

A photograph of two boats docked at a pier. The boat on the left is blue and white, and the boat on the right is white. Red buoys are visible between the boats. The water is calm, reflecting the boats and buoys. The background shows a hilly shoreline with trees.

La formation des
secouristes
en milieu de travail

**Secteur
maritime**

You    

Parce que le Québec a besoin
de tous ses travailleurs

www.csst.qc.ca/secourisme

CSST



La formation des
secouristes
en milieu de travail

Secteur maritime

Ce document est réalisé par la Direction générale de la prévention-inspection et du partenariat, en collaboration avec la Direction des communications et des relations publiques et :

Daniel Lefrançois, M.D., DLF consultant en soins d'urgence inc.;

Michèle Mainguy, Formatys ;

Mathieu Vachon, Garde côtière canadienne.

Illustrations :

Ronald DuRepos

Préresse et impression :

Division de l'imprimerie

Direction des ressources matérielles

Reproduction autorisée avec mention de la source.

© Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2013

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-550-68007-9 (version imprimée)

ISBN 978-2-550-68008-6 (PDF)

Juin 2013

Pour obtenir les informations les plus à jour,
consultez notre site Web au :

www.csst.qc.ca/secourisme.

Table des matières

Introduction.....	5
Approche utilisée pour l'intervention	6
Évaluation de la situation	11
Évaluation clinique : problème médical et problème traumatique	14
Altération de l'état de conscience.....	15
Arrêt cardiorespiratoire.....	16
Hypothermie	21
Brûlures.....	25
Hémorragie.....	27
Traumatismes à la colonne vertébrale.....	29
Traumatismes aux extrémités	30
Soins aux rescapés	32
Réglementation	36
Trousse de premiers soins et pharmacie.....	40
Références	43

Introduction

Depuis 1997, Transports Canada exige que tous les titulaires de brevets et de certificats aient suivi un cours de premiers soins en mer.

Au Québec, selon la réglementation appliquée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), il faut assurer la présence, en tout temps, de secouristes sur les lieux de travail.

Le présent document constitue un **complément au manuel de référence *Secourisme en milieu de travail*** et a pour objet de répondre aux exigences du gouvernement fédéral quant aux éléments à aborder au cours d'une formation de secourisme en mer (16 heures).

La formation des secouristes en milieu de travail – secteur maritime, adaptée par la CSST pour satisfaire aux exigences de Transports Canada, est conforme aux règlements fédéral et provincial suivants : le *Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime* et le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins. La CSST considère qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre ces deux règlements et que les obligations qui y sont prévues sont similaires ou complémentaires.

Le contenu des troussees de premiers soins doit satisfaire aux exigences du *Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime* et du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins.

Approche utilisée pour l'intervention

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé «Approche utilisée pour l'intervention».

PROTECTION ET DÉSINFECTION

Il est suggéré de porter des gants de nitrile plutôt que des gants de latex. Les gants de nitrile sont plus épais et protègent mieux les intervenants. Ils causent également moins de réactions allergiques.

ASSISTANCE MÉDICALE PAR RADIO

Renseignements préalables à recueillir dans les cas de problèmes médicaux

À propos du navire

- Nom du navire;
- Lettres d'appel;
- Cap, vitesse et position;
- Port de destination et heure prévue de l'arrivée;
- Port le plus proche et heure prévue de l'arrivée;
- Autre port envisagé et heure prévue de l'arrivée;
- Conditions météorologiques locales.

À propos de la victime

- Nom;
- Fonction à bord;
- Âge et sexe.

À propos du problème médical

- Description du problème principal;
- Précisions au sujet des plaintes initiales (apparition, évolution);
- Description des signes et des symptômes liés aux plaintes principales.

Antécédents familiaux et médicaux de la victime

- Médicaments pris par la victime depuis l'apparition du problème médical (dosage et quantité);
- Consommation éventuelle d'alcool ou de drogues;
- Préoccupations par rapport à la situation.

Examen de la victime

- État de conscience (AVPU);
- Orientation spatiale et temporelle;
- Température, pouls et fréquence respiratoire;
- État général de la victime;
- Apparence de la région affectée : enflure, rougeur, mobilité réduite, etc.;
- Autres évaluations effectuées et résultats.

Premiers soins

- Tous les soins et les médicaments donnés à la victime depuis l'apparition des premiers signes et symptômes;
- Réactions de la victime aux soins prodigués.

Autres observations pertinentes

Renseignements préalables à recueillir dans les cas de traumatismes

À propos du navire

- Nom du navire;
- Lettres d'appel;
- Cap, vitesse et position;
- Port de destination et heure prévue de l'arrivée ;
- Port le plus proche et heure prévue de l'arrivée ;
- Autre port envisagé et heure prévue de l'arrivée ;
- Conditions météorologiques locales.

À propos de la victime

- Nom ;
- Fonction à bord ;
- Âge et sexe.

À propos du traumatisme

- Moment et circonstances de l'accident ;
- Signes et symptômes initiaux et évolution ;
- Antécédents médicaux de la victime ;
- Perte de conscience : le cas échéant, durée et variation de l'état de conscience ;
- Amnésie touchant la période entourant le traumatisme (avant, pendant, après).

Examen de la victime

- État de conscience (AVPU) ;
- L'ABC ;
- Température, pouls et fréquence respiratoire ;
- État général de la victime ;
- Gravité des blessures ;
- Apparence de la région affectée : enflure, rougeur, mobilité réduite, etc. ;
- Brûlures : degré et étendue ;
- Évaluation de l'hémorragie, le cas échéant : durée, type (pulsatile, suintement), importance (nombre de compresses).

Premiers soins

- Sites et durée des compressions ;
- Efficacité des traitements prodigués ;
- Tous les soins et les médicaments donnés à la victime depuis le traumatisme ;
- Évolution de l'état de la victime à la suite des soins prodigués.

Autres observations pertinentes

PROCÉDURE D'ASSISTANCE MÉDICALE PAR RADIO

L'assistance médicale est accessible en peu de temps par ondes à très haute fréquence (VHF) ou par téléphone cellulaire.

Les capitaines des navires peuvent obtenir des conseils médicaux en s'adressant aux centres de Services de communications et de trafic maritimes (SCTM) et en demandant d'être mis en contact avec un médecin. La Garde côtière reliera le personnel du navire au médecin approprié par l'intermédiaire du service téléphonique maritime.

Idéalement, l'échange d'information devrait s'effectuer dans une langue commune aux deux interlocuteurs. Il est très important de transmettre, sous forme structurée, le maximum de renseignements au médecin. Il convient aussi de s'assurer que ses recommandations sont bien comprises et prises en note pour être transmises au secouriste qui s'occupe de la victime.

Marche à suivre

Dans une situation pouvant mettre en danger la vie d'un membre d'équipage ou celle d'un passager, un officier ou un membre d'équipage prend la situation en main et prévient la timonerie.

Le capitaine ou l'officier de quart prévient la station radio de la Garde côtière (SRGC) de la situation à bord et demande de l'assistance médicale.

Le personnel de la SRGC obtient le maximum de renseignements du personnel à bord : nature exacte de la situation, position du navire, cap et vitesse, etc. Simultanément, il applique la procédure de communication avec un médecin.

Le personnel du navire est mis en contact direct avec le médecin de garde, qui prend en charge la victime, à distance, et recommande les soins à prodiguer.

Selon la gravité de la situation, le personnel chargé de la recherche et du sauvetage pourra être dépêché à bord du navire pour évacuer la victime et la transporter vers un centre hospitalier où elle pourra être traitée.

Les coûts relatifs aux communications sont assumés par la Garde côtière.

Les navires de la Garde côtière ont à leur bord un spécialiste en sauvetage possédant une formation en soins avancés.

Évacuation de la victime

Si la victime doit être évacuée, il faut placer dans un contenant imperméable :

- les renseignements recueillis depuis la prise en charge de la victime ;
- les médicaments administrés depuis l'incident et ceux qu'elle prend habituellement, si tel est le cas ;
- sa carte d'assurance maladie et d'autres pièces d'identité.

Au besoin, s'assurer que la victime porte un gilet de sauvetage ou une veste de flottaison avant de quitter le navire.

Tenue des dossiers à bord

Si la victime doit rester à bord du navire jusqu'à la prochaine escale (quelques jours), les observations sur son état doivent être consignées régulièrement dans un registre. Il est essentiel de transmettre ces renseignements aux services médicaux sur terre au moment du transfert.

Évaluation de la situation

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime* intitulé « Évaluation de la situation ».

ESPACES CLOS

Les espaces clos sont des environnements hostiles. Ils peuvent présenter, de par leur nature, des dangers pour la victime, le secouriste et le sauveteur. Ils peuvent, par exemple, permettre l'accumulation de certains gaz toxiques. Ils peuvent aussi constituer des espaces assez restreints pour qu'on ne puisse pas s'éloigner suffisamment des appareils dangereux qui s'y trouvent. Souvent, l'espace clos a été visité sans incident dans le passé et semble sans danger. Dans d'autres occasions, les dangers sont évidents : odeurs permettant de soupçonner que le milieu est toxique, écoulement de matières comme du grain, appareils en marche ou structures instables, etc.

Les programmes de formation ne mettront jamais assez l'accent sur la nécessité d'assurer la sécurité des lieux avant toute intervention. Les travailleurs doivent reconnaître ces environnements comme étant des lieux dont le potentiel de dangerosité est élevé et se prémunir contre les risques possibles.

Les accidents liés au travail dans un espace clos occasionnent généralement des blessures graves, voire mortelles. Environ 60 % des décès sont causés par des tentatives de sauvetage dans des atmosphères incompatibles avec la vie; ils touchent donc les secouristes.

Les secouristes ne sont pas des sauveteurs. Seuls les sauveteurs spécialement qualifiés pour le sauvetage en espace clos, c'est-à-dire formés, entraînés et disposant de l'équipement et du matériel nécessaires, peuvent tenter un sauvetage en espace clos.

Par définition, les espaces clos sont des endroits qui peuvent être inhospitaliers pour l'être humain. Ils ne sont pas conçus pour être occupés par des personnes, sauf occasionnellement, et pour de très courtes périodes de temps. Les dangers existants dans ces environnements sont nombreux. On distingue principalement trois types de risques : les risques atmosphériques, les risques biologiques et les risques physiques.

Voici quelques exemples illustrant chacun des types de risques :

Risques atmosphériques

- Manque d'oxygène;
- Déplacement de l'oxygène;
- Réactions chimiques.

Risques biologiques

- Micro-organismes pathogènes.

Risques physiques

- Ensevelissement;
- Électrocution;
- Contrainte thermique (chaleur, froid);
- Fractures.

Risques chimiques

- Gaz toxiques;
- Atmosphère inflammable;
- Produits contenus dans les réservoirs.

Intervention

Le secouriste doit considérer tout espace clos dans lequel on doit effectuer un sauvetage comme un endroit présentant un danger immédiat pour sa vie ou sa santé (DIVE), à moins de preuves du contraire. Porter secours à une victime en difficulté dans un espace clos est une opération qui nécessite une approche particulière.

Rôle des intervenants

Secouriste

- S'assurer de sa sécurité et de celle des personnes présentes sur les lieux ;
- Appeler ou faire appeler les secours ;
- Lorsque la victime a été amenée dans une zone sécuritaire ou lorsque le milieu où elle se trouve ne comporte plus de risques, le secouriste peut alors intervenir selon les protocoles présentés dans le manuel *Secourisme en milieu de travail*.

Sauveteur

- Le surveillant doit enclencher la procédure de sauvetage ;
- L'équipe de sauvetage ayant les capacités requises pour agir dans ce type de situations doit intervenir en considérant l'espace clos comme un environnement constituant un DIVS.

Évaluation clinique : problème médical et problème traumatique

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé «Évaluation clinique : problème médical et problème traumatique.»

ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE CONSCIENCE

L'évaluation de l'état de conscience a pour but d'apprécier sommairement les fonctions cérébrales de la victime. Le résultat de cette évaluation est noté au moyen des lettres AVPU :

A <i>Alert</i>	La victime est alerte, bien éveillée.
V <i>Verbal</i>	La victime répond aux stimuli verbaux.
P <i>Pain</i>	La victime répond aux stimuli douloureux.
U <i>Unresponsive</i>	La victime ne répond à aucun stimulus verbal ou douloureux.

Altération de l'état de conscience

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé «Altération de l'état de conscience».

SITUATION DE PARALYSIE SUBITE TEMPORAIRE

Les signes et les symptômes sont provoqués par une interruption temporaire ou définitive de l'apport sanguin au cerveau. Ils peuvent être temporaires (quelques heures), auquel cas on parle d'ischémie cérébrale transitoire; ils peuvent aussi durer plus de 24 heures, ce qui correspond à l'accident vasculaire cérébral (AVC) à proprement parler.

Signes et symptômes

- Sensation de faiblesse ou d'engourdissement;
- Difficulté d'élocution;
- Problèmes de vision;
- Maux de tête;
- Étourdissements et perte d'équilibre;
- Altération de l'état d'éveil.

Les signes et les symptômes peuvent parfois disparaître après quelques minutes ou quelques heures. Même s'ils disparaissent, ils constituent un avertissement important et la personne peut être victime d'un nouvel AVC au cours des heures, des jours ou des mois suivants.

Arrêt cardiorespiratoire

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé « Arrêt cardiorespiratoire – Adulte ».

LA QUASI-NOYADE EN EAU FROIDE

La noyade se définit comme la mort résultant de la suffocation causée par l'immersion dans l'eau.

Principales causes de noyade

- Épuisement lorsque la victime est dans l'eau;
- Perte de contrôle et immersion en eaux trop profondes;
- Perte de support (par exemple lorsqu'une embarcation coule);
- Rétention dans l'eau par le courant ou par des objets divers (algues, filets, etc.);
- Hypothermie;
- Blessures ou traumatismes;
- Accidents de plongée sous-marine.

On parle de quasi-noyade lorsque la victime survit, du moins temporairement (24 heures), à la suffocation causée par l'immersion. On qualifie l'eau de « froide » lorsque sa température est inférieure à 20 °C (68 °F).

Facteurs qui influencent la survie en situation de quasi-noyade en eau froide

Les personnes en hypothermie qui sont submergées pendant une heure (et parfois plus d'une heure) peuvent être encore en vie même si leurs signes vitaux sont imperceptibles au moment du sauvetage et du traitement. Les principes suivants s'appliquent lorsqu'il faut évaluer les chances de survie des victimes de quasi-noyade en eau froide.

- Si la victime est inconsciente, se rappeler que plus l'eau est froide, meilleures sont ses chances de survie. En fait, plus le refroidissement est rapide, meilleures sont les chances de récupération ;
- Le corps des victimes plus petites se refroidit plus rapidement, parce que leur rapport masse/surface corporelle est plus grand ;
- Plus la victime est jeune, plus elle a de chances de survivre. Les enfants ont davantage de réserves physiologiques que les adultes. Ils ont aussi certains réflexes de protection des voies aériennes plus efficaces et leur corps se refroidit plus rapidement ;
- Plus l'eau est propre, plus la victime a de chances de survivre. Les contaminants, lorsqu'ils atteignent les poumons, peuvent provoquer des infections massives après l'immersion ;
- Plus le temps passé sous l'eau est court, plus la victime a de chances de survivre ;
- Moins la victime se débat dans l'eau, plus elle a de chances de survivre. La perte de chaleur sera ainsi moins rapide. Moins la victime fait d'efforts physiques avant l'immersion, plus ses réserves d'oxygène dans le sang et les autres tissus sont importantes.

Bien que l'âge et la taille semblent être des facteurs importants en ce qui concerne les chances de survie, notons que plusieurs adultes ont été réanimés après des immersions allant jusqu'à 40 minutes. Quelques cas d'immersions encore plus longues sont survenus dans les eaux chaudes du Sud et durant l'été, lorsque les risques d'hypothermie étaient faibles.

Intervention en cas de quasi-noyade en eau froide

- Retirer la victime de l'eau le plus rapidement possible;
- Appliquer L'ABC :

- L'** Évaluer l'état de conscience,
- A** Ouvrir les voies respiratoires,
- B** Vérifier la respiration,
- C** Vérifier la circulation.

Dans une situation de quasi-noyade, si la victime respire spontanément de façon adéquate, mais que son état de conscience *Verbal, Pain, Unresponsive* (VPU) est altéré, la placer en position latérale de sécurité.

Dans le cas où la victime ne respire pas ou respire de façon inadéquate, effectuer la réanimation cardiorespiratoire (RCR) selon le rapport de 30 compressions pour 2 insufflations.

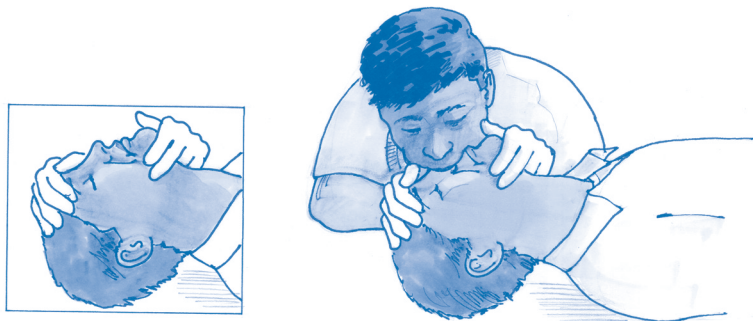
RESPIRATION BOUCHE-À-NEZ

La technique du bouche-à-nez est recommandée lorsqu'il est impossible d'ouvrir la bouche de la victime, lorsque la victime souffre d'un traumatisme grave à la bouche ou lorsqu'il est impossible de maintenir l'étanchéité autour de ses lèvres.

Technique

En **l'absence** de traumatisme connu ou soupçonné, le secouriste doit :

- maintenir la tête de la victime vers l'arrière en plaçant une main sur son front et en soulevant le menton vers l'avant tout en fermant la bouche;
- prendre une profonde inspiration, couvrir le nez de la victime avec ses lèvres;
- souffler jusqu'à ce que la poitrine de la victime se soulève;
- se retirer pour permettre l'expiration passive.



RESPIRATION BOUCHE-À-STOMIE

Certaines personnes respirent par une ouverture à la base du cou

(stomie). Si la personne respire uniquement par la stomie, il n'y a aucun passage d'air par le nez et la bouche; on dit alors que la stomie est fermée. Par contre, si la victime respire en partie par la stomie et en partie par le nez et par la bouche, on dit que la stomie est ouverte.

Il est possible que la stomie ne soit pas évidente. Si, au moment d'une insufflation, l'air entre bien dans la bouche, mais ne soulève pas la poitrine, déterminer s'il y a une obstruction ou s'il existe une stomie. S'il existe une stomie, il est aussi possible d'entendre l'air siffler en sortant de la stomie au moment d'une insufflation. En cas de problèmes de ventilation, si le secouriste s'est déjà assuré de la perméabilité des voies respiratoires, inspecter la face antérieure du cou jusqu'au creux sus-sternal pour vérifier s'il existe une stomie.

Technique

Le secouriste doit :

- garder la tête de la victime en ligne avec le corps et maintenir le menton soulevé;
- appliquer les lèvres autour de la stomie et insuffler directement dans la stomie en vérifiant si la poitrine se soulève;
- si de l'air s'échappe de la bouche de la victime, lui pincer le nez et fermer sa bouche en lui soulevant le menton;
- se retirer de la stomie pour permettre à l'air de ressortir.

En situation de stomie ouverte, le secouriste peut aussi sceller la stomie à l'aide de matériel adhésif imperméable et ventiler par la bouche si la technique mentionnée ci-dessus se révèle inefficace.



Hypothermie

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé « Hypothermie ».

L'immersion forcée constitue la principale menace à la vie après l'impact initial causé par la chute à l'eau. La température de l'eau des cours d'eau est toujours inférieure à la température du corps. Une personne immergée perdra donc toujours de la chaleur. Le refroidissement du corps et l'hypothermie qui s'ensuit augmentent le risque d'arrêt circulatoire d'origine cardiaque (par ralentissement extrême, arrêt, arythmie ou fibrillation ventriculaire). La perte de chaleur est donc le principal danger qui menace la survie d'une personne immergée en eau froide. La température de l'eau et la durée de l'exposition détermineront l'importance de l'hypothermie. Les effets d'une température corporelle sous la normale dépendent de la région géographique, de la saison, de la durée de l'immersion, du degré d'entraînement de la victime, de l'activité physique déployée au moment de l'immersion et de la protection thermique (tissus adipeux ou vêtements).

Une fois l'examen primaire terminé et les blessures majeures stabilisées, il faut penser à l'hypothermie. Toute personne qui a été immergée accidentellement dans l'eau a subi une perte de chaleur quelconque. L'hypothermie se présente en plusieurs phases cliniques, mais sur le terrain, seules deux phases sont importantes. Il faut s'assurer, dans le but de bien reconnaître le problème, de disposer d'un thermomètre permettant de relever des températures corporelles sous la normale. Il faut noter que la valeur indiquée par un thermomètre buccal n'est pas fiable lorsque la température du corps est trop basse. Il est davantage recommandé de prendre la température rectale.

HYPOTHERMIE MODÉRÉE

L'hypothermie modérée ne menace habituellement pas la vie de façon immédiate. Elle est définie par une température corporelle supérieure à 30 °C et inférieure à 32 °C.

Signes et symptômes

- Sensation de froid ou d'engourdissement ;
- Tremblements, parfois violents, mais contrôlables (l'importance des tremblements peut varier et ils diminuent lorsque la température se rapproche de 30 °C) ;
- État de conscience variant entre normal et somnolent, *Verbal* (V) : victime pouvant sembler être dans son état normal ou avoir un comportement rappelant l'état d'ébriété moyenne à complète ; victime pouvant parler normalement et répondre correctement aux questions ou paraître désorientée ;
- Habiletés motrices complexes (telles que la dextérité manuelle) pouvant être affectées à des degrés variables.

Intervention

Le traitement initial vise à empêcher l'aggravation de l'hypothermie.

- Mettre la victime à l'abri du froid et des intempéries ;
- Retirer les vêtements mouillés et couvrir la victime de vêtements secs et chauds ;
- Couvrir la victime et les vêtements ou les couvertures chaudes et sèches d'une couverture métallisée si possible. Ce type de couverture diminue grandement les pertes de chaleur et permet à la victime d'accélérer son taux de réchauffement ;
- Offrir des liquides chauds, sucrés et non alcoolisés si la victime est dans un état de conscience normal et peut boire facilement ;
- Surveiller attentivement l'état de conscience, puisque toute détérioration pourrait indiquer un refroidissement de la température interne.

HYPOTHERMIE GRAVE

L'hypothermie grave peut survenir même lorsque l'exposition de la victime au froid est brève. Elle correspond à une température corporelle de moins de 30 °C.

Signes et symptômes (proportionnels au degré d'hypothermie)

- Absence de tremblements ;
- Difficulté d'élocution, incapacité à répondre correctement aux questions, confusion importante ou somnolence ;
- Pertes d'équilibre, grande difficulté à marcher, état similaire à l'ébriété complète ;
- Tout signe de diminution de l'état de conscience ;
- Inconscience ;
- Absence de réactions ;
- Rigidité musculaire ;
- Absence de respiration ou de pouls ;
- Peau cyanosée (bleue) ou d'apparence blanchâtre et froide au toucher ;
- Apparence de mort de la victime.

Intervention

- Appliquer le traitement initial visant à empêcher l'aggravation de l'hypothermie ;
- Manipuler doucement la victime ;
- Appliquer L'ABC :

L' Évaluer l'état de conscience,

A Ouvrir les voies respiratoires,

B Vérifier la respiration,

C Vérifier la circulation ;

- Si la victime ne peut être transportée vers un abri chauffé, l'envelopper dans une couverture métallisée ;
- Une fois dans un abri, retirer les vêtements mouillés et couvrir la victime de couvertures chaudes ;

- Appliquer des compresses chaudes sur les parties du corps où la perte de chaleur est importante et à proximité des grands vaisseaux : aines, aisselles, thorax, tête et cou ;
- Si possible, utiliser un inhalateur à air chaud ;
- Si la victime est consciente, mais dans un état de conscience *Verbal, Pain, Unresponsive* (VPU), la placer en position latérale de sécurité ;
- Si la victime est consciente et dans un état de conscience *Alert* (A), lui offrir des liquides chauds, sucrés et **non alcoolisés** ;
- Communiquez avec le service d'assistance médicale par radio ;
- Diriger la victime le plus rapidement possible vers des soins spécialisés selon les indications du personnel d'assistance médicale.

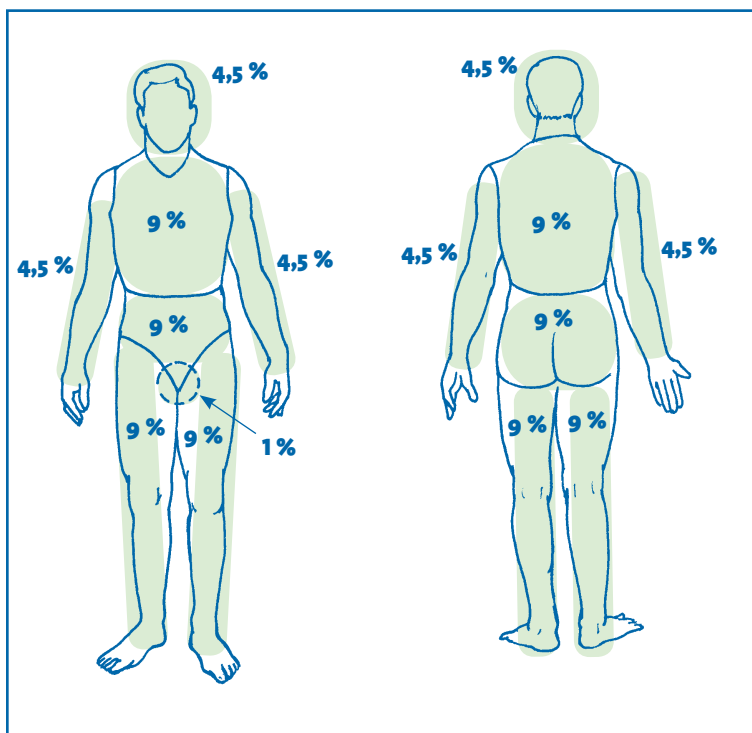
Brûlures

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé « Brûlures ».

ÉTENDUE DES BRÛLURES

Règle des neuf

La règle des neuf permet de calculer la surface totale du corps touchée par les brûlures, en accordant à chaque partie du corps un pourcentage. Selon la région, la surface correspond à une valeur de neuf (9) ou à un de ses multiples.



Critères de transfert des brûlés

Il est recommandé que les victimes qui présentent des brûlures répondant aux caractéristiques suivantes soient **généralement transférées vers un centre de traitement des brûlés** :

- Brûlure du deuxième et du troisième degrés couvrant plus de 10 % de la surface du corps chez les victimes de moins de 10 ans ou de plus de 50 ans ;
- Brûlures du deuxième ou du troisième degré couvrant plus de 20 % de la surface du corps chez les victimes des autres groupes d'âge ;
- Brûlures du deuxième ou du troisième degré touchant le visage, les yeux, les oreilles, les mains, les pieds, les organes génitaux ou le périnée ou brûlures de la peau couvrant les articulations majeures ;
- Brûlures du troisième degré couvrant plus de 5 % de la surface du corps chez les victimes de tous les groupes d'âges ;
- Brûlures d'origine électrique importantes, y compris les atteintes par la foudre (en raison de la possibilité d'atteinte des structures profondes invisible à l'examen externe) ;
- Brûlures chimiques importantes (étendue non précisée) ;
- Brûlures par inhalation ;
- Brûlures chez une victime souffrant de problèmes de santé pouvant compromettre la guérison ;
- En cas de traumatisme simultané à la brûlure, la victime devrait recevoir les soins liés aux blessures traumatiques avant son transfert vers un centre de traitement des brûlés ;
- Un enfant brûlé, s'il est transporté dans un centre hospitalier qui ne dispose pas du matériel nécessaire à son traitement, devrait être transféré dans un centre qui en dispose.

Dans le cas qui nous occupe – secourisme en mer –, il faut remplacer le transfert par un contact médical par radio. Le responsable décide ensuite des modalités et de la pertinence du transfert.

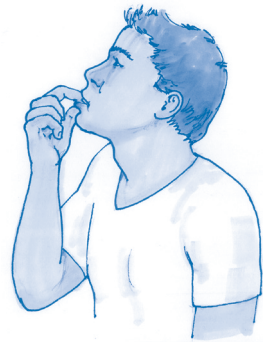
Hémorragie

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé « Hémorragie ».

SAIGNEMENT DE LA LÈVRE, DE LA JOUE OU DE LA LANGUE

Intervention

- Si la victime est inconsciente, mais qu'elle respire adéquatement, la placer en position latérale de sécurité et appliquer la compression après que l'ABC a été vérifié;
- Pincer les deux côtés de la lèvre, de la joue ou de la langue;
- Utiliser une compresse de gaze pour empêcher les doigts de glisser;
- Si la victime est consciente, elle peut effectuer elle-même la pression.



SAIGNEMENT DE L'OREILLE

Sauf si la victime présente un traumatisme mineur isolé, le saignement de l'oreille est habituellement associé à un traumatisme crânien.

Intervention

- Si la victime est inconsciente et respire adéquatement, la placer en position latérale de sécurité;
- Si le saignement est important, placer un pansement sur l'oreille et effectuer une compression directe ou indirecte selon les lésions crâniennes;
- Ne pas obstruer le conduit auditif avec une gaze ou de la ouate.

SAIGNEMENT DU CUIR CHEVELU

Le saignement du cuir chevelu peut être important sans nécessairement être grave. Il peut cependant être compliqué d'un traumatisme crânien.

Intervention

- Toujours effectuer une évaluation primaire (voir la section portant sur l'approche en cas de traumatismes);
- Si on soupçonne l'existence d'un traumatisme crânien, immobiliser la tête;
- Appliquer une pression directe sur la plaie en l'absence d'une déformation ou d'une lésion laissant soupçonner une fracture enfoncée de la boîte crânienne;
- Pour un traumatisme isolé n'entraînant pas d'altération de l'état d'éveil, faire asseoir ou étendre la victime et appliquer un pansement compressif;
- Si un corps étranger est logé dans la plaie, placer un bandage compressif circulaire autour de l'objet;
- Réévaluer l'état de la victime durant l'intervention.



Traumatismes à la colonne vertébrale

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé « Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale ».

Il faut obtenir de l'assistance médicale par radio en cas de traumatismes à la tête ou à la colonne vertébrale. Il est nécessaire d'évacuer la victime.

L'immobilisation spinale dans l'eau n'est pas toujours la meilleure option. Il est rare, en effet, qu'on puisse effectuer cette manœuvre avec la rapidité nécessaire. La victime risque donc d'être exposée aux vagues et au froid sur une période trop longue. Les vagues feront bouger la victime, ce qui risque d'aggraver la lésion à la colonne. Dans ces conditions, il est souvent préférable de sortir rapidement la victime de l'eau et de l'immobiliser complètement par la suite.

Le maintien de la respiration est la priorité absolue. Il faut protéger la respiration à tout prix, même si la manipulation inadéquate des victimes de lésions spinales peut entraîner des handicaps permanents. Les sauveteurs doivent être conscients du fait que la respiration est menacée tant et aussi longtemps que la victime reste dans l'eau, et c'est particulièrement vrai lorsque les conditions sont mauvaises. Il faut aussi se rappeler que la respiration peut aussi être menacée si le cou n'est pas bien protégé, puisque les lésions au niveau cervical peuvent entraîner la paralysie des muscles respiratoires.

Les secouristes doivent donc évaluer les risques et les avantages afin de déterminer l'approche à retenir, c'est-à-dire une manipulation sommaire et une sortie rapide de l'eau ou une manipulation délicate et une sortie lente de l'eau.

Traumatismes aux extrémités

Cette section constitue un complément au chapitre du manuel *Secourisme en milieu de travail* intitulé «Traumatismes aux extrémités».

Il faut obtenir de l'assistance médicale par radio. En cas de traumatismes graves touchant le fémur (cuisse) ou la hanche ou en cas de fracture ouverte, il sera nécessaire d'évacuer les victimes souffrant de ce type de blessures.

LUXATION

La luxation résulte du déplacement de deux surfaces articulaires habituellement en rapport l'une avec l'autre.

Signes et symptômes

- Déformation de l'articulation;
- Douleur importante;
- Diminution des mouvements ou impossibilité d'en faire;
- Plaie ouverte ou non;
- Absence possible de pouls ou de sensibilité distale.

Intervention

Intervenir de la même façon qu'en cas de fracture (immobilisation, élévation, glace).

ENTORSE

L'entorse est une blessure à un ligament. Il est difficile de faire la différence entre une fracture et une entorse avec déchirure du ligament.

Signes et symptômes

- Douleur qui augmente au moment de la mobilisation ;
- Enflure.

Intervention

Intervenir de la même façon qu'en cas de fracture (immobilisation, élévation, glace).

ÉLONGATION MUSCULAIRE

L'élongation musculaire survient lorsqu'un muscle est étiré au-delà de ses possibilités normales de mouvement.

Signes et symptômes

- Douleur soudaine dans le muscle ;
- Enflure ;
- Raideur musculaire ;
- Immobilité fonctionnelle.

Intervention

- Mettre la victime au repos ;
- Élever le membre touché ;
- Appliquer du froid ;
- Limiter les mouvements.

Soins aux rescapés

Le terme « rescapé » peut avoir deux sens :

- Membre d'équipage ayant abandonné un navire et se trouvant dans une embarcation ou un radeau de sauvetage;
- Toute personne récupérée à bord d'un navire, après avoir séjourné dans une embarcation ou un radeau de sauvetage ou après avoir séjourné plus ou moins longtemps dans l'eau.

Le risque de blessures est plus grand au moment de l'évacuation d'un navire. Dans les embarcations et les radeaux de sauvetage, le nombre de personnes en mesure de prodiguer les premiers soins est limité, les délais avant l'arrivée des secours peuvent être importants et les conditions climatiques peuvent être défavorables. Il est important d'éviter de mouiller les vêtements pendant l'évacuation, car le corps perd sa chaleur beaucoup plus rapidement lorsqu'il est en contact avec l'eau.

Dans des conditions idéales, les personnes se trouvant dans une embarcation ou dans un radeau de sauvetage peuvent y survivre trois jours s'ils sont en bonne santé. Cependant, des cas de survie prolongée, de plus d'un mois, ont déjà été documentés. Les survivants peuvent souffrir de plusieurs problèmes médicaux (déshydratation, hypothermie, blessures, etc.).

MAL DE MER

Signe et symptômes

- Perte d'appétit;
- Nausées et vomissements;
- Étourdissements.

Intervention

Prendre des comprimés antinauséeux.

COUP DE SOLEIL

Signes et symptômes

- Rougeur;
- Œdème;
- Peau sensible;
- Peut être accompagné de fièvre, nausées, vomissements, diarrhée et faiblesse.

Intervention

- Traiter comme une brûlure s'il existe des lésions cutanées;
- Veiller à bien réhydrater;
- S'assurer de bien mesurer la température pour déterminer s'il s'agit d'un coup de chaleur.

DÉSHYDRATATION ET MALNUTRITION

Les survivants qui ont dérivé pendant plusieurs jours peuvent souffrir de déshydratation. S'ils ont dérivé pendant plusieurs semaines, ils peuvent aussi souffrir de malnutrition.

Intervention

- Faire suivre une diète liquide à la victime (avant d'utiliser du sucre, s'assurer que la victime n'est pas diabétique). La réhydratation prime sur la prise d'aliments solides;
- Un avis médical doit être obtenu grâce à l'assistance médicale par radio;
- La diète doit être maintenue jusqu'à ce que les survivants puissent être transférés à terre et soignés.

PIED D'IMMERSION

Cette forme de lésion par le froid est causée par une exposition des membres inférieurs à des températures en dessous de 10 °C (50 °F), mais au-dessus du point de congélation, pour des périodes de plus de douze (12) heures. Les personnes les plus susceptibles de souffrir de ce type de lésion sont les survivants qui se trouvent dans des embarcations ou des radeaux de sauvetage et qui sont forcés à l'inactivité, qui n'ont pas une bonne alimentation et qui portent des vêtements serrés et humides.

Signes et symptômes

- Enflure du pied et du bas de la jambe ;
- Engourdissements, fourmillements ;
- Démangeaisons ;
- Douleur ;
- Crampes ;
- Décoloration de la peau.

Intervention

Lorsque le pied d'immersion n'est pas compliqué par l'existence d'autres blessures, il n'y a habituellement pas de lésions permanentes.

- Éviter le réchauffement rapide des membres touchés ;
- Ne pas endommager la peau en crevant les cloques ;
- Ne pas masser les membres touchés ;
- Réchauffer la victime.

Prévention

Il faut encourager les survivants à garder leurs pieds au sec et au chaud. Les lacets devraient être détachés. Il est aussi recommandé d'élever les pieds de temps en temps et de bouger les orteils et les chevilles plusieurs fois par jour. Lorsque c'est possible, retirer les chaussures et envelopper les pieds dans des vêtements chauds. Éviter de fumer.

CONTAMINATION PAR DES PRODUITS PÉTROLIERS

Si la victime a été exposée à des produits pétroliers, il faut nettoyer uniquement la peau du visage (le tour de la bouche, du nez et des yeux). Les survivants qui ont récupéré de leur exposition au froid peuvent être nettoyés sous une douche chaude. Les produits pétroliers peuvent aussi être absorbés au moyen de serviettes douces ou de papier absorbant. Les savons doux et le shampoing peuvent en éliminer une bonne partie. Les dégraisseurs à main peuvent aussi servir dans ce cas. Les savons doux et le shampoing (accompagnés d'un peu de patience) demeurent la meilleure option.

Les solvants et les produits nettoyants qui ne sont pas prévus pour la peau ne doivent pas être utilisés.

Réglementation

Cette section constitue un complément aux annexes du manuel *Secourisme en milieu de travail* qui traitent de la réglementation concernant la trousse et le local de premiers secours. Elle cite les articles pertinents du *Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime**.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

109 L'employeur respecte les exigences suivantes :

- a) il établit par écrit la marche à suivre pour donner promptement les premiers soins à un employé en cas de blessure, de blessure invalidante ou de malaise;
- b) il conserve un exemplaire de la marche à suivre de façon qu'il soit facilement accessible aux employés pour consultation.

110 Si cela est possible, l'employé victime d'une blessure ou qui prend conscience qu'il souffre d'une blessure invalidante ou d'une maladie consulte immédiatement une personne qui est titulaire d'un certificat de secourisme pour se faire traiter.

111 (1) L'employeur veille à ce que les personnes ci-après se trouvent à bord de chaque bâtiment :

- a) au moins une personne qui est titulaire d'un certificat de secourisme et qui peut sur-le-champ dispenser les premiers soins aux employés blessés ou malades;
- b) pour chaque lieu de travail où des employés travaillent sur de l'outillage électrique sous tension, au moins un employé qui, dans les douze mois précédant les travaux sur l'outillage électrique, a terminé avec succès un cours en réanimation cardio-respiratoire donné par un organisme agréé.

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas à l'employé basé à terre à qui est fourni une salle de premiers soins, un service de santé ou une installation médicale.

**Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime, DORS/2010-120*

PHARMACIE DE BORD

115 (1) Tout bâtiment qui effectue un voyage illimité, un voyage à proximité du littoral, classe 1 ou un voyage international d'une durée de plus de trois jours, autre qu'un voyage en eaux internes compte à son bord une pharmacie, du matériel médical et l'édition la plus récente du *Guide médical international de bord* publié par l'Organisation mondiale de la santé.

(2) La pharmacie de bord et son contenu, de même que le matériel médical et le *Guide médical international de bord* sont bien entretenus et inspectés au moins une fois par année par une personne qualifiée, afin de vérifier que les fournitures et les médicaments sont adéquatement conservés et que leurs étiquettes indiquent le mode d'emploi et la date de péremption, que le matériel fonctionne adéquatement et que les fournitures et les médicaments n'ont pas atteint ni dépassé la date de péremption et ne le feront pas avant la prochaine inspection.

(3) Toute pharmacie de bord est, à la fois :

- a) accessible lorsqu'un employé est à bord du bâtiment;
- b) clairement identifiée au moyen d'une affiche bien en vue.

(4) L'employeur est tenu d'approvisionner en permanence la pharmacie et ses fournitures et médicaments conformément aux recommandations prévues dans la version la plus récente du *Guide médical international de bord*, en tenant compte des particularités du voyage en question.

AFFICHAGE DES RENSEIGNEMENTS

118 (1) Sous réserve du paragraphe (2), l'employeur affiche en permanence à bord du bâtiment les renseignements ci-après, dans un endroit bien en vue et accessible à tous les employés :

- a) la description des premiers soins à donner en cas de blessure, blessure invalidante ou malaise;
- b) l'emplacement des pharmacies à bord;

(2) Dans le cas d'un lieu de travail isolé, les renseignements sont conservés à l'intérieur de la trousse de premiers soins visés à l'article 114.

MATÉRIEL DE PREMIERS SOINS

114 (1) L'employeur fournit dans tout lieu de travail visé à la colonne 1 du tableau 1 du présent article le type de trousse de premiers soins indiqué à la colonne 2, ainsi qu'un guide médical.

(4) Tout type de trousse de premiers soins contient les fournitures et le matériel énumérés à la colonne 1 du tableau 2 du présent article en la quantité prévue à la colonne 2.

116 S'il y a risque de blessure aux yeux ou à la peau dû à la présence d'une substance dangereuse dans un lieu de travail, des bains oculaires et des douches ou à défaut, de l'équipement portatif sont fournis aux employés pour qu'ils puissent s'en servir en tout temps pour l'irrigation des yeux ou le nettoyage de la peau.

TRANSPORT

117 Avant d'affecter un travailleur à un lieu de travail isolé, l'employeur lui fournit :

- a) un moyen approprié pour le transporter au bâtiment, à une installation médicale ou à un hôpital en cas de blessure;
- b) les services d'une personne qui est titulaire d'un certificat de secourisme pour l'accompagner et lui fournir au besoin les premiers soins en cours de route;
- c) un moyen de communication entre le lieu de travail isolé et le bâtiment.

REGISTRE

119 (1) Lorsqu'un employé blessé ou malade se présente à une personne pour recevoir des premiers soins conformément à l'article 110 ou lorsqu'une personne qui est titulaire d'un certificat de secourisme donne les premiers soins, celle-ci :

a) d'une part, consigne dans un registre de premiers soins les renseignements suivants :

- (i) les date et heure où la blessure, la blessure invalidante ou le malaise a été signalé,
- (ii) les nom et prénom de l'employé blessé ou malade,
- (iii) les date, heure et lieu où s'est produit la blessure, la blessure invalidante ou le malaise,
- (iv) une brève description de la blessure, de la blessure invalidante ou du malaise,
- (v) une brève description des premiers soins donnés, le cas échéant,
- (vi) une brève description des arrangements pris pour traiter ou transporter l'employé blessé ou malade;

b) d'autre part, signe le registre de premiers soins à la fin des renseignements.

(2) L'employeur conserve le registre de premiers soins pour une période de deux ans suivant la date de consignation des renseignements.

Trousse de premiers soins et pharmacie

Cette section constitue un complément à l'annexe du manuel *Secourisme en milieu de travail*, qui traite de la réglementation concernant les trousse de premiers secours.

Article	Colonne 1 Lieu de travail	Colonne 2 Type de trousse de premiers soins
1.	Bâtiment :	
	(a) de 2 à 5 employés	A
	(b) de 6 à 19 employés	B
	(c) de 20 à 49 employés	C
	(d) 50 employés ou plus	D
2.	Lieu de travail isolé	E

TYPE DE TROUSSE DE PREMIERS SOINS ET FOURNITURES ET MATÉRIELS

Art.	Colonne 1	Colonne 2				
	Fournitures et matériel	Type de trousse de premiers soins				
		A	B	C	D	E
		Quantité par type de trousse de premiers soins				
1	Solution antiseptique pour les blessures, 60 ml ou tampons antiseptiques (paquet de 10)	1	2	3	6	1
2	Porte-cotons jetables (paquet de 10) (pas nécessaires si des tampons antiseptiques sont utilisés)	1	2	4	8	—
3	Sacs jetables et imperméables pour vomissement	1	2	2	4	—
4	Bandes de pansement adhésif	12	100	200	400	6
5	Rouleaux de bandage de gaze, 2,5 cm x 10 m	2	6	8	12	—
6	Bandages triangulaires, 100 cm, pliés, et 2 épingles	2	4	6	8	1
7	Contenant-trousse de premiers soins	1	1	1	1	1
8	Pansements-compresse stériles, environ 7,5 cm x 12 cm	2	4	8	12	—
9	Pansements-gazes stériles, environ 10,4 cm x 10,4 cm	4	8	12	18	2
10	Pince à échardes	1	1	1	1	—
11	Manuel de secourisme, en anglais, dernière édition	1	1	1	1	—
12	Manuel de secourisme, en français, dernière édition	1	1	1	1	—
13	Tampons pour les yeux, avec protecteur ou ruban adhésif	1	1	2	4	1
14	Registre de premiers soins (art. 119)	1	1	1	1	1
15	Ciseaux, 10 cm	1	1	1	1	1
16	Ruban adhésif chirurgical, 1,2 cm x 4,6 m (pas nécessaire si les pansements sont munis de liens)	1	1	2	3	—
17	Lampe-stylo	—	—	1	1	—
18	Lotion contre prurit, 30 ml ou tampons (paquet de 10)	1	1	1	2	—
19	Bandages élastiques 7,5 cm x 5 m	—	—	1	2	—
20	Couverture d'urgence, petit format	—	—	—	—	1
21	Pansements pour brûlures, stériles, 10 cm x 10 cm	1	1	2	2	—
22	Pansement pour brûlures, stérile, 20 cm x 20 cm	—	—	1	1	—
23	Nettoyeur à mains ou mini-serviettes humides, 1 paquet	—	1	1	1	—
24	Ensemble d'attelles malléables avec bourre	—	1	1	1	—
25	Civière	—	—	1	1	—
26	Paires de gants jetables, non-latex, pour examen	5	10	20	30	5
27	Masques, dispositifs de barrière pour le bouche-à-bouche	1	1	2	3	1
28	Abaisse-langue jetables	5	5	10	10	—

PHARMACIE

Il n'existe pas de réglementation précise sur les médicaments qui doivent être disponibles à bord d'un navire. Les navires au long cours disposent habituellement de médicaments tels que des analgésiques, de la nitroglycérine, des sirops pour la toux, des onguents, des antibiotiques, des laxatifs, des antinauséeux, etc.

Si ces médicaments sont disponibles à bord, les membres d'équipage et les passagers pourraient y avoir accès sur recommandation du médecin, à la suite d'une consultation médicale par radio.

Il est important de se rappeler que le secouriste ne peut pas prescrire un médicament à une victime. Il peut cependant l'assister au moment où elle le prend.

Matériel obligatoire dans une embarcation ou un radeau de sauvetage

- Antinauséeux;
- Collyre liquide pour les yeux;
- Douche oculaire;
- Tampons désinfectants.

Références

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *ATLS Instructor Manual*, 6^e édition, 1997, chap. 9, p. 46.

CANADA. *Règlement sur la santé et la sécurité au travail en milieu maritime*, DORS/2010-120.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Secourisme en milieu de travail*, 6^e édition, Les Publications du Québec, 2008, 273 p.

PÊCHES ET OCÉANS CANADA, GARDE CÔTIÈRE CANADIENNE. *Recherche et sauvetage à bord de petits bateaux*, Canada, 2000, 491 p.

QUÉBEC. *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, chap. A-3.001, r. 10.

Pour joindre la CSST, un seul numéro : 1 866 302-CSST (2778)

ABITIBI- TÉMISCAMINGUE

33, rue Gamble O.
Rouyn-Noranda
(Québec) J9X 2R3
Téléc. : 819 762-9325

2^e étage
1185, rue Germain
Val-d'Or
(Québec) J9P 6B1
Téléc. : 819 874-2522

BAS-SAINT-LAURENT

180, rue des Gouverneurs
Case postale 2180
Rimouski
(Québec) G5L 7P3
Téléc. : 418 725-6237

CAPITALE-NATIONALE

425, rue du Pont
Case postale 4900
Succ. Terminus
Québec
(Québec) G1K 7S6
Téléc. : 418 266-4015

CHAUDIÈRE- APPALACHES

835, rue de la Concorde
Lévis
(Québec) G6W 7P7
Téléc. : 418 839-2498

CÔTE-NORD

Bureau 236
700, boul. Laure
Sept-Îles
(Québec) G4R 1Y1
Téléc. : 418 964-3959

235, boul. La Salle
Baie-Comeau
(Québec) G4Z 2Z4
Téléc. : 418 294-7325

ESTRIE

Place Jacques-Cartier
Bureau 204
1650, rue King O.
Sherbrooke
(Québec) J1J 2C3
Téléc. : 819 821-6116

GASPÉSIE-ÎLES- DE-LA-MADELINE

163, boul. de Gaspé
Gaspé
(Québec) G4X 2V1
Téléc. : 418 368-7855

200, boul. Perron O.
New Richmond
(Québec) G0C 2B0
Téléc. : 418 392-5406

ÎLE-DE-MONTRÉAL

1, complexe Desjardins
Tour Sud, 31^e étage
Case postale 3
Succ. Place-Desjardins
Montréal
(Québec) H5B 1H1
Téléc. : 514 906-3200

LANAUDIÈRE

432, rue De Lanaudière
Case postale 550
Joliette
(Québec) J6E 7N2
Téléc. : 450 756-6832

LAURENTIDES

6^e étage
85, rue De Martigny O.
Saint-Jérôme
(Québec) J7Y 3R8
Téléc. : 450 432-1765

LAVAL

1700, boul. Laval
Laval
(Québec) H7S 2G6
Téléc. : 450 668-1174

LONGUEUIL

25, boul. La Fayette
Longueuil
(Québec) J4K 5B7
Téléc. : 450 442-6373

MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC

Bureau 200
1055, boul. des Forges
Trois-Rivières
(Québec) G8Z 4J9
Téléc. : 819 372-3286

OUTAOUAIS

15, rue Gamelin
Case postale 1454
Gatineau
(Québec) J8X 3Y3
Téléc. : 819 778-8699

SAGUENAY- LAC-SAINT-JEAN

Place du Fjord
901, boul. Talbot
Case postale 5400
Saguenay
(Québec) G7H 6P8
Téléc. : 418 545-3543

Complexe du Parc
6^e étage
1209, boul. du Sacré-Cœur
Case postale 47
Saint-Félicien
(Québec) G8K 2P8
Téléc. : 418 679-5931

SAINT-JEAN- SUR-RICHELIEU

145, boul. Saint-Joseph
Case postale 100
Saint-Jean-sur-Richelieu
(Québec) J3B 6Z1
Téléc. : 450 359-1307

VALLEYFIELD

9, rue Nicholson
Salaberry-de-Valleyfield
(Québec) J6T 4M4
Téléc. : 450 377-8228

YAMASKA

2710, rue Bachand
Saint-Hyacinthe
(Québec) J2S 8B6
Téléc. : 450 773-8126

Bureau 102
26, place
Charles-De Montmagny
Sorel-Tracy
(Québec) J3P 7E3
Téléc. : 450 746-1036

Pour obtenir la liste de nos coordonnées la plus à jour,
consultez notre site Web au :

www.csst.qc.ca/nous_joindre