vitales.
- * En cas de signes d'état de choc: mesures anti - choc.



14. Les lésions des articulations



Contusion

Cause:

Résulte d'un coup violent direct sur l'articulation.



Identification:

Gonflement dû à un saignement dans les parties molles qui entourent l'articulation; les mouvements sont limités à cause de la douleur.

Premiers soins:

Position surélevée, compresses froides, immobilisation.

Entorse (ou foulure)

Cause:

Résulte d'un coup violent indirect sur l'articulation (par ex. se fouler le pied). La tête de l'articulation sort brièvement de la cavité cotyloïde avant de revenir immédiatement dans sa position normale. On observe une distension de la capsule articulaire; les ligaments et les vaisseaux sanguins peuvent être blessés.



Identification:

Gonflement important dû à la lésion des vaisseaux et apparition d'un hématome; mobilité entravée, voire totalement impossible, au niveau de l'articulation touchée; douleurs vives lorsque l'individu tente de bouger ou de s'appuyer.

Premiers soins:

Surélever l'articulation blessée; compresses froides et immobilisation.

Déboîtement (ou luxation)



Cause:

A la suite d'un violent choc traumatique, la cavité cotyloïde et la tête de l'articulation sont déplacées. Ce déboîtement s'accompagne généralement d'une déchirure de la capsule articulaire et des ligaments.

Identification:

Mauvaise position des articulations. Gonflement marqué – douleurs vives - incapacité totale.

Premiers soins:

Pas de tentative de mobilisation. Compresse froide et immobilisation de l'articulation dans la position dans laquelle on a trouvé le blessé. Un médecin doit assurer rapidement le remboîtement.

Blessures ouvertes des articulations

Les blessures ouvertes des articulations comportent un risque majeur d'infection! Il est important de soigner la blessure avec la plus grande minutie.

Premiers soins:

Couverture stérile de la blessure, immobilisation de l'articulation.

Blessures avec amputation d'un membre ou partie d'un membre

Premiers soins:

En principe, tous les membres arrachés sont confiés en même temps que le blessé à l'hôpital le plus proche. Le chirurgien prend une décision en ce qui concerne les possibilités de réimplantation.

Soins du blessé:

1. Surélever le moignon.
2. Appliquer un bandage compressif.
3. Comprimer éventuellement les gros vaisseaux au niveau des points de compression.

Attention:

Il ne faut pas poser de garrot!

Ne pincer aucun vaisseau!

Pas de nettoyage!

Pas de désinfection!

Pas de congélation!

Les membres arrachés doivent être conservés au sec et au frais, en prêtant une attention particulière à la propreté:

1. Enveloppez-les dans un linge stérile ou propre.
2. Placez le tout dans un sac en plastique.
3. Fermez le sac en plastique de façon étanche.
4. Remplissez de glaçons et d'une quantité d'eau égale un deuxième sac en plastique, plus grand (utilisez éventuellement des compresses chimiques froides).
5. Placez le sac contenant le membre amputé dans le deuxième sac.
6. Fermez ce sac en plastique de façon étanche.



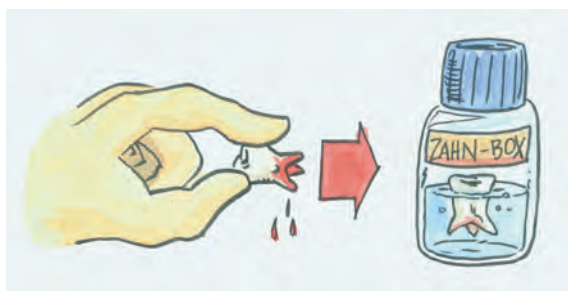
Perte de dents à la suite d'un accident

Une chute ou d'autres accidents peuvent provoquer un choc violent susceptible de casser ou de faire tomber une ou plusieurs dents.

Or, à condition d'observer certaines règles, il est possible de réimplanter des dents ou des parties de dents encore pourvues de leur racine.

Dans le cas d'une dent entièrement arrachée, procéder comme suit :

- Chercher la dent ou les parties de dents ; vérifier que la dent n'est pas entrée dans les voies respiratoires (danger d'asphyxie!).
- Ne jamais toucher la dent au niveau de la racine, mais uniquement au niveau de la couronne.
- Si possible mettre la dent dans une boîte de secours spécialement conçue pour la conservation de dents ayant subi un traumatisme ; contenant un liquide spécial, ces boîtes sont vendues en pharmacie.
- Si vous ne disposez pas d'une boîte de secours, placez la dent sous la langue de la personne blessée (ne pas appliquer cette méthode aux enfants en bas âge!) ; faute de pouvoir placer la dent sous la langue, mettez-la dans un verre de lait.
- Consulter immédiatement un dentiste : si la dent a été conservée dans la bouche du blessé ou dans du lait, la réimplantation doit se faire dans un délai d'une heure. Lorsque la dent a été mise dans la boîte de secours dans la demi-heure suivant l'accident, le délai de réimplantation est allongé de quelques heures.





15. Agir correctement en cas d'accident de moto



Quand faut-il enlever le casque du motard?

Si le motard est inconscient, il faut enlever le casque avant de placer la victime en position latérale de sécurité.

Comment enlever le casque du motard?

Il faut maintenir la tête du motard légèrement en extension pendant toute la durée de l'opération d'enlèvement du casque!



1. Un secouriste maintient la tête en extension en enlaçant des deux mains le casque et la mâchoire inférieure du blessé.



2. Le deuxième secouriste relève la visière. Si le motard porte des lunettes, il faut d'abord les enlever. Il défait ensuite la fixation du casque (lanière, bouton rouge ou autre système de fermeture) ou la sectionne. Entre-temps, il faut maintenir la traction exercée au niveau du casque ou de la mâchoire inférieure.



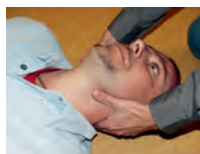
3. Le deuxième secouriste se charge alors de l'extension. Il place une main sur la mâchoire inférieure du blessé (le pouce d'un côté de la mâchoire, les autres doigts de l'autre côté), tandis que l'autre main se trouve sous l'occiput. Il exerce ainsi une traction douce et continue sur la tête, sans tourner ni plier l'axe longitudinal.



4. Le premier secouriste enlève à présent le casque. Il le fait passer par-dessus le nez en le faisant basculer légèrement vers l'arrière.



5. Lorsque le casque est enlevé, le premier secouriste tient à nouveau la tête du blessé par en haut, ses deux mains placées sur les oreilles du blessé.



6. On maintient l'extension jusqu'à ce que le blessé soit placé dans la position latérale de sécurité et que la tête soit immobilisée correctement.



16. La perte de conscience



Une personne s'évanouit, elle ne répond, ni réagit lorsqu'on la secoue, ni à d'autres stimulations. Elle est inconsciente.

La perte de conscience peut avoir des causes multiples, qui entraînent la défaillance de diverses fonctions cérébrales. Les causes les plus fréquentes sont les suivantes:

- * Diminution de l'irrigation sanguine du cerveau due à une chute de la tension artérielle ou à une baisse du débit cardiaque.
- * Oedème ou saignement intracrânien consécutif à un traumatisme cranio-cérébral.
- * Apport nutritif réduit de l'encéphale en raison de maladies métaboliques (hypoglycémie).
- * Signes d'intoxication (CO, médicaments, drogues).
- * Maladies du cerveau (épilepsie, apoplexie).
- * etc.

Si la personne respire encore et se trouve sur le dos, il existe un risque majeur d'étouffement:

1. la langue retombe en arrière et obstrue par conséquent le pharynx,
2. les vomissures refluent dans les voies respiratoires.

La respiration est souvent très bruyante chez les personnes inconscientes. Des sifflements et des ronflements indiquent une obstruction partielle des voies respiratoires.

Dispositions:

Les réflexes de défense normaux sont absents chez la personne inconsciente. Si on laisse cette personne sur le dos, elle mourra rapidement étouffée.

Le secouriste doit libérer immédiatement les voies respiratoires:

1. Desserrer les vêtements ajustés qui entravent la respiration (bouton de col, cravate).
2. Ouvrir la bouche et ôter d'éventuels corps étrangers.
3. Étendre avec précaution la tête vers l'arrière:
 - placer une main sur le front,
 - saisir la mâchoire inférieure avec l'autre main,
 - relever la mâchoire inférieure vers le haut,
 - basculer la tête avec précaution vers l'arrière.
4. Contrôler la respiration.
5. Si la personne respire, elle est placée dans la position latérale de sécurité.



La position latérale de sécurité:

1. Enlever éventuellement les lunettes.
2. Placer les jambes l'une à côté de l'autre.
3. Placer le bras du côté tourné vers le secouriste à l'angle droit par rapport au corps : plier le coude et déposer la main avec la paume vers le haut.
4. Le secouriste saisit le genou opposé et le plie ; le pied repose sur le sol.



5. Le secouriste saisit le bras opposé de la victime, place le dos de la main de celle-ci contre la joue du côté secouriste en appuyant avec la paume de sa main contre la paume de la main du patient.



6. Par une traction régulière au niveau du genou, le secouriste tourne lentement la victime vers soi, jusqu'à ce que le genou touche le sol : pendant ce mouvement rotatif contrôlé, il soutient la tête de la victime avec sa main.

7. Le secouriste retire avec précaution sa main qui se trouve sous la tête de la victime.
8. La jambe qui se trouve au-dessus stabilise la personne; c'est la raison pour laquelle elle est placée en appui à angle droit par rapport à la hanche.
9. Finalement, le secouriste ouvre la bouche de la personne afin de permettre l'évacuation des vomissures.



Remarques:

- ☛ La victime est tournée "en bloc" sur le côté, afin d'éviter toute torsion de la colonne vertébrale. Le soutien de la tête, assuré par le secouriste, sert également à épargner la colonne vertébrale cervicale pendant le mouvement de rotation.
- ☛ En cas de blessure au niveau de la cage thoracique, la victime est couchée sur le côté blessé.
- ☛ Si la personne inconsciente se trouve sur le ventre, il faut la laisser dans cette position; le secouriste vérifie si les voies respiratoires ne sont pas obstruées et les libère le cas échéant.

Hypoglycémie : Une baisse rapide et importante de la glycémie peut s'installer et ceci surtout chez les diabétiques. La glycémie descend fortement suite à une dose trop élevée de médicaments antidiabétiques. Les signes sont : tremblements, sueurs froides, sensation de faim, troubles de vigilance allant jusqu'à l'inconscience. La prise rapide de sucre ou d'une boisson sucrée (limonade) - tant que la personne n'est pas encore inconsciente - peut rapidement remédier à cette situation.

Épilepsie



Chaque seconde, des millions de décharges électriques minuscules traversent les neurones du cerveau en transmettant un flux ininterrompu de messages. Chaque neurone peut être relié à des centaines, voire des milliers d'autres neurones. Les épilepsies sont des dysfonctionnements du cerveau dus aux troubles causés par des décharges spontanées incontrôlées au niveau des neurones cérébraux. Ces décharges incontrôlées peuvent être déclenchées par des stimuli extérieurs provenant par exemple d'une source de lumière vacillante (stroboscope) si le niveau d'excitation du cerveau est diminué (en cas de fatigue, de consommation d'alcool).

Les décharges spontanées provoquent des réactions extérieures telles que mouvements, production de sons, émission de selles, d'urine, etc. Si, chez un même patient, les réactions restent en principe les mêmes, elles peuvent varier d'un patient à l'autre selon la zone du cerveau qui est hyperexcitable.

On distingue plusieurs types de crises :

- Les crises partielles (type le plus fréquent): une crise partielle est due à une décharge dans une zone limitée (foyer); ce foyer se limite à l'un des hémisphères cérébraux, les signes correspondant aux fonctions assurées par la zone du foyer. Exemples: „déjà vu“ (c.-à-d. la forte impression d'avoir déjà vécu une scène donnée), convulsions d'une partie du corps, augmentation brusque de l'activité intestinale accompagnée de diarrhée, etc.
- Les crises généralisées: les deux hémisphères cérébraux sont concernés; la crise généralisée se manifeste par des mouvements tonico-cloniques: fortes convulsions incontrôlées et crispation de l'ensemble des muscles.
Les crises partielles peuvent se transformer en crise généralisée.
- Les séries de crises: il s'agit de crises généralisées extrêmement longues, comportant des risques importants.

En cas de crise épileptique, les premiers soins se limitent aux mesures visant à empêcher le patient de subir des blessures trop importantes en effectuant des mouvements incontrôlés. Il ne faut en aucun cas mettre des objets, quels qu'ils soient, entre les dents du patient, ni retenir celui-ci par la force. Après la crise, le patient, très fatigué, s'endort souvent.

Attention ! Dans des cas rares, une crise épileptique peut être provoquée par des troubles du rythme cardiaque ; vu le danger inhérent à ces troubles, il faut, dès que la crise est passée, toujours contrôler le pouls.

Dans le cas de troubles du rythme cardiaque et dans celui d'une série de crises, on est en présence d'**une situation d'urgence aiguë**. Dans ces cas, il faut appeler les services de secours au 112.

Si, après la crise, les fonctions vitales ne présentent pas d'anomalies, si le pouls est régulier et que le patient, bien que très fatigué, est lucide, il n'y a pas, en règle générale, de danger imminent.



17. Les troubles de la respiration

L'hyperventilation

En médecine, on entend par hyperventilation (syndrome d'hyperventilation) le fait pour une personne de respirer plus rapidement et plus profondément, sans que cette respiration plus intense soit justifiée par un besoin physique. Il s'agit d'un trouble de la régulation de la respiration. Le plus souvent, les personnes présentant le syndrome d'hyperventilation n'en sont pas conscientes. Si l'hyperventilation est souvent provoquée par des causes psychiques comme l'anxiété ou la panique, elle peut également être due à des maladies organiques comme l'asthme ou une embolie pulmonaire. Dues à des causes psychiques, la plupart des cas d'hyperventilation concernent des personnes en parfait état de santé.

Une respiration accélérée et trop profonde entraîne chez la personne concernée une perte accrue de dioxyde de carbone (CO_2) et, partant, une baisse de la concentration de CO_2 dans le sang. La conséquence en est une augmentation du pH dans le sang, ce qui peut finir par provoquer une alcalose dite respiratoire (c.-à-d. due à la respiration). Elle diminue la capacité des cellules à absorber l'oxygène contenu dans le sang et finit par provoquer des troubles au niveau des échanges cellulaires ainsi qu'une baisse de la concentration de calcium libre dans le sang.

En revanche, la teneur du sang en oxygène n'augmente guère en cas d'hyperventilation, étant donné que dans la plupart des cas, une respiration normale permet de garantir une teneur suffisante (saturation) du sang en oxygène.

L'hyperventilation aiguë se manifeste par des crises qui peuvent s'accompagner de différents symptômes variant en fonction de la durée et de l'intensité de la crise.

Les symptômes suivants sont typiques de l'hyperventilation aiguë :

- Crises d'étouffements
- Respiration « avec soupirs »
- Bâillements
- Troubles de la sensibilité (paresthésies) tels que fourmillements ou picotements

- Sensations d'engourdissement au niveau des bras et des jambes
- Crispations au niveau de la zone buccale
- Tremblements
- Vertiges
- Troubles de la vision
- Douleurs au niveau de la poitrine
- Sensation de pression au niveau de la gorge (la « boule dans la gorge »)

En plus, l'hyperventilation peut provoquer des spasmes s'accompagnant de la flexion typique des doigts en main d'accoucheur (tétanie d'hyperventilation) ainsi que des pertes de conscience. La main d'accoucheur est due à un spasme particulier des muscles de l'avant-bras et de la main.

La personne concernée constate des symptômes désagréables pouvant à leur tour renforcer l'anxiété et l'hyperventilation, déclenchant ainsi un cercle vicieux.

En cas d'hyperventilation (syndrome d'hyperventilation), la thérapie dépend de la cause du syndrome. Lorsqu'une crise d'hyperventilation aiguë est due à des causes psychiques telles que stress, anxiété ou énervement, il est important de commencer par calmer la personne concernée en lui expliquant que l'hyperventilation est anodine et que les symptômes observés ne sont pas dus à une maladie dangereuse.

Si la personne présente déjà des symptômes tels que fourmillements, picotements ou spasmes au niveau des mains (la main d'accoucheur), on peut l'aider par un mode de réinspiration spécial en utilisant un sachet en plastique ou en papier qu'on met, pour une courte durée et en partant du menton, devant la bouche et le nez de la personne concernée, qu'on invite à respirer calmement et régulièrement. Normalement, les symptômes diminuent rapidement, parce que la réinspiration entraîne une augmentation rapide de la concentration de dioxyde de carbone dans le sang et permet aux processus cellulaires perturbés de se normaliser.



L'asthme

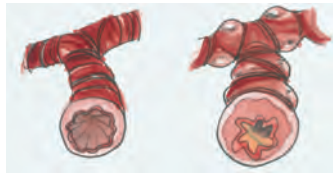


L'asthme est une maladie des voies respiratoires (affectant certaines parties des poumons). En effet, chez les asthmatiques, les petites bronches sont hypersensibles à certains stimuli (tels que tension psychique ou surmenage) et se rétrécissent par des contractions spasmodiques.

L'asthme peut également être déclenché :

par des allergies (par exemple aux pollens), des infections des voies respiratoires supérieures, le froid, des médicaments ou la pollution atmosphérique.

Le rétrécissement provoque des crises d'étouffements s'accompagnant d'une forte formation de mucus et, en même temps, d'un gonflement des muqueuses au niveau des petites bronches.



Petite bronchie : normale en cas d'asthme

Une crise d'asthme peut durer entre quelques secondes et plusieurs heures (crise d'asthme grave).

Une crise se manifeste le plus souvent par les signes suivants :

- expiration prolongée
- respiration ronflante et sifflante
- envie de tousser
- crachat de mucus collant

La crise d'étouffements peut être plus ou moins grave selon que le patient subit une crise d'asthme plus ou moins sévère. Les patients asthmatiques ont souvent sur eux un médicament qui, administré sous forme de spray, les soulage au bout de quelques minutes. Si, en cas de crise d'étouffements sévère, l'état du patient tarde à s'améliorer, il faut immédiatement appeler le numéro d'urgence 112.

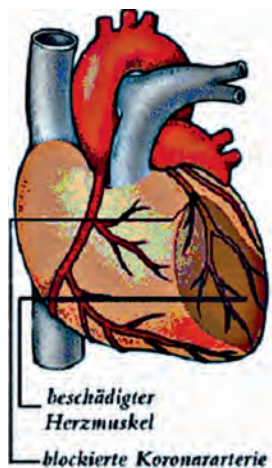


18. L'infarctus du myocarde



Les maladies coronariennes sont l'une des causes de décès les plus fréquentes dans les pays développés. Ces dernières années, le nombre d'infarctus du myocarde a considérablement augmenté dans l'ensemble du monde occidental.

Cette maladie est due à une obstruction des vaisseaux coronaires qui alimentent le muscle cardiaque. Cette obstruction provoque la nécrose d'une partie du muscle cardiaque. La maladie est souvent liée à ce que l'on appelle des facteurs de risque: tension artérielle élevée, tabagisme, hypercholestérolémie, stress.



Plusieurs semaines - voire plusieurs mois - avant l'infarctus proprement dit, la personne ressent des douleurs dans la poitrine lors d'un effort (monter l'escalier, rapports sexuels). Celles-ci sont dues à une obstruction partielle des vaisseaux coronaires. La douleur disparaît de nouveau après l'effort ou la prise de médicaments.

Le signe majeur de l'infarctus du myocarde est une douleur aiguë, pratiquement insupportable, dans la poitrine. La douleur ne disparaît plus après la prise de médicaments, elle irradie généralement dans le bras gauche ou la mâchoire inférieure (éventuellement le cou, le dos ou l'épigastre). Le patient a l'impression que sa cage thoracique est étreinte par une corde. Il éprouve l'angoisse de la mort, il est très anxieux et présente des sueurs froides.

Que faire?

- * Calmer la personne et la faire s'asseoir; ne la laisser faire aucun effort.
- * La demander depuis combien de temps elle éprouve des douleurs, si c'est la première fois et si elle prend déjà des médicaments.
- * Appeler immédiatement le **numéro d'urgence 112**, transmettre les informations dont on dispose afin d'obtenir de l'aide.
- * Surveiller la personne jusqu'à l'arrivée des secours. Chez les personnes atteintes de tels signes, des troubles du rythme cardiaque peuvent apparaître en quelques secondes et risquent d'avoir une issue fatale. Une aide médicale rapide peut sauver la vie de cette personne!
- * En cas de brusque perte de conscience accompagnée d'un arrêt respiratoire, entreprendre les mesures de **réanimation**.



19. L'accident vasculaire cérébral

Un accident vasculaire cérébral (AVC) est une atteinte aiguë du cerveau. La majorité des AVC (85%) sont dus à une obstruction soudaine d'une artère qui alimente une partie du cerveau. Il y a diminution du flux sanguin dans le territoire du vaisseau atteint. Cette partie en manque ne peut plus fonctionner correctement et il y a apparition soudaine de déficits tels que paralysies ou troubles de la sensibilité dont la localisation est fonction de l'endroit du cerveau atteint.

Dans 15% des cas l'origine de l'AVC est une rupture d'un petit vaisseau sanguin intracérébral. Il se produit une hémorragie à l'intérieur du cerveau comme conséquence des déficits, tels que décrits plus haut.

A la base de l'AVC on retrouve souvent l'hypertension, le diabète, le tabac, les hyperlipidémies.

Les principaux signes d'un AVC

Faiblesse musculaire

Un signe typique est l'apparition de faiblesse musculaire au niveau d'une main, d'un avant-bras, d'une jambe, d'une moitié du corps (hémiplégie), de la moitié du visage.

Troubles de sensibilité

Engourdissement ou picotements soudains au visage, bras, jambe.

Troubles de parole

Perte soudaine de la parole ou difficulté de compréhension.

Problèmes de vision

Diminution soudaine de la vue d'un œil, diplopie soudaine.

Autres signes accompagnateurs

Mal de tête soudaine, très intense, inhabituel.

Evolution dans le temps de ces signes

En fonction de l'ampleur et du siège de l'atteinte cérébrale, ces signes peuvent apparaître endéans quelques secondes, mais aussi endéans quelques heures. Les déficits peuvent régresser en partie ; le plus souvent une bonne partie ne régresse pas. Les suites sont des paralysies chroniques ou même la mort.

L'attaque ischémique transitoire

Dans certains cas les signes régressent complètement endéans quelques secondes ou plus lentement, jusqu'à 24 heures. Il s'agit ici d'un accident ischémique transitoire. Le vaisseau atteint n'est que partiellement obstrué, ce qui ne s'accompagne pas de la mort tissulaire de la partie du cerveau atteinte mais provoque seulement un trouble transitoire de son fonctionnement. Dans tel cas une intervention thérapeutique s'impose absolument afin d'éviter un AVC réel.

Le traitement de l'AVC

Un AVC est une situation **urgente absolue**. Appeler immédiatement les secours d'urgence 112 et transmettez vos informations concernant les signes observés. Un traitement d'urgence sur les lieux et un transfert urgent vers un service spécialisé appelé « stroke unit » peuvent préserver une partie du cerveau devant la mort tissulaire et par cela prévenir les séquelles définitives. Des techniques spéciales permettent la réouverture du vaisseau obstrué afin de garder les déficits aussi minimes que possibles. En principe cette intervention doit avoir lieu endéans les 3 premières heures.



20. Réanimation en cas d'arrêt cardio - respiratoire

La réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire

En cas d'arrêt cardio-respiratoire, un manque d'oxygène s'installe dans l'ensemble de l'organisme endéans quelques secondes. Ce manque d'oxygène provoque des lésions d'organes. Le cerveau est extrêmement sensible à un manque d'oxygène. Les premières lésions s'observent au bout de 3 minutes seulement. Quelques minutes plus tard ces lésions entraînent la mort. La restauration des activités respiratoire et circulatoire endéans quelques minutes peut sauver la vie de la victime ou lui éviter des dégâts cérébraux graves.

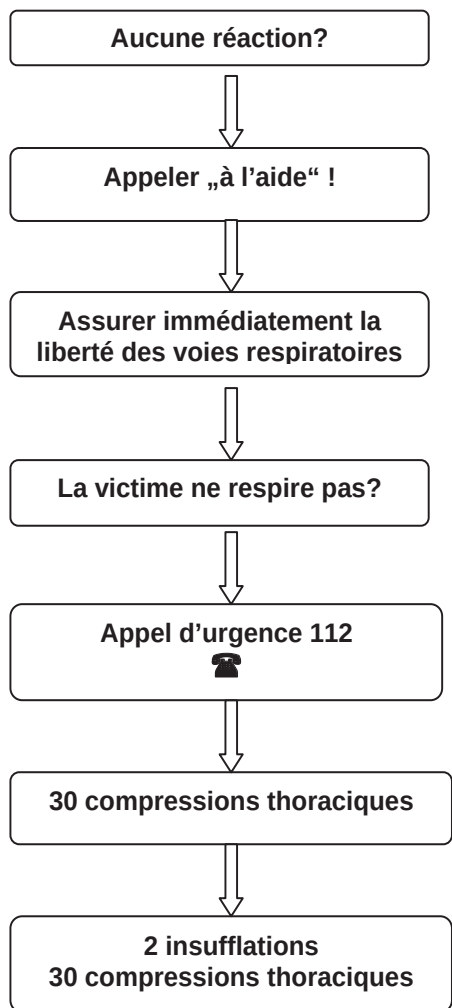
Agir correctement en cas d'arrêt cardio-respiratoire:

Si la victime est inconsciente et ne respire pas, il convient de former immédiatement le numéro d'appel d'urgence 112. Cet appel sert à appeler les équipes de secours, dotées de l'équipement approprié.

Dans pratiquement tous les cas de perte de conscience, combinée à un arrêt respiratoire, on se trouve confronté à un arrêt cardio-circulatoire.

Les mesures de réanimation décrites ci-après servent à maintenir une activité circulatoire et respiratoire jusqu'à l'intervention d'une équipe de secours, capable d'effectuer une défibrillation précoce.

Schéma général de l'action des secours



La victime ne bouge pas

Demander l'aide d'un témoin.

Desserrer ou dégrafer rapidement tout ce que peut gêner la respiration. Ouvrir la bouche et enlever tout corps étranger éventuellement présent.

Après ceci: basculer doucement la tête de la victime en arrière et soulever le menton.



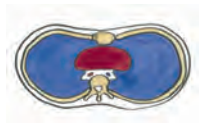
- ☞ aucun souffle n'est perçu?
- ☞ aucun mouvement respiratoire n'est visible?
- ☞ aucun mouvement respiratoire n'est perceptible (poser la main à plat sur le thorax et l'abdomen)?
- ☞ pas de toux?

Ne pas consacrer plus que 10 secondes à la recherche de ces signes de vie (respiration, toux, mouvements). Au cas où la victime est inconsciente et ne montre aucun signe de vie, il faut appeler immédiatement le numéro d'appel d'urgence 112 et commencer ensuite la réanimation cardio-respiratoire.

Pratique de la réanimation cardio-respiratoire

Compressions thoraciques

La victime est **inconsciente et** ne montre **pas de signes de vie** : il faut commencer la réanimation par les compressions thoraciques. Le cœur est comprimé entre sternum et colonne vertébrale. Le sang est ainsi éjecté du cœur dans la circulation irrigant les organes vitaux tel que le myocarde et le cerveau.



- ☞ Le secouriste s'agenouille à côté de la victime couchée sur le dos.
- ☞ La victime doit être étendue sur une surface dure (sol).
- ☞ Le secouriste détermine le point d'appui sur le thorax (centre de la poitrine, respectivement la moitié inférieure du sternum, chez l'adulte et l'enfant au-delà de 8 ans).
- ☞ Placer le talon d'une main au point d'appui.
- ☞ Placer l'autre main au-dessus de la première, étendre les bras.
- ☞ Par des mouvements bien verticaux, enfoncer le sternum de 5 à 6 cm, relâcher ensuite complètement le thorax (rapport des mouvements 1:1).
- ☞ 30 compressions thoraciques à la fréquence de 100-120 compressions par minute.



Ventilation artificielle

Après les 30 compressions thoraciques initiales suivent 2 insufflations par bouche à bouche ou bouche à nez :

- ☞ **30** compressions thoraciques à fréquence de 100-120 par minute.
- ☞ **2** insufflations.

30 : 2

Le bouche à bouche

- ☞ Placer la tête en hyper-extension.
- ☞ Obstruer le nez en le fermant par l'appui de la joue contre les ouvertures ou en le pinçant entre pouce et index.
- ☞ Ouvrir légèrement la bouche de la victime.
- ☞ Le secouriste inspire profondément et applique sa bouche largement ouverte autour de la bouche de la victime en appuyant fermement.
- ☞ Insuffler avec précaution tout en observant la poitrine de la victime se soulever.
- ☞ Le secouriste se redresse légèrement pour reprendre son souffle en tournant la tête pour voir s'affaïsser la poitrine de la victime



Le bouche à nez

- ☞ Placer la tête en hyper-extension.
- ☞ Fermer la bouche de la victime en soulevant le menton et le pouce appliquant la lèvre inférieure contre la lèvre supérieure.
- ☞ Le secouriste inspire profondément et applique sa bouche largement ouverte autour du nez de la victime.
- ☞ Insuffler progressivement par le nez de la victime en observant sa poitrine se soulever.
- ☞ Le secouriste se redresse légèrement pour reprendre son souffle en tournant la tête pour voir s'affaïsser la poitrine de la victime.

Remarques :

Particularités de la réanimation d'enfants en-dessous de 8 ans.

Pour les enfants en-dessous de 8 ans, on commence la réanimation toujours par la respiration artificielle.

Le point d'appui est:

- ☞ le milieu du thorax chez l'enfant,
- ☞ le sternum en-dessous d'une ligne fictive reliant les deux mamelons chez le nouveau-né.

Le rapport entre compressions thoraciques et insufflations est de **30 : 2**; la fréquence des compressions thoraciques est de 100 par minute.

Pour les enfants entre 1 et 8 ans les compressions thoraciques sont à réaliser moyennant **une seule** main et en enfonçant le thorax de **5 cm**.

Pour les enfants de moins d'un an, les compressions thoraciques se font moyennant **deux doigts**, en enfonçant le thorax de **4 cm**.

La profondeur des compressions correspond à 1/3 de la hauteur du thorax.

La ventilation artificielle des nourrissons se fait en insufflant par la bouche et le nez simultanément.

Pendant combien de temps doit-on prolonger les mesures de réanimation?

Les mesures de réanimation se prolongent jusqu'à:

- ☞ ce qu'on constate des mouvements respiratoires ou d'autres signes de vie (lavictime inconsciente est alors à placer en position latérale de sécurité).
- ☞ l'arrivée des services de secours qui prennent alors la relève des mesures de réanimation.

Lorsque plusieurs secouristes sont présents sur le site de l'incident, ils se relayent toutes les deux minutes.

Le coup de poing précordial



Le coup de poing précordial est une mesure étendue de réanimation qui peut contribuer à remédier à des troubles du rythme cardiaque, comme une fibrillation ventriculaire par exemple. Il s'agit d'un puissant coup de poing administré de 20 à 30 cm de distance, sur le milieu du thorax. Cette mesure est à pratiquer en cas d'arrêt cardio-circulatoire fraîchement observé. Cette mesure n'est pas à appliquer chez les enfants et les nourrissons.

La défibrillation automatisée externe (D.A.E.)

La fibrillation ventriculaire

Dans les pays dits développés, la mort subite par arrêt cardiaque est l'une des causes de décès les plus fréquentes. Observée dans toutes les tranches d'âge, la mort par arrêt cardiaque peut survenir également chez des personnes assez jeunes, et ce partout : à la maison, pendant le sport, au supermarché... Souvent, la mort subite par arrêt cardiaque est la conséquence dramatique d'un infarctus du myocarde.

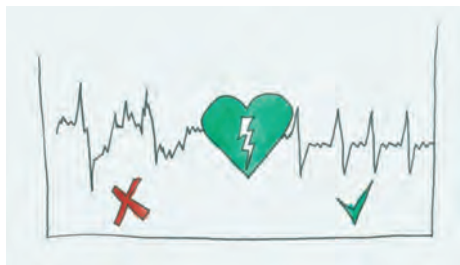
Quant à la cause directe de la mort subite par arrêt cardiaque, il s'agit le plus souvent d'un trouble du rythme cardiaque :

- **La fibrillation ventriculaire :** elle consiste en une contraction désordonnée du myocarde survenant simultanément en un grand nombre d'endroits ; elle ressemble à un tremblement désordonné du cœur. Ce mouvement empêche l'éjection du sang dans la circulation, réduisant à zéro la capacité de pompage du cœur.
- **La tachycardie ventriculaire :** le myocarde se contracte en plusieurs étapes, toutefois, la vitesse de contraction est beaucoup trop élevée : 200 - 300 contractions par minute au lieu de 70 ; le cœur ne peut se remplir de sang, empêchant ainsi l'éjection du sang dans la circulation. Le résultat est le même que pour la fibrillation ventriculaire.

Dans les deux cas, le pouls n'est pas perceptible et le sang n'est plus pompé ! Si cette situation est due le plus souvent à une maladie interne du myocarde, elle peut également être causée par une décharge électrique extérieure (prise de courant, foudre).

Le mode de fonctionnement du défibrillateur

Si l'on veut influencer le mouvement du myocarde de l'extérieur de manière à ce que ses contractions se fassent à nouveau de manière régulière et au rythme prévu, la défibrillation constitue à la fois la meilleure et la seule solution : elle consiste à faire passer à travers le myocarde une impulsion électrique rétablissant son activité électrique et permettant le déroulement régulier de celle-ci. Conçus pour être utilisés par des non-professionnels, les défibrillateurs modernes appelés défibrillateurs automatisés externes (D.A.E.) sont capables de reconnaître les deux types de troubles du rythme qui viennent d'être décrits. Ils n'émettent l'impulsion que lorsque le patient présente effectivement un de ces troubles du rythme.



Le facteur temps

Lorsque le sang n'est plus pompé à travers le corps, des organes vitaux ne tardent pas à souffrir d'un manque aigu d'oxygène. Le cerveau étant un organe particulièrement sensible, les premières lésions cérébrales apparaissent au bout de trois minutes et à chaque minute qui passe, les chances de survie du patient diminuent de 7 à 10%.

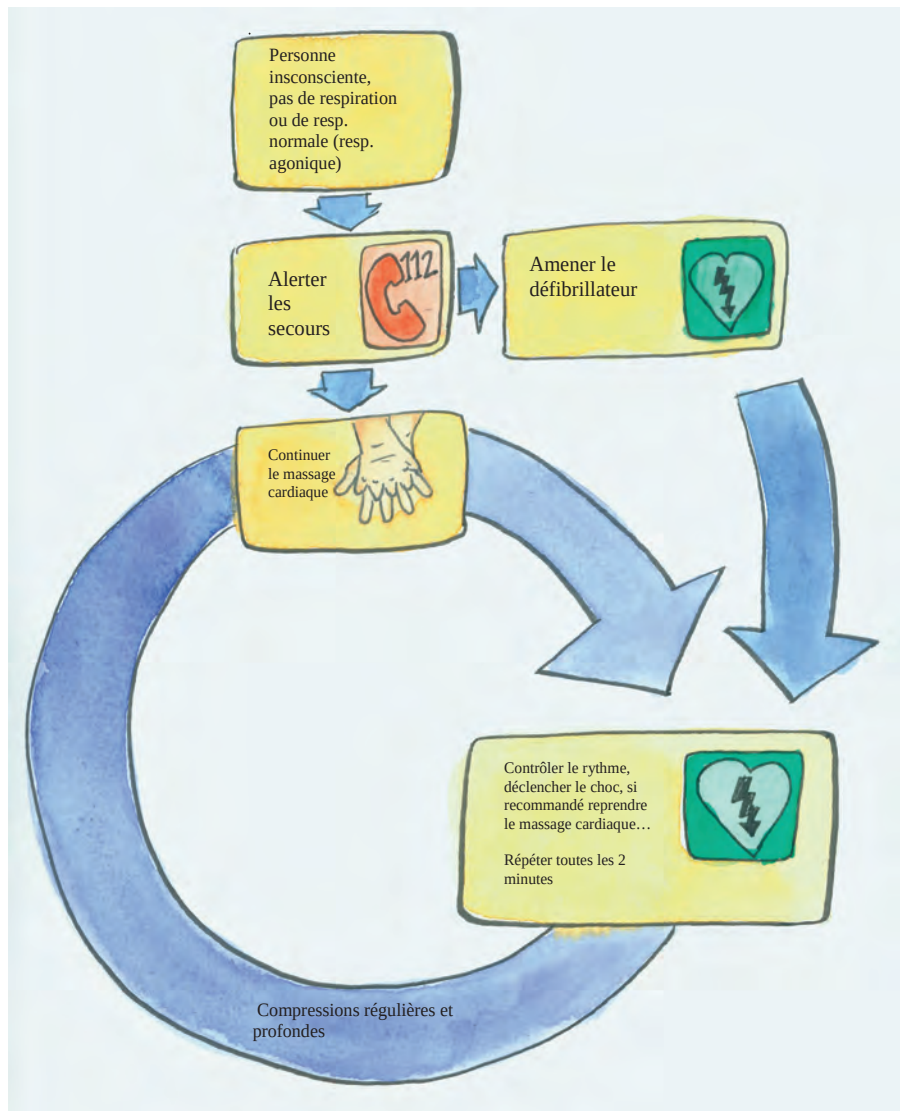
La réanimation – une tâche à la portée de tous

Il importe dès lors d'agir rapidement et de prendre, avant l'arrivée de l'ambulance, les mesures nécessaires pour éviter ou limiter au minimum les lésions provoquées par le manque d'oxygène. Seules les personnes déjà présentes sur place sont en mesure d'effectuer les tentatives de réanimation nécessaires avant qu'il ne soit trop tard.

La réanimation comporte les éléments suivants :

- Le massage cardiaque externe.
- La défibrillation au moyen d'un défibrillateur automatisé externe (D.A.E.), soit semi-automatique (D.S.A.).

Algorithme



Les différentes étapes de l'utilisation du D.A.E.

Le patient n'est pas lucide!!



Si nécessaire éloigner le patient de la zone de danger



Assurer la liberté des voies respiratoires (mettre la tête en hyper-extension)



Absence de respiration ou de respiration normale (respiration agonique)

Alerter les services de secours
et
aller chercher le défibrillateur ou
demander à un tiers d'aller le chercher

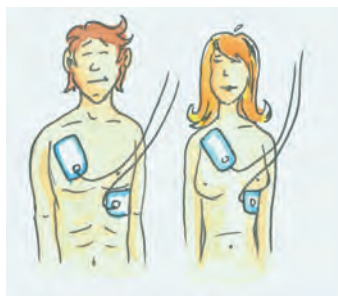


Commencer sans tarder le massage cardiaque externe.
Effectuer des compressions d'au moins 5 cm.
Effectuer un minimum de 100 et un maximum de 120 compressions par minute.
Après chaque compression, relâcher complètement la pression exercée sur la cage thoracique.

(si vous disposez de la formation nécessaire : pratiquer 2x la respiration artificielle après 30 compressions ; continuer ensuite au rythme 30:2)

Le défibrillateur arrive :

- Mettre l'appareil en marche
- Coller les électrodes sur le thorax nu (essuyer éventuellement le thorax, enlever les poils s'ils sont trop abondants)
- Brancher le câble de raccordement au D.A.E.
- Suivre les instructions du D.A.E.
- Ne pas toucher le patient durant le diagnostic effectué par le D.A.E.



Avertir les personnes présentes avant de déclencher le choc électrique ;
 ne pas toucher le patient



Après le choc : reprendre immédiatement le massage cardiaque externe
 (suivre les instructions du D.A.E.)

Lorsque le patient respire et
 que le pouls est perceptible :
 placer le patient en position latérale
 de sécurité.



Attention !

Ne pas déclencher de choc :



En cas de danger d'explosion ou d'incendie.
Dans un endroit humide ou à proximité de l'eau (piscine).



Lorsque le patient est allongé sur un objet conducteur d'électricité
(fer, aluminium, autres métaux).
À proximité immédiate de bouteilles d'oxygène.

Particularités à observer :

- Enlever les patchs si nécessaire.
- Lorsque le patient porte un stimulateur cardiaque, coller les électrodes à quelques centimètres du stimulateur.



21. Les problèmes causés par la chaleur

L'organisme humain a besoin d'une température interne constante d'environ 37 degrés pour pouvoir fonctionner correctement. Lors d'un apport accru de chaleur - extérieur (température ambiante, rayons du soleil) ou intérieur (travail musculaire) - des mécanismes de régulation interviennent automatiquement afin de maintenir la température.

- * Grâce à une production plus importante de sueur, l'énergie calorifique est extraite du corps, sous forme d'une déperdition de chaleur par évaporation.
- * Un rayonnement thermique accru se produit via la dilatation des vaisseaux sanguins périphériques et l'augmentation concomitante du flux sanguin périphérique.

Si ces mécanismes de compensation ne sont pas suffisants, une accumulation de chaleur se produit dans notre corps et risque de provoquer des lésions dues à la chaleur, à des degrés variables.

Mesures préventives afin d'éviter les lésions dues à la chaleur:

Les personnes souffrant d'une insuffisance cardiaque et circulatoire, les jeunes enfants et les personnes âgées devraient éviter toute exposition excessive au soleil.

Les pertes de liquides, imputables à une production accrue de sueur, à des vomissements et à de la diarrhée, doivent être compensées à temps et de façon adéquate.

Lésions dues à la chaleur

Insolation

Cause:

Irradiation continue du soleil sur la tête et le cou non couverts.



Conséquence:

Cette irradiation entraîne une surchauffe au niveau du crâne. Les méninges et le cerveau peuvent enfler légèrement.

Signes:

La personne victime d'une insolation a le visage écarlate, souffre de maux de tête, de vertiges, présente une raideur de la nuque, des nausées et des vomissements.

Danger:

Les nourrissons, les jeunes enfants et les adultes dotés d'une chevelure peu abondante sont particulièrement exposés. Dans des cas extrêmes, une insolation peut être mortelle.

Premiers soins:

Mettre immédiatement la personne dans un endroit non exposé au soleil. L'étendre avec la tête légèrement surélevée. Placer des compresses froides sur le front et la nuque.

**Épuisement dû à la chaleur****Cause:**

L'épuisement dû à la chaleur compte parmi les formes les plus graves des lésions dues à la chaleur. Il apparaît lorsque la personne a consenti des efforts physiques majeurs par un temps de grande chaleur, sans veiller à absorber suffisamment de liquide.

Conséquence:

Le fait de transpirer abondamment entraîne une perte importante d'eau et de sels. L'organisme devient alors incapable de régler sa température interne.

Signes:

La victime s'écroule brutalement, faible et épuisée. La peau est livide et froide, le pouls est rapide et faible. Transpiration abondante, nausées, bouche sèche, forte sensation de soif, vertiges et éblouissements.

À un stade ultérieur, un état de choc prononcé apparaît. Par contre, la température corporelle est normale ou légèrement plus élevée. À un stade avancé, l'hébétéude initiale peut déboucher sur des troubles de la conscience allant jusqu'à la perte de conscience.

L'épuisement dû à la chaleur peut avoir une issue fatale si la surcharge thermique n'est pas interrompue lorsque les premiers signes se manifestent et si des mesures de secours ne sont pas mises en œuvre.

Premiers soins:

Allonger la personne dans un endroit frais. La couvrir légèrement si elle frissonne. Dans les cas de faible gravité où la personne ne présente pas de signes de choc ni de troubles de la conscience, il faut lui faire boire immédiatement du liquide contenant des électrolytes (limonade électrolyte). Dans les cas sévères, une aide médicale urgente est indispensable.



Coup de chaleur

Cause:

Le coup de chaleur représente le trouble le plus grave de la régulation thermique du corps humain. Il est dû à une accumulation de chaleur dans le corps.

Une chaleur étouffante accompagnée par une humidité atmosphérique élevée et des vents faibles, des vêtements peu pratiques et imperméables à l'air, ainsi qu'un surmenage physique sont autant de facteurs susceptibles de provoquer un coup de chaleur.

Conséquence:

Il en résulte une accumulation thermique croissante, accompagnée d'une hausse extrême de la température corporelle: le corps ne parvient pas à éliminer suffisamment de chaleur parce que la sécrétion de sueur est fortement entravée.

Signes:

Brusque diminution de la sécrétion de sueur alors que la température ambiante est élevée - peau sèche, chaude - maux de tête - vertiges et impression de faiblesse - nausées - visage écarlate - température corporelle supérieure à 40°C.

Des signes prononcés d'état de choc se développent rapidement. Le pouls et la respiration s'accroissent sensiblement. L'infiltration œdémateuse du cerveau entraîne des spasmes et des troubles de la conscience, qui peuvent aller jusqu'à la perte de conscience.

Premiers soins:

Si la personne est consciente, l'étendre avec la tête surélevée dans un endroit frais. Défaire ses vêtements. Si possible, laver le corps à l'eau froide ou appliquer au moins des compresses froides et humides, qui doivent être renouvelées fréquemment.



22. Les intoxications



Diverses substances chimiques, végétales et bactériologiques peuvent occasionner des lésions dans l'organisme. On parle alors d'intoxication. Ces substances peuvent pénétrer dans l'organisme de différentes façons:

- par les voies digestives (ingestion),
- par les voies respiratoires (inhalation),
- directement dans la circulation sanguine (injection),
- par la peau.

1. Remarques générales

Certains signes généraux peuvent signaler une intoxication:

nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales soudaines et crampoïdes, maux de tête, vertiges, agitation, troubles de la conscience pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, troubles respiratoires pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la respiration, accélération ou ralentissement du pouls.

Les emballages de médicaments, les restes de substance toxique, une lettre d'adieu, des témoins permettent souvent d'obtenir des renseignements utiles.

2. Mesures générales

La plupart des intoxications graves perturbent les fonctions vitales. Deux règles de base doivent être retenues:

1. Maintenir la respiration.
2. Maintenir l'activité circulatoire et cardiaque.

Les emballages et les restes de substance toxique sont remis à l'hôpital.

On peut soutenir la victime à vomir, sans toutefois provoquer les vomissements.

3. Absorption de poison par les voies digestives

Les produits d'entretien ménagers et industriels sont une cause fréquente d'intoxication. Ils provoquent souvent des douleurs très vives dans la région buccale et des troubles de la déglutition. Ils peuvent perforer l'estomac ou l'intestin et entraîner des brûlures par acide extrêmement graves au niveau de l'œsophage. Les détergents peuvent provoquer une formation massive de mousse, ce qui risque d'entraîner le décès par étouffement de la victime, surtout chez les enfants.

Une mesure spécifique consiste à administrer un médicament antimousse en cas d'absorption de détergents: ces médicaments sont délivrés en pharmacie et empêchent la formation de mousse s'ils sont administrés rapidement après l'ingestion du poison producteur de mousse.

En cas d'ingestion de plantes, de baies et de champignons, les premiers signes n'apparaissent généralement qu'au bout de quelques heures: confusion, crampes, envie de vomir, visage écarlate, état d'ivresse, troubles du rythme cardiaque. Les premiers soins consistent essentiellement à assurer le maintien des fonctions vitales. Dans ce cas, il est particulièrement important de déterminer avec précision le poison ingéré afin de pouvoir prendre les contre-mesures appropriées.

Les insecticides provoquent une production accrue de salive, de l'écume à la bouche (souvent de l'écume bleuâtre), des crampes et des paralysies. **Attention!** Il s'agit de poisons de contact qui risquent également de mettre le secouriste en danger. En cas d'arrêt respiratoire, dans cette situation, la réanimation respiratoire doit exclusivement être assurée à l'aide d'un équipement spécifique.

Les aliments avariés. Dans les cas de faible gravité, ils peuvent provoquer des vomissements et de la diarrhée. Dans les cas plus sévères, ils peuvent occasionner une déshydratation générale de la victime. Les bactéries de la famille des salmonelles présentes dans des aliments ayant fait l'objet d'une préparation inadéquate sont fréquemment incriminées. Elles provoquent de fortes diarrhées, qui ne constituent cependant un danger que pour les jeunes enfants, les personnes âgées et les individus affaiblis.

L'intoxication due à la toxine du botulisme est une intoxication très dangereuse, souvent mortelle. Si les aliments contaminés sont emballés hermétiquement, la bactérie du botulisme peut produire une neurotoxine paralysante, qui s'avère mortelle à des quantités extrêmement réduites. La bactérie se caractérise par une odeur nauséabonde et la formation de gaz (boîtes ou emballages gonflés) et entraîne des paralysies (diplopie). Seul un traitement spécifique est efficace en cas d'intoxication. La prévention reste la meilleure protection!

Les **stupéfiants et les médicaments** sont souvent à l'origine des situations d'urgence rencontrées aujourd'hui. L'alcool, les drogues et les médicaments peuvent - en fonction de la quantité absorbée – provoquer une agitation pouvant aller jusqu'à la paralysie et l'arrêt respiratoire. Cette intoxication doit toujours être prise au sérieux car elle peut s'aggraver rapidement. Il est impératif de surveiller attentivement la respiration et la circulation, en plaçant éventuellement la victime dans la position latérale de sécurité.

4. Absorption de poison par les voies respiratoires (inhalation)

Les gaz, vapeurs et brouillards s'infiltrent dans notre corps via les poumons. Dans pareil cas, le secouriste doit accorder la priorité à une évacuation immédiate de la victime en dehors de la zone de danger, en assurant toutefois sa sécurité personnelle.

L'intoxication par le monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz inodore, insipide et incolore. Nos organes sensoriels ne nous permettent donc pas de percevoir le monoxyde de carbone.

Le monoxyde de carbone est un peu plus léger que l'air, il peut dès lors se répartir de façon très variable et imprévisible dans une pièce. Le monoxyde de carbone est un gaz inflammable. Sa combustion peut se produire sous forme d'explosion.

Formation du monoxyde de carbone "CO" (sources de l'intoxication)

Le monoxyde de carbone se forme lors de la combustion incomplète d'une substance organique. Le monoxyde de carbone peut se former partout où des matières organiques (bois, charbon, mazout, papier, gaz liquide, etc.) sont brûlées sans qu'il y ait un apport suffisant en oxygène.

Dans les habitations, le CO est le "poison domestique" le plus dangereux, qui peut se répandre dans les pièces via des cheminées défectueuses ou obstruées, des poêles à feu continu, des installations de cheminées non étanches, des salles de bains mal ventilées, etc.



Les gaz d'échappement des moteurs à essence représentent une autre source de danger. En ce qui concerne les produits de consommation de masse, le monoxyde de carbone est présent dans la fumée de cigarette, qui peut contenir jusqu'à 1 % de CO.

Mécanisme d'intoxication:

Le CO est un poison sanguin extrêmement puissant. Le monoxyde de carbone présente une affinité de 200 à 300 fois plus élevée pour l'hémoglobine que l'oxygène (hémoglobine = colorant rouge du sang = moyen de transport de l'oxygène). Le CO inhibe la fixation de l'oxygène à l'hémoglobine des globules rouges, ce qui entraîne progressivement une grave insuffisance en oxygène dans le corps.

Signes d'intoxication:

Au début, maux de tête au niveau du front et de la région temporale, vertiges, palpitations et essoufflement - même si les mouvements sont limités.

En cas d'intoxication aiguë: nausées, envie de vomir, parfois des vomissements. Troubles sensoriels tels que bourdonnements d'oreilles et éblouissements. État d'ivresse, la victime perd toute capacité de discernement et de détermination.

Généralement: **teint rouge clair**, respiration accélérée et superficielle, dilatation pupillaire changeante, absence de réaction à la lumière, contractions musculaires et crampes, accélération du pouls, perte de conscience, œdème pulmonaire, troubles respiratoires, paralysie respiratoire et, finalement, arrêt circulatoire.

Lorsque les concentrations en CO sont très élevées, l'intoxication peut entraîner rapidement la mort de la victime sans signe préalable, en raison d'une perte de conscience subite, d'une paralysie respiratoire et d'un arrêt circulatoire.

Premiers soins:

Lors de l'intervention sur le lieu de l'accident, la mesure la plus importante consiste à emmener immédiatement la victime à l'air frais, hors de la zone de danger.

Il est impératif de penser à sa propre sécurité! Pour évacuer la victime hors de la zone de danger, les secouristes doivent absolument utiliser des appareils respiratoires isolants. C'est la raison pour laquelle il faut appeler sur-le-champ le numéro d'appel d'urgence 112 afin d'alerter des unités de secours formées à cet effet.

Éviter toute formation d'étincelles! Risque d'explosion!

En cas d'arrêt respiratoire ou circulatoire, entreprendre immédiatement des mesures de réanimation. Administrer de l'oxygène le plus rapidement possible. L'oxygène est le seul moyen utile en cas d'intoxication par le CO.

Important:

Étant donné qu'il existe un risque d'affections ultérieures ou de dommages à long terme sur les plans nerveux et cérébral, les victimes d'une intoxication par le CO doivent toujours se soumettre à un examen médical, même si elles sont apparemment en bonne santé. Cette règle vaut également en cas d'intoxications légères.

L'intoxication par le dioxyde de carbone (CO₂)

Le dioxyde de carbone est un gaz incolore, insipide et inodore, que nous ne pouvons percevoir par le biais de nos organes sensoriels; il est présent en faibles quantités (0,03 vol. %) dans l'atmosphère terrestre.



Le CO₂ est 1,5 fois plus lourd que l'air; il s'accumule dès lors au niveau du sol et prend la place de l'oxygène. Il forme ce que l'on appelle des "mers de CO₂" dans les renforcements.

Nos organes sensoriels ne nous permettent pas de détecter un manque d'oxygène.

Prévention :

Le CO₂ est le produit final de la combustion complète de matières organiques et se trouve donc naturellement dans les gaz résiduels de la combustion.

Le CO₂ n'est pas inflammable.

En tant que gaz naturel, le dioxyde de carbone est présent dans les mines, les excavations, les puits, les cavernes, etc.

Le CO₂ se forme lors du processus de fermentation et est donc présent dans les caves vinicoles, les brasseries, les fosses à purin et autres endroits similaires. On trouve des concentrations en CO₂ élevées dans les silos d'aliments pour animaux et les silos à grains.

Le dioxyde de carbone apparaît comme un produit du métabolisme chez de nombreux organismes vivants.

Signes d'intoxication:

Lorsque les concentrations en CO_2 varient entre 6 et 8 vol. %, on note d'abord une respiration plus profonde et accélérée. Après s'installent: transpiration abondante, sentiment d'angoisse, bourdonnements des oreilles, maux de tête, accélération du pouls et palpitations.

Si les concentrations sont plus importantes, la personne souffre rapidement de vertiges, d'une impression de faiblesse et d'agitation, ainsi que de contractions comparables à des crampes; il en résulte finalement une perte de conscience, puis un arrêt respiratoire et circulatoire. Des concentrations en CO_2 de 20 vol. % (dans les silos d'aliments pour animaux, par ex.) entraînent la mort immédiate. En quelques secondes, elles provoquent une paralysie totale des centres vitaux essentiels, sans espoir de réanimation. Les personnes intoxiquées par le CO_2 présentent une couleur de **peau bleuâtre**.

Premiers soins:

Pour évacuer la victime en dehors de la zone de danger, les secouristes doivent impérativement utiliser des appareils respiratoires isolants. C'est la raison pour laquelle il faut appeler sur-le-champ le numéro d'appel d'urgence 112, afin d'alerter des unités de secours formées à cet effet.

Si la victime respire encore:

Air frais ou inhalation d'oxygène si disponible.

En cas d'arrêt respiratoire et circulatoire:

Entamer immédiatement les mesures de réanimation.

5. Absorption de poison par la peau

Ce sont surtout les substances liposolubles, tels certains insecticides, qui peuvent entraîner des intoxications mortelles par absorption cutanée. Ôter immédiatement les vêtements contaminés et laver soigneusement la peau, si possible sous l'eau courante et avec du savon. Protection personnelle !

Les piqûres d'insectes sont un autre type d'absorption de poison par la peau. Elles sont généralement inoffensives mais provoquent souvent des douleurs ou des démangeaisons. Les personnes hypersensibles peuvent développer des réactions allergiques qui, en fonction de l'intensité de la réaction, risquent d'entraîner une situation dramatique - choc anaphylactique ou problèmes respiratoires.



6. Les urgences liées à la consommation de drogues

La plupart des urgences liées à des surdoses de drogues sont dues à des intoxications mixtes par plusieurs drogues. En plus, les crises convulsives, les réactions allergiques et les états d'agitation constituent des urgences fréquentes liées à la consommation de drogues.

Lorsqu'un toxicomane est privé pendant une durée prolongée de la drogue dont il a besoin, il présente au bout de quelques heures des symptômes de manque dramatiques.

Héroïne :

Symptômes de manque :

Dilatation pupillaire, envie extrême de consommer de l'héroïne, douleurs au niveau des membres, du ventre et du tronc, tremblements, sueurs froides, diarrhée, anxiété

Surdose d'héroïne :

Rétrécissement des pupilles (en tête d'épingle), agitation, vertiges, vomissements, convulsions, perte de conscience, paralysie respiratoire

Cocaïne :Symptômes de manque :

Angoisses, dépressions, insomnie, épuisement, léthargie, irritation, vomissements, diarrhée, palpitations et crises d'étouffements

Surdose de cocaïne :

Tremblements, convulsions, nausées et vomissements, crises d'hypertension (rougissement du visage), troubles du rythme cardiaque, collapsus cardiovasculaire, hallucinations, angoisses, délires de persécution, perte de conscience, arrêt respiratoire, arrêt cardiaque

Crack :

(modification chimique de la cocaïne ; uniquement destinée à être fumée ; effet violent)

Symptômes de manque :

Nausées, manque d'appétit, accès de toux, enrouement, vertiges, tremblements, insomnie, dépressions, angoisses

Surdose de crack :

Troubles de la coordination, tremblements, convulsions, perte de conscience, arrêt respiratoire, arrêt cardiaque, crise d'hypertension avec hémorragie cérébrale, hyperthermie avec collapsus cardiovasculaire

Cannabis :Symptômes de manque :

Troubles légers du sommeil, agitation intérieure

Surdose de cannabis :

Tachycardie, hypothermie, insensibilité à la douleur, raideurs et troubles de la coordination, conjonctivites, larmoiement, toux, maux de tête, nausées et vomissements, crises d'étouffements et symptômes de choc, hallucinations, troubles de l'orientation dans l'espace et le temps, alternance rapide de sentiments positifs et négatifs, angoisses sévères



Premiers soins:

Il est impossible à un non professionnel d'apprécier correctement une situation d'urgence liée à la consommation de drogues. Il faut dès lors toujours faire appel à un médecin.

Contrôler la respiration, libérer le cas échéant les voies respiratoires.

En cas de perte de conscience, placer la personne en position latérale de sécurité.

Tenir au chaud la personne (couverture).

Ne rien donner à boire (risque d'avaler de travers).

En cas de crises convulsives, veiller à ce que la personne ne se blesse pas.

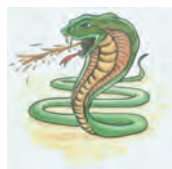
En cas de panique et d'hyperventilation, emmener la personne dans un endroit tranquille et la calmer.

Le *shake*

Le *shake* est une sorte de réaction allergique aux additifs contenus dans les drogues ou à un manque d'hygiène des ustensiles utilisés pour la consommation de drogues. Intervenant normalement 10 à 30 minutes après la dernière dose consommée, le *shake* se manifeste par des crises de tremblement, une forte agitation, s'accompagnant le cas échéant d'une respiration nerveuse et de rougeurs ou de la formation de vésicules sur la peau.

Calmez la personne, expliquez-lui comment respirer correctement et enveloppez-la dans une couverture chaude.

7. Premiers soins en cas de morsure de serpent :



La plupart des serpents ne sont pas venimeux, ce qui, toutefois, ne les empêche pas de mordre. Au Luxembourg, il n'y a pas de serpents indigènes dont les morsures comportent des risques sérieux !

En plus, même les serpents venimeux n'injectent pas forcément leur venin en se défendant.

Les effets du venin peuvent, selon l'espèce du serpent en cause, être les suivants :

- neurotoxine : tremblements, étourdissement, douleurs
- tachycardie
- gonflement
- hémorragies internes
- décomposition de tissus

Mesures à prendre:

1. Calmer la victime: angoisse et panique accélèrent la diffusion du venin dans le corps.
2. Soigner la morsure: nettoyer la morsure prudemment avant de la recouvrir d'un pansement stérile; en cas de morsure à la main: enlever la montre et les bijoux, car la morsure est normalement suivie d'un fort gonflement.
3. Immobiliser les membres concernés (attelle): éviter tout mouvement afin de limiter au minimum la circulation sanguine.
4. Refroidir la morsure à l'aide d'une compresse froide ou d'une vessie de glace.
5. En cas de morsure par un serpent dont on sait qu'il est extrêmement venimeux (cobra, serpent corail, vipère de Russel, serpent à sonnettes), on peut essayer de ralentir davantage la circulation sanguine dans la zone concernée:

Fixer un bandage élastique en amont de la morsure, ce qui permet de réduire la circulation veineuse et de bloquer le drainage lymphatique. Toutefois, il ne faut en aucun cas bloquer la circulation artérielle (le pouls doit rester perceptible !!).

6. Transport: en position allongée: la victime ne doit pas faire de mouvement : en effet, il faut éviter tout effort afin de limiter au minimum l'action de pompage du cœur et le déplacement du sang dans l'appareil circulatoire.
7. L'espèce de serpent: elle est importante pour le choix du traitement par le médecin: mémoriser dans la mesure du possible la taille du serpent, la forme de sa tête et de ses yeux, sa couleur et le dessin de sa peau.
8. Les cobras cracheurs: ils peuvent projeter leur venin avec précision dans les yeux de la victime à une distance de trois mètres: rincer les yeux immédiatement à l'eau.

Premiers soins en cas de piqûre de scorpion: prendre les mêmes mesures qu'en cas de morsure de serpent.



23. Soulever les malades et les blessés

Seuls des exercices pratiques permettent d'apprendre et de maîtriser parfaitement les différentes techniques destinées à soulever des blessés et des malades.

Quelques principes sont à respecter:

1. Avant de soulever la personne, surtout si celle-ci a un poids élevé, vérifiez toujours si le nombre d'aides est suffisant. Il faut au moins trois à quatre personnes pour déplacer correctement un malade ou un blessé.
2. Soulevez toujours la personne en partant de la position accroupie, avec les genoux fléchis. Soulevez-la avec la colonne vertébrale droite. Une mauvaise position - le dos est plié et non les jambes - risque d'occasionner des dommages à votre colonne vertébrale.
3. Lorsque la situation le permet, veillez à saisir le blessé du côté non blessé pour le soulever.
4. Lorsque l'on soulève une personne, toutes les manipulations doivent être effectuées simultanément. Des ordres précis sont donc indispensables. Une mauvaise coordination des mouvements génère des chocs et de l'angoisse chez le malade ou le blessé, ce qui peut aggraver son état. Pour le secouriste, le risque de subir des dommages lors de l'opération de levage est en outre accru.
5. Dans la mesure du possible, la manœuvre de levage doit se faire avec la coopération de la personne concernée.



Editeur :

Administration des services de secours, avec autorisation du
Ministre de la Santé et du Ministre de l'Intérieur.

(Edition 2012)

Images :

Georges KROMBACH

Photos :

John GASPARD, Frank BAULER

Textes :

Norbert HORPER

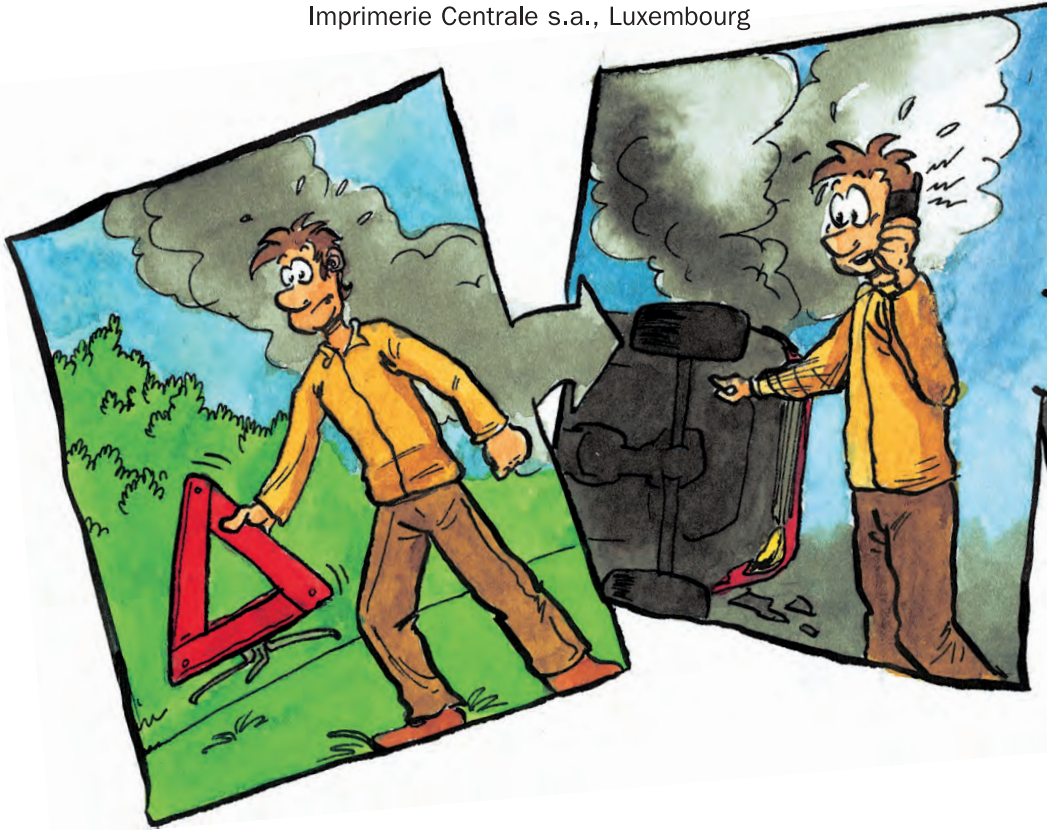
Christiane OTH - GALLION

Dr. Pierre WEICHERDING

Frank BAULER

Impression :

Imprimerie Centrale s.a., Luxembourg



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Administration des services de secours