

La formation des
secouristes
en milieu de travail

7^e ÉDITION

**Secourisme
en milieu
de travail**

You Tube f t in

Parce que le Québec a besoin
de tous ses travailleurs

www.csst.qc.ca/secourisme

CSST

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 :

la Direction de la formation continue du Cégep de Sainte-Foy ;
le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

Illustrations :

Ronald DuRepos

Photographies :

Tayaout-Nicolas

Reproduction autorisée avec mention de la source.

© Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN 978-2-550-66786-5 (PDF)

Mai 2014

www.csst.qc.ca

7^e ÉDITION

Secourisme en milieu de travail

La CSST est, en raison de son mandat, chargée de l'application des lois et des règlements qui ont trait à la santé et à la sécurité du travail, dont le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins.

Le Règlement exige que l'employeur d'un établissement et le maître d'œuvre d'un chantier de construction assurent, sur les lieux de travail, un service efficace de premiers secours et la présence constante, durant les heures de travail, d'un nombre minimal de secouristes. Le Règlement prévoit aussi les circonstances dans lesquelles du personnel infirmier doit assurer des services de premiers soins. Les premiers secours et les premiers soins se distinguent par les éléments suivants : les premiers secours sont donnés par des secouristes et les premiers soins, par du personnel formé en soins préhospitaliers (premiers répondants, techniciens ambulanciers paramédicaux) ou par du personnel spécialisé (professionnels de la santé).

Le présent manuel ne traite que des premiers secours. Il est donc destiné aux formateurs des secouristes en milieu de travail et aux secouristes eux-mêmes. Il sert de complément au *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention* et vise à faciliter l'acquisition des connaissances nécessaires pour répondre aux besoins de divers milieux de travail et à soutenir ces derniers dans leurs actions quotidiennes.

L'intervention des secouristes en milieu de travail se situe dans un contexte global d'accès à des services préhospitaliers d'urgence, comme ceux offerts par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers paramédicaux sur la quasi-totalité du territoire habité. La fonction de secouriste consiste donc à faire les gestes essentiels pour alerter les services préhospitaliers d'urgence, pour maintenir la personne blessée en vie, pour empêcher l'aggravation de ses blessures et pour la réconforter. Le relais à un autre palier d'intervention doit se faire aussitôt que possible, afin que la personne secourue reçoive, dans les plus brefs délais, tous les soins spécialisés que son état nécessite.

Dans la septième édition du manuel, l'action des secouristes s'harmonise avec celle des intervenants des services préhospitaliers d'urgence, dans le but d'assurer une continuité de soins efficaces auprès des personnes secourues. Elle tient compte des nouvelles normes admises en matière de premiers secours et de réanimation cardiorespiratoire. De plus, elle se fonde sur l'approche préconisée dans le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention*.

Puisse ce document appuyer la formation et l'action des secouristes en milieu de travail et procurer à ceux et celles qui feront appel à leur intervention toute l'assistance nécessaire en cas d'accident.

Remerciements

Nous tenons à remercier, outre celles qui ont, d'une façon ou d'une autre, collaboré aux éditions précédentes, toutes les personnes qui ont contribué à renouveler le secourisme en milieu de travail par la production de la septième édition du manuel. Cette édition a permis d'actualiser l'approche utilisée en fonction de l'accessibilité à des soins préhospitaliers d'urgence. Pour la présente édition, nous remercions le Cégep de Sainte-Foy, et plus particulièrement M^{mes} Hélène Morin, conseillère pédagogique, et Céline Deschênes, professeure en techniques de la santé, Direction de la formation continue, Cégep de Sainte-Foy, pour la révision des contenus et la rédaction. Nous remercions, pour les éditions antérieures, les personnes qui ont collaboré à la rédaction : MM. André Caron, Éric Hamel, Steven Hogg et Pierre Mercier, professeurs en techniques de la santé, de la Direction de la formation continue du Cégep de Sainte-Foy, ainsi que M^{me} Michèle Mainguy, de Secourisme PME Québec.

Collaborations particulières

Colette D. Lachaine, MDCM., directrice médicale nationale, Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence, ministère de la Santé et des Services sociaux

Michel Viau, directeur adjoint, affaires santé et recherche et coordonnateur provincial du programme de réanimation, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC

Audrey Lacasse, Direction générale de la prévention-inspection et du partenariat, CSST

Table des matières

Introduction	11	
Présentation du manuel	12	
Démarche proposée	12	
Chaîne d'intervention préhospitalière	13	
 RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU SECOURISTE		
Responsabilités du secouriste en milieu de travail	16	
 INTERVENTION		
Chapitre 1 : Approche utilisée pour l'intervention	23	
PROTOCOLE 1	24	
Approche utilisée pour l'intervention	25	
Séquence d'intervention	25	
Légende utilisée dans les protocoles d'intervention	27	
Protection des intervenants	30	
Gestion du stress en situation d'urgence	33	
Gestion du stress	35	
 ÉVALUATION		
Chapitre 2 : Évaluation de la situation	39	
PROTOCOLE 2	40	
Sécuriser les lieux (dangers possibles)	42	
Évaluer le nombre de personnes à secourir et le type d'accident.....	42	
Sécuriser les espaces de travail.....	43	
Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires.....	43	
Assurer sa protection comme secouriste	44	
Évaluer la nature du besoin.....	44	
Interventions au moment de l'évaluation de la situation.....	45	
 Chapitre 3 : Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique		45
PROTOCOLE 3.1 (problème médical)	46	
PROTOCOLE 3.2 (problème traumatique)	47	
Appréciation primaire.....	48	
Appréciation secondaire	51	
Évaluation des signes vitaux.....	53	
Protocole d'intervention approprié.....	53	
Réappréciation primaire régulière	53	

Table des matières

Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence.....	53
Protocole 3.1 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème médical)	54
Protocole 3.2 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème traumatique)	55
PROBLÈMES MÉDICAUX	
Chapitre 4 : Altération de l'état de conscience	59
PROTOCOLE MÉDICAL 4	60
Faiblesse soudaine.....	61
Perte de conscience	61
Interventions en cas d'altération de l'état de conscience	62
Accident vasculaire cérébral	63
Chapitre 5 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte	65
PROTOCOLE MÉDICAL 5	66
Signes et symptômes	67
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire	67
Défibrillation	70
Chapitre 6 : Convulsions	73
PROTOCOLE MÉDICAL 6	74
Signes et symptômes	75
Interventions en cas de convulsions	75
Chapitre 7 : Difficulté respiratoire	77
PROTOCOLE MÉDICAL 7	78
Signes et symptômes	79
Interventions en cas de difficulté respiratoire	80
Chapitre 8 : Douleur thoracique	81
PROTOCOLE MÉDICAL 8	82
Signes et symptômes.	83
Interventions en cas de douleur thoracique.....	84

Table des matières

Chapitre 9 : Hypothermie	85
PROTOCOLE MÉDICAL 9	86
Signes et symptômes	87
Interventions en cas d'hypothermie	87
Chapitre 10 : Intoxication professionnelle	89
PROTOCOLE MÉDICAL 10	90
Intoxication par absorption cutanée	91
Intoxication par inhalation	91
Intoxication par ingestion	92
Intoxication par injection	92
Signes et symptômes	92
Interventions en cas d'intoxication professionnelle	93
Information sur les intoxications par le cyanure	95
Chapitre 11 : Obstruction des voies respiratoires : adulte	97
PROTOCOLE MÉDICAL 11.1 (adulte conscient)	98
PROTOCOLE MÉDICAL 11.2 (adulte inconscient)	99
Obstruction des voies respiratoires (adulte conscient)	100
Obstruction des voies respiratoires (adulte inconscient)	103
Chapitre 12 : Problème diabétique	104
PROTOCOLE MÉDICAL 12	105
Signes et symptômes	107
Interventions en cas de problème diabétique	107
Chapitre 13 : Problème lié à la chaleur	109
PROTOCOLE MÉDICAL 13	110
Signes et symptômes	111
Interventions en cas de problème lié à la chaleur	111
Chapitre 14 : Réaction allergique	113
PROTOCOLE MÉDICAL 14	114
Sources possibles d'allergies	115
Signes et symptômes	115
Interventions en cas de réaction allergique	116

Table des matières

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Chapitre 15 : Blessures aux yeux	121
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 15	122
Signes et symptômes	123
Corps étranger pénétrant et autres lésions	123
Brûlures	123
Interventions en cas de blessures aux yeux	125
Chapitre 16 : Brûlures	127
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 16	128
Évaluation des brûlures	129
Signes et symptômes	130
Brûlures thermiques	130
Brûlures chimiques	130
Brûlures électriques	130
Brûlures par inhalation	130
Interventions en cas de brûlures	131
Chapitre 17 : Engelures	135
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 17	136
Signes et symptômes	137
Interventions en cas d'engelures	137
Chapitre 18 : État de choc	139
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 18	140
Signes et symptômes	141
Interventions en cas d'état de choc	141
Chapitre 19 : Hémorragie	143
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 19	144
Signes et symptômes	145
Hémorragie externe	145
Hémorragie interne	148
Chapitre 20 : Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale	151
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 20	152
Traumatismes à la tête	153
Traumatismes à la colonne vertébrale	153
Signes et symptômes	153
Interventions en cas de traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale	154

Table des matières

Chapitre 21 : Traumatismes aux extrémités	155
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 21	156
Signes et symptômes	157
Interventions en cas de traumatisme aux extrémités	158
TECHNIQUES	
Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale	163
TECHNIQUE 1	164
Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatisme à la colonne vertébrale	165
Déplacement d'une personne présentant un risque de traumatisme à la colonne vertébrale	168
Interventions en cas de plaies complexes	171
TECHNIQUE 2	172
Plaie avec un corps étranger	173
Plaie au thorax	174
Sectionnement d'un membre ou d'une partie de membre	175
Plaie à l'abdomen (éviscération)	176
Particularités	177
ANNEXES	
Annexe 1 : Méthode de triage START	181
Annexe 2 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté	185
Annexe 2.1 : Arrêt cardiorespiratoire : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté	186
Signes et symptômes	187
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un enfant	187
Annexe 2.2 : Obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté – conscient	190
Signes et symptômes	191
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant conscient)	191
Annexe 2.3 : Obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté – inconscient	193
Signes et symptômes	194
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant inconscient)	194

Table des matières

Annexe 3 : Arrêt cardiorespiratoire et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an	195
Annexe 3.1 : Arrêt cardiorespiratoire : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an	196
Signes et symptômes	197
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un bébé	197
Annexe 3.2 : Obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an – conscient	200
Signes et symptômes	201
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (bébé conscient)	201
Annexe 3.3 : Obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an – inconscient	202
Signes et symptômes	203
Interventions en cas d'obstructions des voies respiratoires (bébé inconscient)	203
Annexe 4 : Oxygénothérapie	205
Bienfaits de l'oxygénothérapie en contexte de premiers secours	207
Conditions nécessitant d'emblée un supplément d'oxygène	207
Matériel nécessaire	207
Matériel d'oxygénothérapie	208
Mesures de sécurité	209
Annexe 5 : Matières dangereuses – SIMDUT	211
SIMDUT	212
Étiquetage en milieu de travail	214
Fiche signalétique	214
Formation et information des travailleurs	215
Réglementation	
Réglementation 1 : Trousse et local de premiers secours	219
Trousse de premiers secours	220
Local de premiers secours	224
Réglementation 2 : Nombre minimal de secouristes et Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours	227
Nombre minimal de secouristes en milieu de travail	228
Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours	229
Réglementation 3 : Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins	231
Bibliographie	254



Introduction

Présentation du manuel

Le présent manuel est mis à la disposition des secouristes en milieu de travail. Il constitue un outil de référence pour la formation et un complément d'information pour soutenir les secouristes dans leurs actions.

Le secouriste en milieu de travail doit être formé par un organisme reconnu par la CSST. Cette formation, d'une durée de seize heures, lui permet d'acquérir les connaissances nécessaires minimales pour appliquer une séquence d'intervention structurée et efficace. Elle lui permet également de maîtriser les techniques de base de la réanimation et d'acquérir les habiletés nécessaires pour donner les premiers secours aux personnes en détresse en milieu de travail.

Le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention* est le document de base pour la formation. Il présente les interventions permettant au secouriste formé d'agir dans la majorité des cas. Le manuel, pour sa part, s'inscrit comme le complément du guide. Plus élaboré, il facilite la compréhension des différents thèmes abordés dans le cadre de la formation. Comme les journées de formation ne permettent pas de traiter de manière exhaustive de la totalité des sujets, le secouriste doit :

- faire la lecture du manuel avant et après la session de formation ;
- relire le guide et le manuel périodiquement, afin de tenir ses connaissances à jour et de revoir l'application des protocoles ;
- consulter le guide en cas de doute quant à la nature des gestes à poser dans des situations d'urgence ; et
- consulter le guide après une intervention pour s'assurer d'avoir bien suivi les instructions fournies et améliorer, s'il y a lieu, sa pratique pour l'avenir.

Le présent manuel traite, de façon succincte, de certains sujets qui ne font pas partie de la formation de base de 16 heures. Le secouriste exposé à des situations telles que l'intoxication par le cyanure, l'administration d'oxygène, les accidents de plongée, l'utilisation de matériel servant aux immobilisations de la colonne vertébrale et les matières dangereuses utilisées au travail doit suivre une formation complémentaire sur ces sujets.

Démarche proposée

Le manuel propose une démarche axée sur l'application des protocoles d'intervention et une approche visant à reconnaître « les signes et les symptômes ». La démarche s'appuie sur les protocoles d'intervention présentés dans le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention*.

Cette démarche permet :

- de structurer et d'uniformiser l'approche et l'intervention ;
- de soutenir le secouriste dans son apprentissage ;
- de guider le secouriste dans son action auprès des personnes secourues ;
- d'assurer la continuité des soins en passant le relais à d'autres intervenants ; et
- de faciliter le bilan postintervention.

L'approche « signes et symptômes » se fonde uniquement sur la reconnaissance des signes et des symptômes présentés par la personne secourue, et non pas sur une maladie à diagnostiquer et à traiter.

Le manuel est conçu selon l'ordre dans lequel les protocoles d'intervention se présentent ; chaque protocole fait l'objet d'un chapitre. Chaque chapitre est construit de la façon suivante :

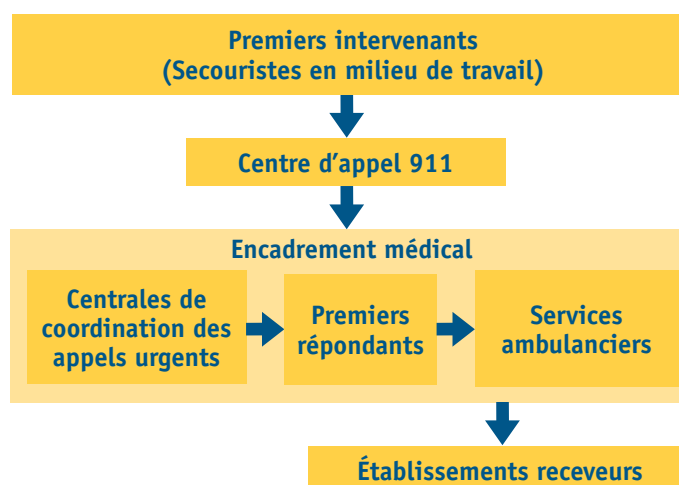
- Protocole d'intervention ;
- Brève description du sujet ou du problème abordé ;
- Signes et symptômes permettant de déterminer la nature du problème, s'il y a lieu ; et
- Interventions particulières nécessaires.

Les signes et les symptômes énumérés ne se manifestent pas toujours tous à la fois, mais un ou plusieurs d'entre eux peuvent se présenter en même temps. Ils peuvent aussi apparaître progressivement, si l'état de la personne s'aggrave.

Chaîne d'intervention préhospitalière

Dans son milieu de travail, le secouriste est le premier intervenant appelé à fournir une aide immédiate à la personne blessée, qu'elle soit atteinte gravement ou non. Son intervention est donc déterminante. Il doit alerter ou faire alerter les services préhospitaliers d'urgence dans les plus brefs délais et porter secours à la personne sur-le-champ, si la situation le permet. Comme les connaissances, les moyens et le temps dont il dispose sont limités, il ne doit pas déroger à des principes d'action très stricts.

Le secouriste s'inscrit dans la chaîne d'intervention préhospitalière, à titre de premier intervenant¹.



1. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. *Un système à mettre en place*, Urgences préhospitalières, Québec, 2000, p. 19.

Le premier intervenant est la personne se trouvant sur le site d'un incident ou qui découvre un individu en détresse. Considéré comme le premier maillon de la chaîne, le premier intervenant active celle-ci, afin que débute l'intervention structurée du système préhospitalier. Il peut prodiguer des soins de base (p. ex. les manœuvres de réanimation) nécessaires à la stabilisation de la victime avant l'arrivée des premiers répondants et des techniciens ambulanciers.²

La chaîne d'intervention préhospitalière, telle qu'elle est conçue, permet une intervention par paliers qui a pour but ultime la réduction des délais et la continuité des soins. Le rôle du secouriste tire son importance du fait qu'il est, dans son milieu de travail, le premier acteur de cette chaîne.

L'employeur et l'ensemble des travailleurs doivent se rendre compte de l'importance de la prévention des accidents dans leur milieu de travail. Le secouriste, par sa formation et son expérience, est particulièrement sensibilisé à la nécessité de faire de la prévention. La prévention est et restera toujours le moyen le moins coûteux de conserver un milieu de travail sain et des travailleurs en santé.

2. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. *Un système à mettre en place*, Urgences préhospitalières, Québec, 2000, p. 19.



Responsabilités générales du secouriste

Responsabilités générales du secouriste

Outre les obligations prescrites par la loi, des préoccupations d'ordre éthique sous-tendent le comportement attendu du secouriste. Tout citoyen devrait offrir son assistance à une personne en danger. Un tel comportement constitue l'un des fondements de la vie en société et témoigne, notamment, du respect d'autrui et de la valeur accordée à la vie.

Responsabilités du secouriste en milieu de travail

Intervenir

L'obligation de secourir au Québec figure dans la Charte des droits et libertés de la personne³. La Charte exige que tout citoyen sur le territoire québécois porte secours à une personne dont la vie est en danger. Cette obligation de secourir s'applique dans les interventions du secouriste en milieu de travail, peu importe l'endroit où il se trouve sur le territoire québécois. Le secouriste peut, selon la situation, s'acquitter de son obligation de secourir en prodiguant les premiers secours ou en appelant les services préhospitaliers d'urgence.

Par exemple, s'il reçoit une demande de secours en milieu de travail, le secouriste doit se rendre auprès de la personne en détresse, si cela ne met pas sa sécurité en danger. Il doit lui porter assistance directement en appliquant les techniques apprises au cours de la formation ou appeler les secours, s'il se sent incapable d'intervenir. Le secouriste adopte un comportement attendu lorsqu'il intervient de manière favorable auprès de la personne blessée ou victime d'un malaise. Lorsqu'il reçoit une demande d'aide, le secouriste en milieu de travail doit y répondre et tenter d'aider la personne en détresse.

Répondre à une demande de secours

Comme il a été mentionné précédemment, le secouriste en milieu de travail doit porter assistance à un collègue en danger. Il est difficile d'imaginer un secouriste refusant d'aider une personne en détresse, surtout s'il s'agit d'un collègue de travail. S'il n'intervient pas, il peut être tenu d'expliquer son inaction devant un tribunal de juridiction civile ou criminelle.

À titre d'exemple, l'inaction du secouriste peut lui être reprochée si, à la suite d'un accident du travail :

- il décide de ne pas intervenir parce que la personne peut être contaminée par le VIH, et ce, même si les mesures de protection universelles (gants, lunettes de protection et masque pour la réanimation) sont mises à sa disposition ;
- il ne tente pas d'appeler les secours.

3. RLRQ, chapitre C-12.

Adopter un comportement approprié

Il est difficile d'imaginer un secouriste qui ne se soucie pas de la santé et de la sécurité des personnes avec lesquelles il travaille. En analysant l'intervention d'un point de vue juridique, pour déterminer si le comportement d'un secouriste en milieu de travail est fautif, il faut établir le manquement à la bonne conduite au moment d'une intervention de secourisme.

C'est en comparant son action avec celle d'un secouriste possédant la même formation et la même expérience en secourisme qu'il est possible de déterminer si le comportement d'un secouriste, dans une situation donnée, a été fautif. L'enseignement donné au secouriste repose sur des techniques approuvées par les autorités médicales et consignées dans les protocoles d'intervention à l'usage des secouristes en milieu de travail. Si un secouriste déroge à l'application de ces protocoles, sans motif valable, il est alors possible de prétendre que son comportement n'est pas celui auquel on s'attend de la part d'un secouriste.

À titre d'exemple, un secouriste décide de déplacer, sans l'avoir immobilisée, une personne qui a fait une chute et qui peut avoir subi une blessure à la colonne vertébrale, et ce, sans qu'il y ait d'urgence ou de danger. Les protocoles d'intervention en secourisme indiquent pourtant de ne pas déplacer la personne sans l'avoir immobilisée au préalable. Dans cet exemple, le fait de déplacer la personne blessée sans justification va à l'encontre de l'enseignement reçu et à l'encontre des protocoles. Il ne s'agit pas d'un comportement attendu de la part d'un secouriste en milieu de travail, mais plutôt d'une faute qui peut engager sa responsabilité.

Si l'on réussit à démontrer que le secouriste n'a pas suivi les protocoles et les enseignements reconnus par les autorités compétentes, on peut prétendre que son comportement a été fautif. La responsabilité du secouriste sera engagée, s'il est possible de prouver que le préjudice subi par la personne secourue découle directement du comportement du secouriste.

Intervenir rapidement

Dans le cadre des premiers secours, la situation d'urgence commande d'intervenir. Par définition, l'urgence est une situation soudaine et imprévue. On ne peut pas retarder l'intervention de premiers secours lorsque la vie ou l'intégrité physique d'une personne sont menacées. En cas d'accident du travail ou de malaise, le secouriste doit intervenir rapidement. L'état d'urgence, à ce moment, peut justifier l'action du secouriste et, par conséquent, atténuer sa responsabilité.

Par exemple, s'il se trompe en appliquant la séquence des compressions thoraciques, le secouriste peut difficilement être tenu responsable des dommages causés à la personne qu'il tente de réanimer. L'urgence, le peu d'expérience et la nervosité seront des facteurs pouvant justifier une erreur commise en appliquant la séquence de réanimation cardiorespiratoire.

Règles relatives aux responsabilités du secouriste en milieu de travail

Les règles relatives aux responsabilités du secouriste énoncées précédemment s'appliquent à ses interventions en milieu de travail, avec certaines adaptations. Il y a lieu, à cet égard, de s'attarder à l'application du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins⁴.

Exonération de la responsabilité liée à l'intervention d'un secouriste en milieu de travail

Le secouriste désigné par l'employeur est considéré comme son représentant. À la suite d'un accident en milieu de travail, il n'est pas possible pour un travailleur de poursuivre son employeur. De ce fait, le secouriste représentant l'employeur ne peut pas être poursuivi pour avoir prodigué des secours à un travailleur. Ce principe est énoncé à l'article 442 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles⁵.

« Un bénéficiaire ne peut intenter une action en responsabilité civile, en raison de sa lésion professionnelle, contre un travailleur ou un mandataire d'un employeur assujetti à la présente loi pour une faute commise dans l'exercice de ses fonctions, sauf s'il s'agit d'un professionnel de la santé responsable d'une lésion professionnelle visée dans l'article 31. »

Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours

Le secouriste qui donne les premiers secours à un travailleur doit remplir le *Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours*⁶. Il doit y indiquer ses nom et prénom, les nom et prénom du travailleur secouru, la date, l'heure et la description de la blessure ou du malaise ainsi que la nature des premiers secours qu'il a prodigués. Cette collecte de données sert autant à l'employeur qu'aux travailleurs.

Responsabilité relative à l'utilisation du matériel de premiers secours

Lorsqu'il intervient, le secouriste doit pouvoir compter sur une trousse de premiers secours. Dans certains milieux de travail, le secouriste peut avoir à sa disposition de l'équipement spécialisé, comme du matériel d'oxygénothérapie, une planche dorsale, un collier cervical ou tout autre matériel qui n'est pas précisé dans le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins. Considérant qu'il met ce matériel à la disposition du secouriste en milieu de travail, l'employeur doit s'assurer que ce dernier a reçu la formation complémentaire nécessaire pour pouvoir s'en servir et qu'il en connaît le fonctionnement ainsi que les dangers d'utilisation.

4. RLRQ, chapitre A-3.001, r. 10.

5. RLRQ, chapitre A-3.001.

6. RLRQ, chapitre A-3.001, article 15.

Responsabilité de l'employeur par rapport au rôle du secouriste

Le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins oblige l'employeur à assurer en tout temps, dans son milieu de travail, la présence de secouristes formés. De plus, l'employeur doit munir ses établissements d'un nombre suffisant de trousses de premiers secours et y prévoir le contenu minimal⁷. Il incombe à l'employeur de vérifier le contenu des trousses, de s'assurer que le secouriste qu'il désigne a accès à une trousse rapidement et que ce dernier a reçu la formation nécessaire.

Administration de certains médicaments en situation d'urgence

L'employeur ne doit pas mettre de médicaments à la disposition du secouriste. Cependant, sur recommandation médicale, dans des situations particulières et après avoir reçu la formation nécessaire, certains secouristes peuvent disposer de médicaments contrôlés (par exemple, de l'épinéphrine (adrénaline) pour traiter les réactions allergiques graves). Le secouriste doit suivre les indications reçues en ce qui concerne l'utilisation de ces médicaments.

Le secouriste qui agit avec rigueur et professionnalisme, dans l'intérêt du travailleur, en s'assurant de respecter les limites de ses compétences, court très peu de risques de se faire reprocher ses gestes lorsqu'il secourt une personne en milieu de travail.

7. RLRQ, chapitre A-3.001, r. 10, article 4.



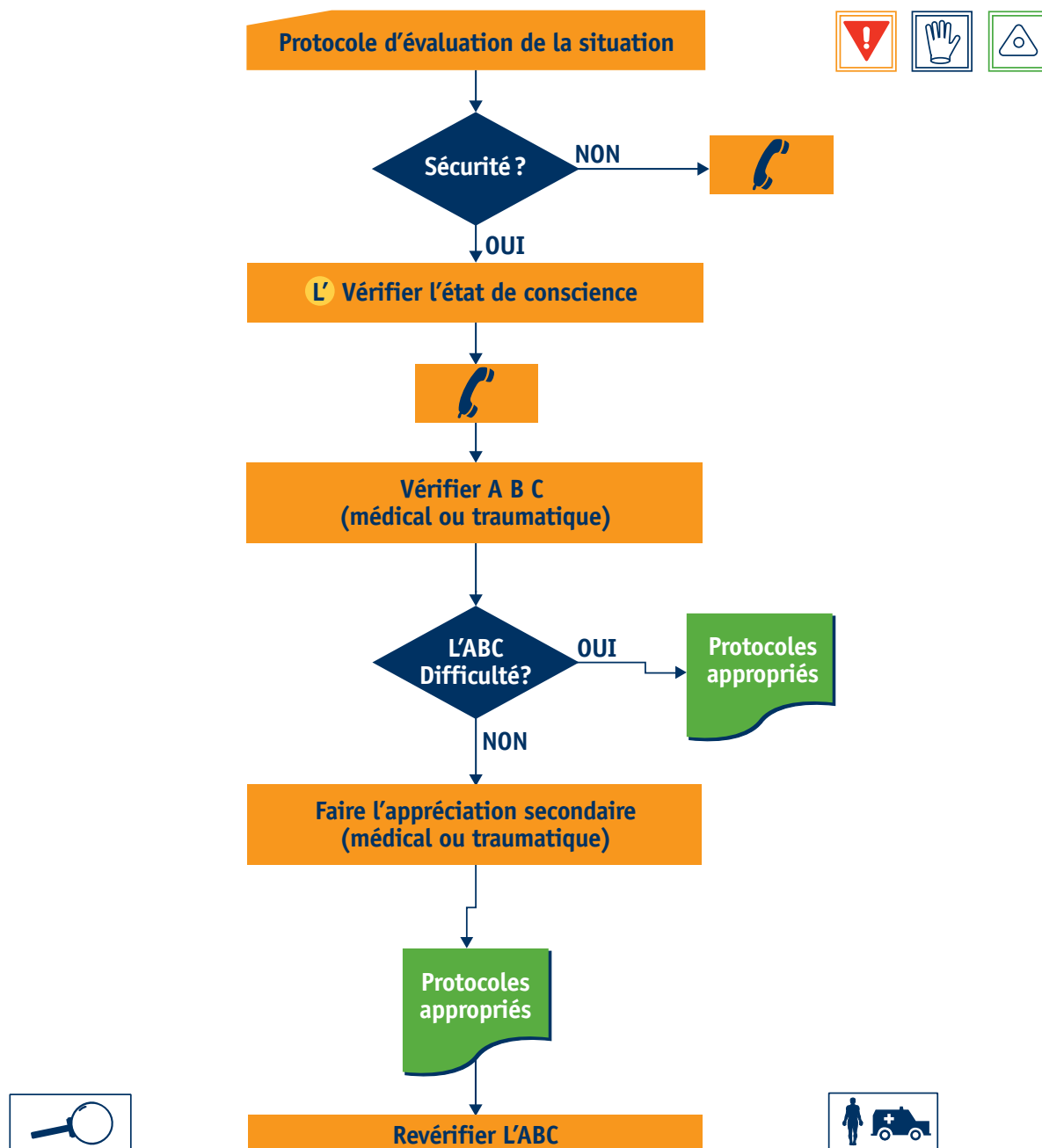
Intervention

CHAPITRE 1

Approche utilisée pour l'intervention



PROTOCOLE 1



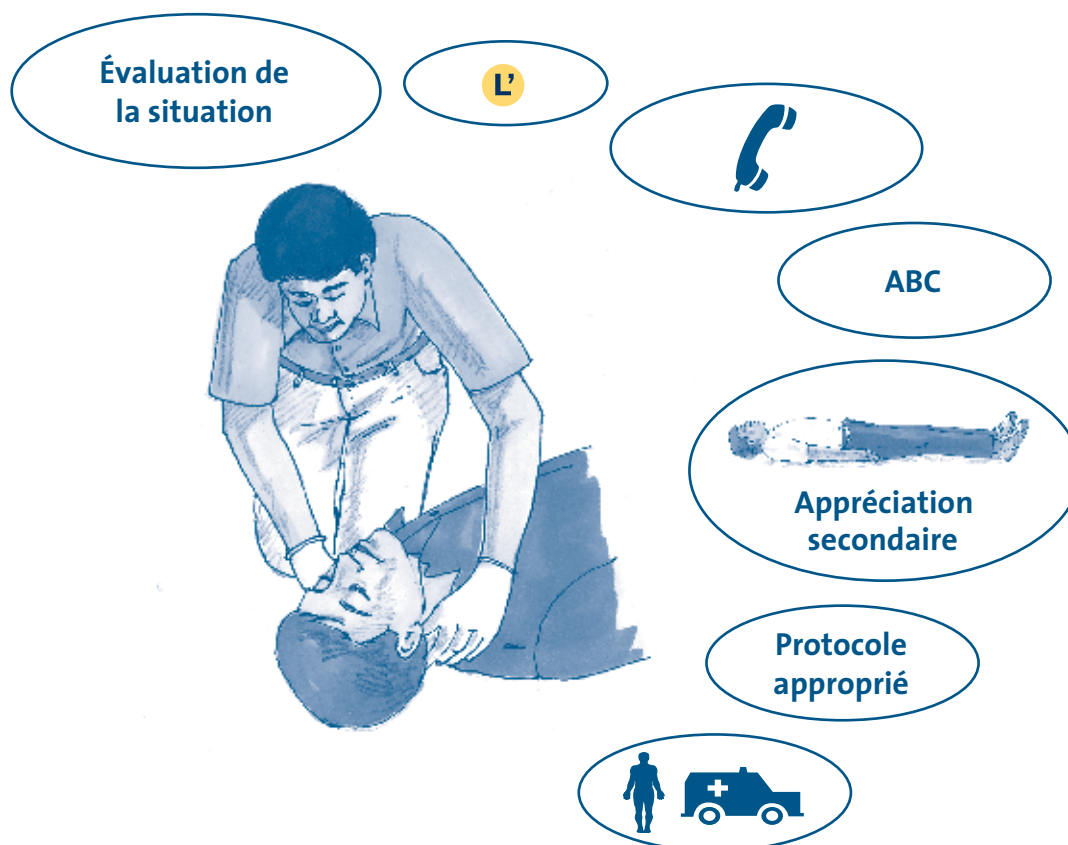
Le secouriste doit intervenir selon la séquence prévue par les protocoles d'intervention.

Approche utilisée pour l'intervention

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Vérifier L'ABC (médical ou traumatique).
5. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
6. Faire l'appréciation secondaire (rechercher les signes et les symptômes).
7. Appliquer les protocoles appropriés.
8. Revérifier L'ABC.

Séquence d'intervention

Les protocoles d'évaluation de la situation et d'appréciation de la condition clinique sont le canevas de l'intervention du secouriste. D'autres protocoles viennent s'y greffer, selon les signes et les symptômes présentés par la personne en détresse.



Évaluation de la situation

L'évaluation de la situation permet au secouriste d'évaluer l'environnement et les circonstances de l'événement, puis de préciser s'il s'agit d'un problème médical ou d'un problème traumatique.

L Vérification de l'état de conscience

La vérification de l'état de conscience permet d'établir si la personne secourue est consciente ou inconsciente. Si elle est alerte ou éveillée, c'est que la personne est consciente. Si elle ne réagit pas, c'est que la personne est inconsciente. L'information sur l'état de conscience de la personne secourue est une précision nécessaire à donner lors de l'appel aux services préhospitaliers d'urgence ; c'est pourquoi cette vérification doit être faite dès que possible, lorsque la situation ne comporte aucun danger. Il est essentiel, après la vérification de l'état de conscience, d'alerter les services préhospitaliers d'urgence.

Appel aux services préhospitaliers d'urgence

Le secouriste doit enclencher la chaîne d'intervention préhospitalière le plus rapidement possible après l'évaluation de la situation et, si la situation le permet, après la vérification de l'état de conscience de la personne secourue. Il doit aussi s'assurer de pouvoir compter, si c'est nécessaire, sur l'aide des témoins qui se trouvent sur place. Il doit alerter les responsables de la sécurité et les autres secouristes ou demander à un témoin de rester près de lui, afin de le seconder dans son intervention au besoin.

Appréciation de la condition clinique

L'appréciation de la condition clinique comprend l'appréciation primaire et l'appréciation secondaire. Les interventions du secouriste doivent être adaptées en fonction du problème de santé éprouvé par la personne secourue. Pour cette raison, le protocole d'appréciation de la condition clinique tient compte des particularités de l'intervention, selon que le problème est médical ou traumatique.

Appréciation primaire

L'appréciation primaire (L'ABC) permet de vérifier l'état de la personne secourue et d'entreprendre les interventions primaires destinées à maintenir ses fonctions respiratoires et circulatoires.

Appréciation secondaire

L'appréciation secondaire permet d'achever l'appréciation de l'état de la personne secourue et de repérer les blessures secondaires qui ne mettent pas sa vie en danger immédiat. C'est la recherche des signes et des symptômes par la collecte d'information, la prise des signes vitaux et l'examen physique complet en présence d'un problème traumatique.

Protocole approprié

Le résultat de l'appréciation de l'état de la personne secourue permet au secouriste de se reporter au protocole ou à la technique approprié et d'intervenir efficacement. Comme il a été mentionné auparavant, il importe de se reporter au protocole d'intervention dès l'appréciation primaire si la survie de la personne secourue est menacée, ou après l'appréciation secondaire si ce n'est pas le cas.

Réappréciation primaire

La réappréciation de l'état de la personne secourue doit être continue. Elle consiste à revérifier les fonctions vitales (L'ABC) régulièrement en attendant les services préhospitaliers d'urgence.

Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence

Le secouriste doit transmettre verbalement aux premiers répondants ou aux techniciens ambulanciers paramédicaux l'information concernant son intervention, afin d'assurer la continuité des soins prodigués à la personne secourue.

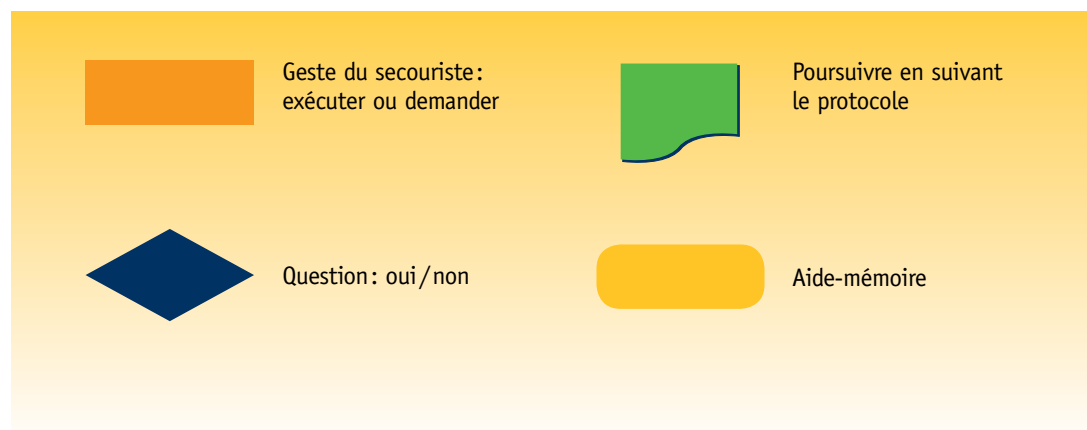
Légende utilisée dans les protocoles d'intervention

La légende utilisée dans les protocoles permet au secouriste de visualiser rapidement la séquence d'intervention à appliquer.

Diagrammes de couleur

Les diagrammes et le sens des flèches qui les relient indiquent au secouriste la séquence selon laquelle doivent se dérouler les gestes qu'il a à poser dans un ordre chronologique.

La couleur et la forme indiquent généralement la nature de l'information contenue dans le diagramme.



Certains diagrammes comprennent des illustrations ; il importe de bien connaître leur signification.



Alerter les services préhospitaliers d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence doivent être prévenus rapidement après l'évaluation de la situation et, si la situation le permet, après la vérification de l'état de conscience de la personne secourue.

Les situations suivantes exigent un appel immédiat aux services préhospitaliers d'urgence :

- Il y a un danger pour les intervenants ;
- Il y a plusieurs personnes à secourir ;
- Il y a un danger pour la vie de la personne secourue.

L'information suivante doit être transmise par téléphone aux services préhospitaliers d'urgence :

- Nom et adresse de l'établissement (donner un point de repère géographique, par exemple « à l'angle des rues X et Z », et indiquer le nom des voies d'accès) ;
- Nom et numéro de téléphone de la personne qui appelle (les services préhospitaliers d'urgence pourront la rappeler, si des renseignements additionnels sont nécessaires) ;
- Endroit précis où se trouvent la ou les personnes blessées dans l'établissement ;
- Nombre de blessés ;
- Brève description de la situation ;
- Circonstances de l'accident (les décrire brièvement) ;
- Difficultés pouvant retarder l'évacuation, s'il y a lieu.

Le secouriste doit laisser l'interlocuteur raccrocher le premier, afin de s'assurer que ce dernier dispose des renseignements nécessaires et qu'il n'a pas besoin d'information complémentaire.

Il faut s'assurer que le numéro de téléphone des services préhospitaliers d'urgence est affiché près du téléphone, s'il ne s'agit pas du 911.



Position latérale de sécurité

Cette position est indiquée dans les situations médicales lorsque la personne secourue présente ou a présenté une altération de son état de conscience ou qu'elle souffre ou a souffert de nausées et de vomissements. Elle permet de prévenir l'obstruction des voies respiratoires par la langue, les sécrétions, le sang ou les vomissements. La position latérale gauche de sécurité est généralement recommandée, afin de faciliter la circulation sanguine. S'il s'agit d'un traumatisme, la position latérale de sécurité décrite dans le diagramme ne doit pas être adoptée. Dans cette situation, il faut éviter le plus possible de bouger la personne secourue.

Exposer le thorax*

Attention ! Dignité et hypothermie

Dans les cas de traumatismes, de douleurs, de saignements, de déformations ou de difficultés respiratoires, une partie du corps de la personne secourue doit être exposée. Cela permet de déceler la présence d'une plaie ouverte ou d'un corps étranger, ou de repérer tout autre indice permettant de soupçonner une blessure interne. L'indication « Attention ! Dignité et hypothermie » rappelle qu'il importe de respecter la dignité de la personne secourue et que cela doit constituer un souci constant pour le secouriste. En outre, elle rappelle qu'il faut aussi prendre certaines précautions pour protéger la personne secourue contre le froid et l'hypothermie.



Surveiller la personne

Le secouriste doit surveiller la personne constamment en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. Il doit réévaluer les fonctions vitales de la personne, c'est-à-dire réappliquer la séquence de l'appréciation primaire (L'ABC) régulièrement.



Attendre les services préhospitaliers d'urgence

Les premiers répondants, les techniciens ambulanciers paramédics ou les autres intervenants doivent avoir rapidement accès à la personne. S'il existe plusieurs voies d'accès au bâtiment, le secouriste doit demander à quelqu'un de se placer à l'extérieur pour indiquer l'accès le plus rapide aux services préhospitaliers d'urgence et pour les guider par la suite jusqu'au lieu de l'intervention.

Oxygène*

Oxygène, si disponible

Il est essentiel de rappeler que l'administration d'oxygène exige une formation complémentaire.



Attention ! Sécurité

La sécurité d'abord. Le secouriste doit assurer sa propre sécurité en tout temps ; il doit aussi assurer celle de la personne secourue, si c'est possible, et celle des autres travailleurs ou témoins présents sur les lieux. En présence de toute situation dangereuse réelle ou potentielle pour lui-même ou pour les autres intervenants, il doit faire appel aux ressources spécialisées et attendre avant d'intervenir.



Porter des gants

Utiliser un masque de poche

Dans toutes ses interventions, le secouriste doit appliquer les mesures de protection et les moyens de prévention nécessaires.

Protection des intervenants

Maladies infectieuses transmissibles par le sang

Au cours de son intervention auprès de la personne en détresse, le secouriste peut être exposé à différents agents microbiens. Les risques de transmission de maladies infectieuses dont il est question dans le présent document sont ceux liés au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) et au virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Pour le secouriste, dans l'exercice de ses fonctions, les principales voies d'entrée de ces virus dans l'organisme sont la peau (par des lésions telles que coupures, piqûres ou égratignures) et les muqueuses (yeux, lèvres, bouche, intérieur du nez). Les virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH peuvent être transmis par le sang ou des liquides biologiques (salive, sécrétions, urine, selles) visiblement teintés de sang.

Modes de transmission

Les principaux modes de transmission sont :

- un contact significatif avec le sang de la personne infectée ou avec des liquides biologiques visiblement teintés de sang (par exemple, piqûre accidentelle avec une aiguille souillée de sang, coupure ou égratignure causées par un instrument souillé de sang) ;
- des éclaboussures de sang sur une peau lésée (plaie, dermatite) ou sur des muqueuses (yeux, lèvres, bouche, intérieur du nez) ;
- une morsure humaine ayant causé une perforation de la peau.

Le secouriste doit, dans le cadre de toutes ses interventions, appliquer des mesures de protection et des moyens de prévention tels que le lavage des mains avant et après le port de gants, l'utilisation de gants jetables et de masques de poche et le port de lunettes de protection. Il doit faire preuve de prudence lorsqu'il manipule des aiguilles ou des objets souillés et qu'il désinfecte du matériel, des surfaces de travail et des lieux d'intervention pouvant être contaminés.

Ces mesures constituent des « barrières de protection et des moyens de prévention » qui diminuent les risques d'exposition au sang et aux liquides biologiques et minimisent les risques de transmission de maladies infectieuses pouvant avoir de graves conséquences.

La crainte de contracter une infection ne doit cependant pas empêcher le secouriste de porter secours à une personne : elle doit plutôt l'inciter à prendre les mesures de protection et les moyens de prévention qu'exige la situation se présentant à lui.

Mesures de protection et moyens de prévention

Lavage des mains

Se laver les mains régulièrement est une bonne habitude à prendre pour prévenir la transmission des infections, car cette mesure en diminue les risques en tout temps. Le secouriste devrait toujours se laver les mains avant et après avoir donné des soins ou avoir fait une intervention. Il suffit ordinairement d'un bon lavage d'une minute (sans brosser) à l'eau courante et au savon, suivi d'un nettoyage des ongles, pour obtenir un résultat satisfaisant. Il est essentiel que les ongles soient courts et bien limés et que les cuticules soient bien entretenues pour éviter les lésions. Il est préférable de ne pas porter de bijoux.

Même lorsqu'il porte des gants, le secouriste doit se laver les mains après une intervention. À cause de l'humidité, les bactéries se multiplient très rapidement sur des mains gantées.

Dans les situations où il est impossible de se laver les mains à l'eau et au savon, une solution désinfectante (sans eau) à base de 70 % d'alcool peut être temporairement utilisée. Toutefois, dès que la situation le permet, il faut se laver les mains à l'eau et au savon.

Gants

Les gants servent d'obstacle lorsqu'on manipule des objets ou des matières pouvant être porteurs d'agents microbiens. Le port de gants est fortement recommandé pour toute intervention auprès d'une personne, pour la manipulation d'objets souillés et pour le nettoyage ou la désinfection du matériel, des surfaces de travail ou des lieux de l'intervention. Les gants doivent être jetables et remplacés le plus rapidement possible lorsqu'ils sont déchirés ou perforés.

Masque de poche

L'utilisation d'un masque de poche empêche le contact direct avec la bouche et le nez de la personne secourue au cours de la réanimation. Il est recommandé d'utiliser un masque muni d'une valve unidirectionnelle pour assurer une protection maximale. Si le masque est réutilisable, il faut le nettoyer et le désinfecter après usage, selon les indications du fabricant.

Désinfection du matériel de travail, des surfaces souillées et des lieux de l'intervention

Tous les objets jetables doivent être jetés après usage, dans un sac fermé hermétiquement, lequel sera placé dans un deuxième sac fermé. Tous les objets tranchants ou pointus doivent être manipulés avec soin et déposés dans des contenants rigides fermés. Il faut nettoyer et désinfecter le matériel réutilisable selon les indications du fabricant. Les surfaces de travail et les lieux de l'intervention doivent être nettoyés à l'eau savonneuse ou avec une solution antiseptique. Une solution d'eau de Javel et d'eau bouillie, dans une proportion de 1:10, peut être acceptable. Les vêtements souillés de sang peuvent être nettoyés à l'eau chaude et au savon ou nettoyés à sec.

Blouse, masque et lunettes de protection

La blouse, le masque et les lunettes constituent d'autres mesures de protection ou moyens de prévention qui peuvent être utilisés dans des cas précis. La blouse et le masque de poche servent à protéger à la fois le secouriste et la personne secourue contre des agents microbiens qui peuvent se transmettre de l'un à l'autre. Les lunettes de protection permettent de protéger les yeux du secouriste des gouttelettes de sang ou des liquides biologiques dont il pourrait être éclaboussé.

Interventions en cas d'exposition accidentelle du secouriste

Le secouriste qui entre en contact direct avec le sang ou les liquides biologiques visiblement teintés du sang de la personne blessée est considéré comme présentant un risque d'infection. C'est à ce moment que les mesures de protection prennent toute leur importance. Dans cette situation, il doit :

1. recevoir les premiers soins :

Exposition de la peau (coupures, piqûres, égratignures) :

- éviter de faire saigner la plaie en appliquant une pression ;
- nettoyer la région exposée le plus rapidement possible (eau et savon doux), sans brosser ; et
- rincer la région exposée avec de l'eau.

Exposition des muqueuses (yeux, lèvres, bouche, intérieur du nez) :

- rincer abondamment à l'eau le plus rapidement possible.

2. s'il y a lieu, se débarrasser de l'objet agresseur de façon sécuritaire.
3. noter les coordonnées de la personne pouvant être contaminée.
4. se rendre rapidement à l'hôpital (délai de consultation de deux heures suivant l'exposition).
5. apporter sa carte de vaccination ou son carnet de santé.
6. mentionner à l'accueil qu'il s'agit d'une exposition professionnelle au sang.
7. obtenir une évaluation médicale.

On peut télécharger la fiche *Que faire lors d'une exposition au sang?* (DC 100-498-1) sur le site Internet de la CSST. Elle peut être ajoutée au contenu de la trousse de premiers secours.

Gestion du stress en situation d'urgence

L'intervention du secouriste peut entraîner chez lui un certain niveau de stress. Le stress constitue une façon pour les organismes vivants de s'adapter à des situations d'urgence ou dramatiques. C'est la réponse biologique à l'agression ou à la stimulation. Cette réponse se traduit par :

- une augmentation de la fréquence cardiaque ;
- une augmentation de la tension artérielle ;
- une dilatation des bronches et des pupilles ;
- une augmentation du taux de sucre dans le sang.

En un rien de temps, la personne devient en état de survie, prête à fuir ou à trouver des solutions pour se défendre.

Le stress est donc une réaction normale de l'organisme à un agent physique ou psychologique. Il se traduit par certains comportements ou par certaines attitudes, tant chez la personne secourue que chez le secouriste.

Réactions possibles de la personne secourue

La personne secourue peut réagir de différentes façons à un agent stressant. Le secouriste devra donc ajuster son comportement en fonction de la ou des réactions qu'il constate, c'est-à-dire :

- *La fuite* : La personne peut nier la gravité de la situation et refuser l'aide du secouriste : « Tout va bien, je n'ai rien. Je n'ai pas besoin d'aide. » ;
- *L'abandon* : La personne peut se résigner à mourir, même si, apparemment, sa vie n'est pas en danger. Elle ne se bat plus. Le secouriste aura de la difficulté à obtenir sa collaboration pour lui permettre de s'en sortir : « Je vais mourir, il n'y a rien à faire. Ça ne vaut plus la peine ;
- *L'agressivité* : La personne peut être hostile et peut même s'opposer aux secours qu'on lui offre. Elle peut crier ou injurier le secouriste, ou tenter de le frapper ;
- *Le combat* : La personne peut être positive et collaborer avec le secouriste. C'est l'attitude qui facilite le plus l'intervention de ce dernier.

Réactions possibles du secouriste

Dans une situation d'urgence, le temps de réaction, la pensée et l'efficacité sont affectés au plus haut point. Dans de telles circonstances, la réponse émotionnelle du secouriste peut se traduire de l'une ou l'autre des façons suivantes :

- *L'effet tunnel* : Le secouriste ne perçoit plus ce qui se passe autour de lui. Son champ de vision et son ouïe diminuent. Il ne voit et n'entend que ce qui est directement lié à la source de son stress, par exemple la blessure ou les cris de la personne ;
- *L'étirement du temps* : Pendant le déroulement de l'intervention, les minutes semblent devenir des heures, particulièrement dans l'attente des renforts ou des secours ;
- *Les manifestations physiques* : L'organisme est en état d'alerte et cela peut se traduire par des tremblements incontrôlables ou des nausées subites ;
- *Le désordre général* : Le secouriste veut tout faire à la fois. Il oublie des éléments importants ; sa mémoire le trahit. Ce type de réaction est le plus nuisible, car, souvent, il gêne le déroulement de l'intervention. À titre d'exemple, le secouriste omet, en tout premier lieu, d'évaluer le danger et il essaie de récupérer un compagnon de travail inconscient dans une fosse septique, sans protection respiratoire ;

- *La fuite* : Le secouriste nie la gravité de la situation et le besoin que l'on a de lui. À la suite d'un accident, il ne se présente pas sur les lieux, prétextant que les secours sont déjà sur place, même s'il ne peut pas en être sûr ;
- *L'abandon* : Le secouriste arrive à la conclusion qu'il n'y a plus rien à faire, qu'il est trop tard ;
- *Le combat* : C'est l'attitude qui permet l'intervention. Le secouriste se dit : « J'y vais, je peux aider les personnes qui en ont besoin. Je vais faire tout ce que je peux. » L'instant où le secouriste choisit d'intervenir ou non est le plus critique. Une fois sa décision prise, il est habituellement en mesure d'agir en contrôlant son stress.

Le secouriste doit cependant toujours se rappeler que la prudence reste une priorité. Il ne s'agit pas de jouer les héros.

Gestion du stress

La gestion du stress en situation d'urgence peut faire toute la différence quant à la qualité de l'intervention. Une préparation mentale appropriée et la pratique régulière d'exercices de mise en situation de premiers secours peuvent permettre de réagir adéquatement. On peut diminuer sensiblement les effets néfastes du stress en le comprenant et en prenant des mesures pour le combattre. Si le secouriste ne gère pas son stress, la panique peut s'installer et l'empêcher d'intervenir adéquatement. Il doit :

1. s'assurer que le matériel de premiers secours est toujours prêt et accessible rapidement ;
2. relire périodiquement le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention* ou le présent manuel ;
3. en se rendant sur les lieux de l'urgence, réviser mentalement la procédure d'intervention et se détendre ;
4. garder son calme au moment du premier contact avec la personne ou avec les témoins en situation de crise. Éviter de se laisser influencer par les cris ou par la gravité de la blessure ou de la situation ;
5. parler calmement, lentement, clairement et sur un ton rassurant. Éviter de crier plus fort que la personne secourue ;
6. si celle-ci est agitée ou agressive, évaluer la dangerosité du comportement de la personne (perturbateur, destructeur, dangereux) et la calmer en lui posant des questions simples sur la situation. Poser une question à la fois. Éviter de poser des questions qui peuvent la provoquer. Reformuler ses réponses. Tenter d'attirer son attention sur l'action en cours ;
7. délimiter un périmètre de sécurité autour de la personne et du lieu de l'accident. Les curieux ou les volontaires inutiles peuvent contribuer sensiblement à l'augmentation du niveau de stress ;

8. si elle est consciente, parler régulièrement à la personne secourue pour la rassurer et rester en contact visuel avec elle, si c'est possible ;
9. être en rapport constant avec les autres secouristes. Il ne faut pas se concentrer sur un élément de la situation en particulier ;
10. après une intervention, parler de son expérience.

Si les effets prolongés du stress ou l'expérience d'un stress intense sont sous-estimés, cela peut conduire à de l'anxiété et à des troubles comme le stress post-traumatique.

L'employeur peut mettre à la disposition des travailleurs une assistance psychologique qui aide le secouriste à se libérer de ses émotions et à prendre du recul par rapport aux événements. Le secouriste peut aussi obtenir ce type d'aide en s'adressant au centre de santé et de services sociaux ou en faisant appel à des services privés.

Différentes autres situations peuvent créer du stress au travail. Si le secouriste est témoin de violence physique ou psychologique envers un employé ou de tout autre acte pouvant mettre l'intégrité d'une personne en danger, il devrait conseiller à cette personne de demander de l'aide. Dans de telles situations, il peut devenir un intervenant de première ligne.



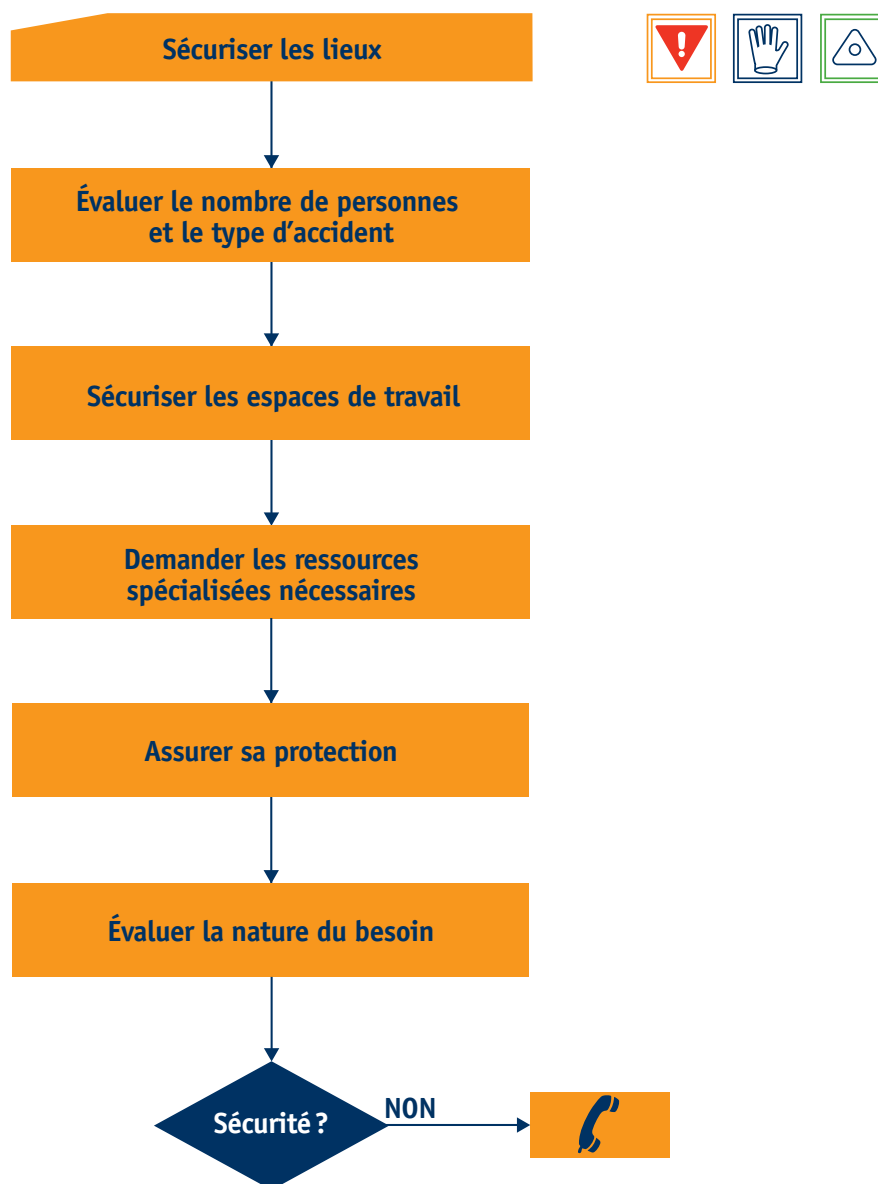
Évaluation

CHAPITRE 2

Évaluation de la situation



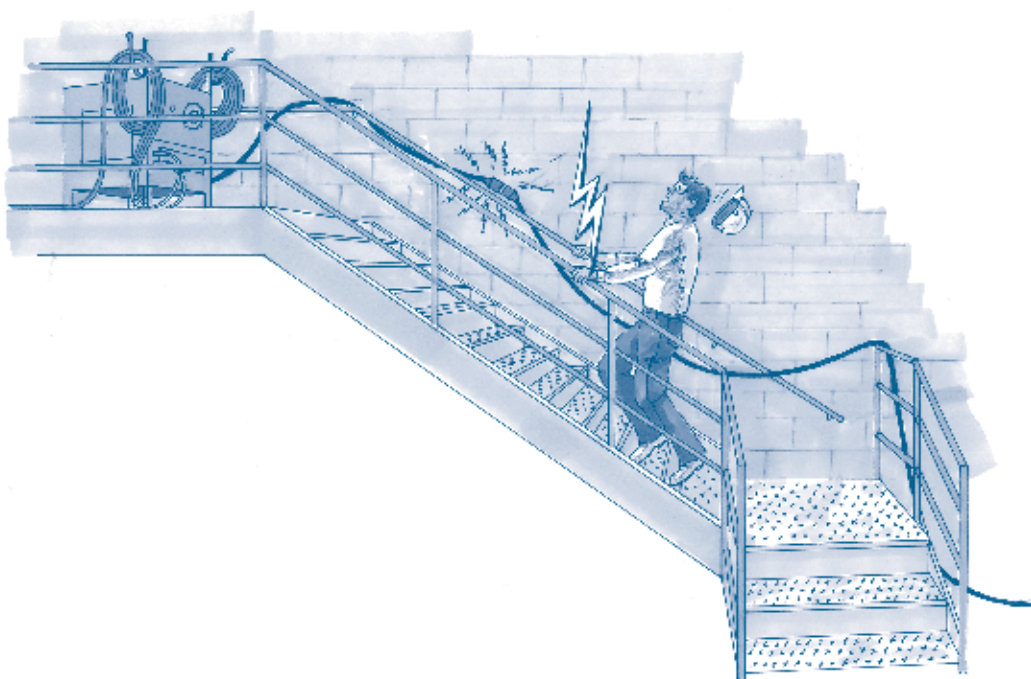
PROTOCOLE 2



Évaluation de la situation

L'évaluation de la situation est la première étape de l'intervention du secouriste. Cette action a priorité sur toutes les autres et elle doit toujours être exécutée de manière à assurer la sécurité des intervenants et celle de la personne secourue. Pour évaluer la situation, le secouriste doit suivre un plan qui comporte les sept (7) éléments suivants :

- Sécuriser les lieux (dangers possibles) ;
- Évaluer le nombre de personnes à secourir et le type d'accident ;
- Sécuriser les espaces de travail ;
- Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires ;
- Assurer sa protection comme secouriste ;
- Évaluer la nature du besoin ;
- Prévenir les services préhospitaliers d'urgence, si la situation comporte des dangers.



Sécuriser les lieux (dangers possibles)

La sécurité des lieux doit constituer une priorité pour tous les intervenants dans une situation d'urgence. Le secouriste doit déterminer s'il existe des dangers liés à la nature des lieux pour lui-même, pour la personne à secourir et pour l'entourage. En présence d'un danger d'explosion, d'incendie, d'effondrement, d'intoxication, d'électrocution, d'exposition à des températures extrêmes, etc., le secouriste doit rester à distance et faire appel aux ressources spécialisées pour contrôler ou éliminer le danger. Il doit éviter les espaces confinés ou restreints (fond d'un puits, d'un réservoir, etc.) ainsi que tout lieu où il y a un danger d'intoxication.

Le secouriste peut intervenir auprès de la personne à secourir uniquement lorsqu'il est certain de la sécurité des lieux. En présence d'un danger contrôlable, il doit maîtriser le danger avant d'intervenir. En présence d'un danger incontrôlable, il doit rester à distance et faire appel aux ressources ou aux équipes spécialisées, qui maîtriseront la situation. Il ne pourra intervenir en toute sécurité auprès de la personne à secourir qu'une fois la situation maîtrisée.

Note

Trop souvent, le secouriste devient victime lui-même avant d'avoir réussi à secourir les personnes en détresse. La sécurité du secouriste constitue une priorité pour la CSST.

Évaluer le nombre de personnes à secourir et le type d'accident

Le secouriste doit tenir compte du nombre de personnes à secourir avant d'intervenir, afin de pouvoir planifier efficacement son intervention. L'effet de surprise est amoindri lorsqu'il sait à quoi s'attendre. Le secouriste qui intervient auprès de plusieurs personnes en détresse doit alerter immédiatement les services préhospitaliers d'urgence et tenir pour acquis qu'il ne peut pas intervenir seul auprès de toutes ces personnes. Il doit déterminer l'ordre de priorité de ses interventions. Il existe une méthode de triage qui permet d'intervenir efficacement dans les situations d'urgence comptant plusieurs personnes à secourir. C'est la méthode **START** (Simple Triage And Rapid Treatment), présentée à l'annexe 1.

Pour appliquer cette méthode, le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire.

S'il s'agit d'un traumatisme, les caractéristiques de l'accident peuvent guider le secouriste dans son action auprès de la personne à secourir. Elles peuvent lui permettre de trouver des indices sur le ou les types de blessures possibles et de pressentir des traumatismes parfois peu ou non apparents. Le secouriste doit donc tenter de découvrir les caractéristiques de l'accident et essayer d'établir un lien avec le ou les traumatismes possibles. Une chute ou l'impact d'un objet peuvent laisser soupçonner différentes blessures. Dans son évaluation, le secouriste doit tenir compte, selon la situation, des éléments qui suivent :

Chute :

- La personne à secourir portait-elle de l'équipement de protection individuelle ÉPI (casque, harnais, lunettes, etc.) ? En l'absence d'ÉPI, les blessures peuvent être plus graves.
- De quelle hauteur la personne est-elle tombée ?
- Sur quel type de surface la personne est-elle tombée ? Plus la surface d'atterrissage est dure, plus les blessures risquent d'être graves.
- La chute a-t-elle été ralentie par un obstacle quelconque ?
- Quelle partie du corps de la personne a touché le sol en premier ?

Impact avec un objet :

- Quelle a été la vitesse de l'impact ? La gravité des blessures dépend directement de la vitesse à laquelle l'impact s'est produit.
- Est-ce que la personne a été projetée ? Sur quelle distance ? Portait-elle un ÉPI ?
- Selon l'impact, quelle partie du corps de la personne a été touchée en premier ?

Sécuriser les espaces de travail

Lorsqu'il est près de la personne à secourir, le secouriste doit assurer la sécurité de son espace de travail. Il aura sans doute à intervenir sur place en sécurisant l'espace ou en le faisant sécuriser par des ressources spécialisées, selon la situation, ou à décider de déplacer la personne vers un lieu sûr. L'espace de travail doit donc être suffisamment grand et stable, ne pas présenter de risques de blessure ou de chute, de risques d'inflammabilité, d'explosion ou d'électrocution, ni de risques d'électrisation, d'intoxication, d'effondrement, de glissement ou d'agression.

Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires

Les services préhospitaliers d'urgence doivent être alertés dans les plus brefs délais, afin que les premiers répondants et les techniciens ambulanciers paramédicaux soient sur place le plus rapidement possible.

Les ressources spécialisées, comme les policiers, les pompiers, Hydro-Québec ou d'autres équipes de spécialistes, doivent être informées dès que le secouriste constate ou appréhende un danger.

Le secouriste doit aussi alerter le plus rapidement possible le responsable de la sécurité et les autres secouristes sur place ou, si c'est impossible de le faire, solliciter l'aide d'un compagnon de travail, afin de maximiser son intervention.

Assurer sa protection comme secouriste

Le secouriste doit assurer sa protection contre les contacts avec le sang, les liquides biologiques ou toute autre substance. Pour se protéger, il doit porter des gants et se servir d'un masque de poche pour pratiquer la respiration artificielle ou utiliser tout autre moyen de protection disponible.

Évaluer la nature du besoin

Le secouriste doit connaître la raison de son intervention. S'agit-il d'un problème médical ou d'un problème traumatique ? Il doit recueillir rapidement l'information pertinente par rapport à la situation, afin de bien orienter son action.

S'il s'agit d'un problème médical :

- De quel type de problème s'agit-il ?
- Que ressent la personne (signes et symptômes) ?

S'il s'agit d'un problème traumatique :

- Que s'est-il passé (genre d'accident) ?
- La personne est-elle gravement blessée ?

Prévenir les services préhospitaliers d'urgence si la situation comporte des dangers.

Intervention au moment de l'évaluation de la situation

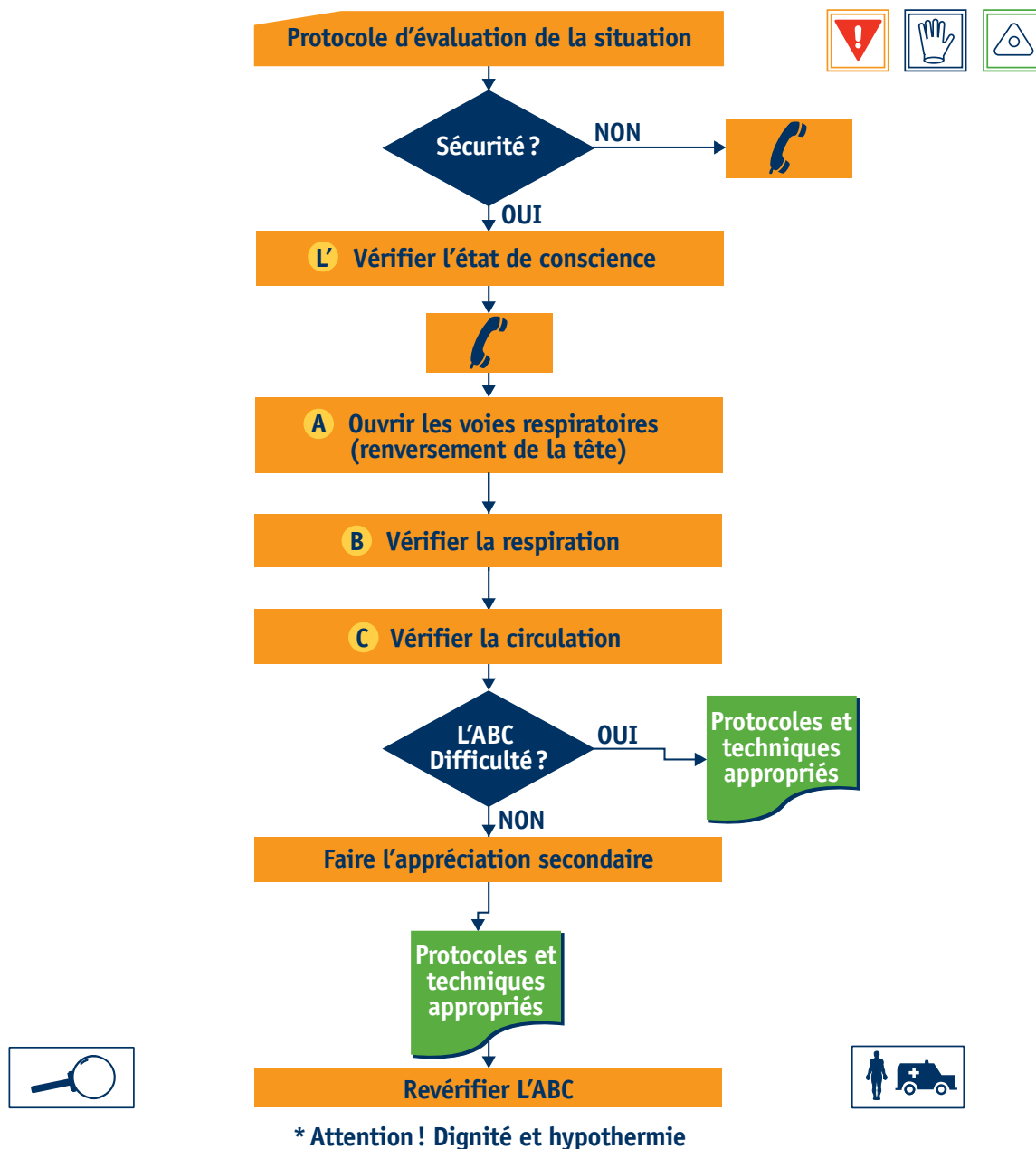
1. Sécuriser les lieux (dangers possibles).
2. Évaluer le nombre de personnes à secourir et le type d'accident.
3. Sécuriser les espaces de travail.
4. Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires.
5. Assurer sa protection comme secouriste.
6. Évaluer la nature du besoin.
7. Prévenir les services préhospitaliers d'urgence, si la situation comporte des dangers.

CHAPITRE 3

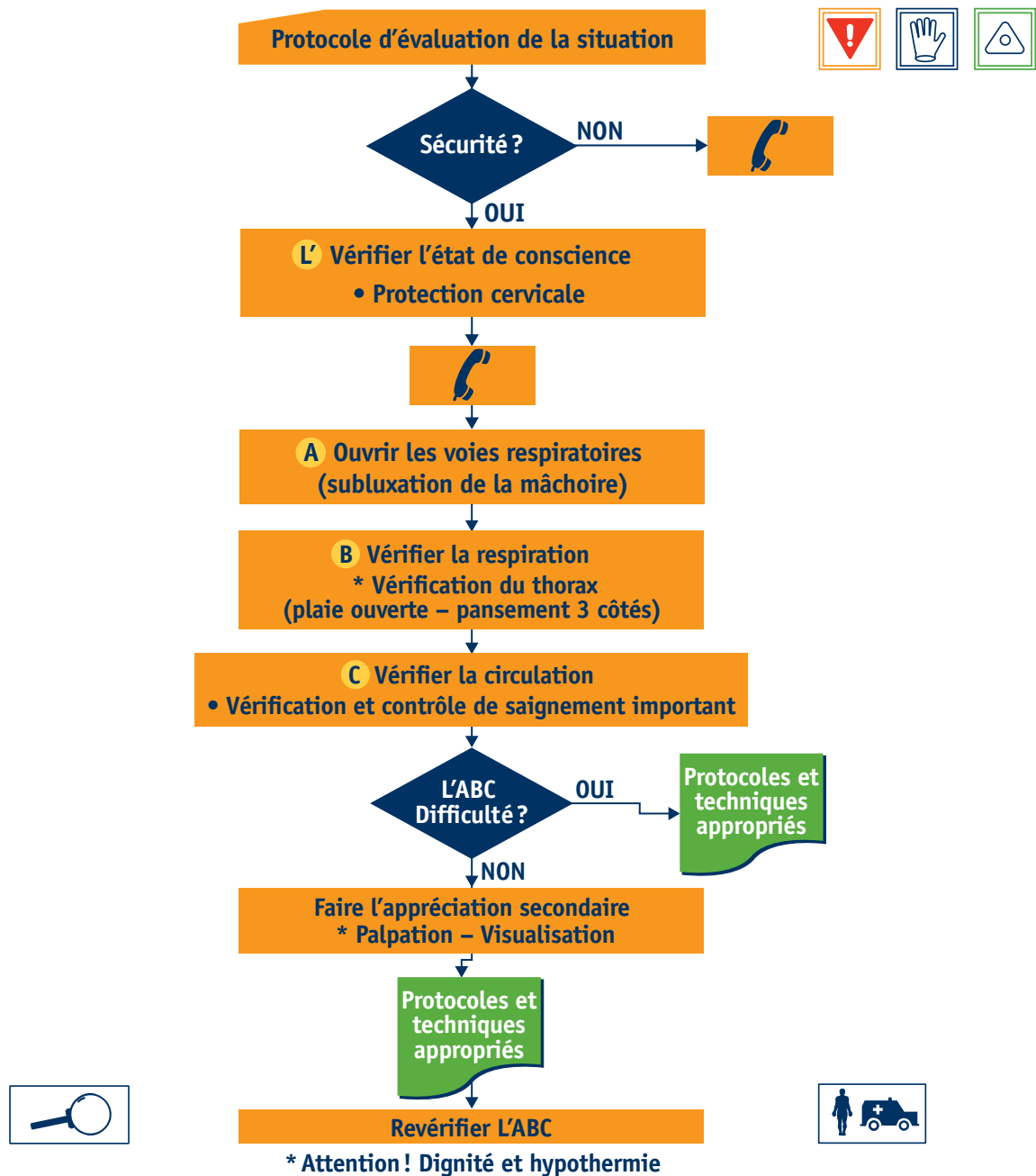
Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique



PROTOCOLE 3.1 (PROBLÈME MÉDICAL)



PROTOCOLE 3.2 (PROBLÈME TRAUMATIQUE)



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

Appréciation primaire

Tant dans le cadre de l'approche médicale que de celui de l'approche traumatique, l'intervention débute par l'appréciation primaire, et suit l'évaluation de la situation. Elle permet au secouriste de déterminer quelles sont les situations d'urgence vitale qui peuvent mettre la vie d'une personne en danger immédiat et d'établir les priorités d'intervention. Chaque problème sérieux détecté au moment de l'appréciation primaire doit faire l'objet d'une intervention immédiate.

L'appréciation primaire doit se faire chaque fois qu'un problème médical ou qu'un problème traumatique est constaté, au moyen de l'approche correspondant au type de problème rencontré (médical ou traumatique).

La séquence de l'appréciation primaire comprend L'ABC :

- L'** Vérifier l'état de conscience
- A** (Airway) Ouvrir les voies respiratoires
- B** (Breathing) Vérifier la respiration
- C** (Circulation) Vérifier la circulation

Le secouriste doit respecter cette séquence et l'appliquer dans cet ordre, sauf dans un contexte d'arrêt cardiorespiratoire. Dans une situation de réanimation cardiorespiratoire (RCR), la séquence d'intervention du secouriste débute par le massage cardiaque, en l'absence de respiration ou si la respiration est anormale (CAB).

L'appréciation primaire commence en s'approchant de la personne à secourir par devant afin d'être bien visible ; elle se déroule de la façon décrite ci-après.

Vérifier l'état de conscience

La vérification de l'état de conscience se fait d'abord verbalement ; si la personne secourue ne réagit pas à la voix, le secouriste doit stimuler la personne afin de vérifier si elle réagit à la douleur.



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

Si la personne secourue est alerte ou éveillée, il est indiqué de se présenter, en précisant sa fonction de secouriste, de lui demander de se nommer et de commencer la collecte d'information. Il est important de lui expliquer toutes les étapes de l'intervention, afin de la sécuriser et d'obtenir sa collaboration.

Si la personne secourue ne réagit pas, elle est inconsciente.

Il est essentiel, après la vérification de l'état de conscience, d'alerter les services préhospitaliers d'urgence.

S'il s'agit d'un traumatisme, il faut demander à la personne secourue de ne pas bouger et assurer la protection de la colonne cervicale manuellement sans faire de traction.

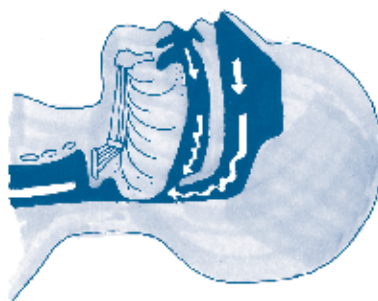


A (Airway) Ouvrir les voies respiratoires

La respiration est possible uniquement si les voies respiratoires sont ouvertes. Si la personne secourue est consciente, le secouriste doit s'assurer qu'elle n'a pas de liquide (sécrétions, sang) ou d'objets dans la bouche qui pourraient obstruer ses voies respiratoires.

Chez une personne inconsciente en position dorsale, la langue est la principale cause d'obstruction des voies respiratoires supérieures. Le manque de tonus musculaire fait basculer la langue vers l'arrière et provoque une obstruction.

Pour faciliter la respiration, le secouriste peut, s'il le juge nécessaire à cette étape, renverser la tête de la personne vers l'arrière, appuyer une main sur le front et soulever le menton avec les doigts de l'autre main.



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

S'il s'agit d'un traumatisme, le secouriste peut, pour faciliter la respiration, utiliser la subluxe de la mâchoire, afin de protéger la colonne cervicale de la personne. Pour appliquer cette technique, il doit se placer à la tête de la personne secourue, poser une main de chaque côté de sa mâchoire inférieure et la soulever vers le haut, en ligne droite, en s'assurant que la tête de la personne ne bouge pas. Il est essentiel de maintenir la tête et le cou de la personne secourue dans l'axe du tronc.



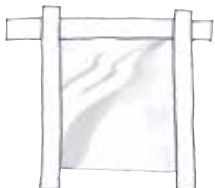
B (Breathing) Vérifier la respiration

À cette étape, le secouriste détermine si la personne secourue respire ou si sa respiration est anormale. Pour ce faire, il doit vérifier si le thorax se soulève.

Si elle respire, le secouriste doit évaluer succinctement la qualité de la respiration de la personne, en vérifiant si elle respire normalement, si elle semble éprouver des difficultés quelconques ou si elle émet des bruits respiratoires audibles. Si la personne secourue ne respire pas ou si sa respiration est anormale (respiration agonale), le secouriste doit appliquer immédiatement des compressions thoraciques et la séquence de RCR.



S'il s'agit d'un traumatisme et que la personne ne respire pas ou que sa respiration est anormale, le secouriste doit pratiquer la même séquence en utilisant la subluxe de la mâchoire et en assurant la protection de la colonne cervicale.



En présence d'une difficulté respiratoire et d'une douleur au thorax à la suite d'un traumatisme, le secouriste doit examiner la cage thoracique et rechercher une blessure ou une plaie. Une plaie pénétrante doit être traitée immédiatement par l'application d'un pansement fermé sur trois côtés. Consulter la technique 2, « Interventions en cas de plaies complexes ».

Toute blessure sérieuse au thorax doit être considérée comme pouvant mettre la vie de la personne secourue en danger ; il s'agit d'une situation d'urgence.

Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

C (Circulation) Vérifier la circulation

Si la personne secourue respire, le secouriste doit ensuite vérifier les signes de circulation suivants :

- La coloration et la température de la peau ;
- Les mouvements corporels possibles.

Une coloration blanchâtre ou bleuâtre et la froideur de la peau peuvent indiquer un problème circulatoire.

S'il s'agit d'un traumatisme, outre qu'il doit vérifier les signes de circulation en protégeant la colonne cervicale, le secouriste doit déceler toute hémorragie ou tout saignement important. Il doit vérifier si le sang s'écoule en abondance d'une plaie ou si les vêtements sont imbibés de sang. Un saignement abondant doit être maîtrisé le plus rapidement possible.

Appréciation secondaire

Vient ensuite l'appréciation secondaire, qui comprend la collecte d'information, la prise des signes vitaux, la recherche des signes et symptômes et l'examen physique complet en présence d'un problème traumatique. Elle fait suite à l'appréciation primaire et doit être réalisée lorsque l'état de la personne secourue ne nécessite pas d'intervention immédiate en fonction de L'ABC. Elle permet d'évaluer l'état global de la personne. Pour compléter ses observations, le secouriste doit demander à la personne secourue de décrire ce qu'elle ressent (pression, serrement, faiblesse, douleur, etc.) et vérifier si elle porte un bracelet ou un pendentif indiquant qu'elle souffre d'un problème médical connu (allergie, diabète, épilepsie, etc.).

En obtenant cette information de la personne secourue, le secouriste pourra orienter son intervention de façon efficace.



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

Collecte d'information

La collecte d'information se fait en utilisant l'aide-mémoire SAMPLE. Tout au long de son intervention, le secouriste doit tenter de recueillir de l'information ayant un lien avec le problème ou la blessure de la personne secourue. Les principaux renseignements à recueillir touchent les signes et les symptômes, les allergies, la prise de médicaments et les circonstances de l'événement. L'utilisation d'un aide-mémoire comme SAMPLE permet au secouriste de tenir compte de tous les éléments importants au cours de cette partie de l'évaluation.

Aide-mémoire SAMPLE

- S** Signes et symptômes
- A** Allergies
- M** Médication
- P** Passé médical
- L** Le dernier repas
- E** Événements précédant l'urgence

S Signes et symptômes

Qu'est-ce que la personne ressent ? Depuis quand ressent-elle ces symptômes ? Qu'est-il possible d'observer ? Coloration de la peau ? Transpiration ? Tremblements ? Autres signes ou symptômes ?

A Allergies

La personne souffre-t-elle d'allergies aux médicaments, à la nourriture ou aux animaux, ou d'autres types d'allergies ? Si oui, desquelles ?

M Médication

La personne a-elle des médicaments ? Si oui, pourquoi ? Les a-t-elle pris régulièrement au cours des derniers jours ? Aujourd'hui ?

P Passé médical

La personne éprouve-t-elle des ennuis de santé (diabète, épilepsie, problèmes cardiaques, respiratoires ou rénaux) ou a-t-elle récemment subi une chirurgie qui pourrait contribuer ou nuire à son état actuel ?

L Le dernier repas

À quelle heure la personne a-t-elle mangé pour la dernière fois ?

E Événements précédant l'urgence

Que s'est-il passé avant que la personne soit malade ou subisse l'accident ? Y a-t-il eu des circonstances inhabituelles ou des événements déclencheurs ?

Évaluation des signes vitaux

La prise des signes vitaux permet habituellement de vérifier la tension artérielle, la fréquence cardiaque (pouls) et la fréquence respiratoire (respiration). Dans le contexte des interventions de premiers secours en milieu de travail, le secouriste doit surtout mettre l'accent sur la qualité de la respiration. Chez un adulte, la respiration normale varie entre 12 et 20 respirations par minute. Dans le cas d'un problème respiratoire ou autre, la respiration peut être rapide ou lente, superficielle ou profonde ou bruyante et irrégulière.

S'il s'agit d'un traumatisme, le secouriste doit, dans tous les cas, faire un examen physique complet après s'être assuré de la stabilité de l'état de la personne pendant l'appréciation primaire. Cet examen a pour but de déceler toute autre blessure ne mettant pas la vie de la personne en danger immédiat.

L'examen physique complet consiste à palper et à examiner visuellement, s'il y a lieu, l'ensemble des structures du corps. Le secouriste doit rechercher une douleur, une déformation ou une plaie complexe. L'examen physique complet comprend les éléments suivants :

- Examen visuel et palpation de la tête, du visage et du cou ;
- Palpation et examen visuel du thorax, recherche d'une difficulté respiratoire ou d'une douleur (en présence d'une plaie pénétrante, appliquer le pansement approprié) ;
- Palpation de l'abdomen, recherche de rigidité ou de sensibilité ;
- Vérification de la stabilité du bassin, des membres inférieurs et des membres supérieurs ;
- Vérification du dos. Cet examen doit être fait au moment du transfert sur planche, si une évacuation de la personne est nécessaire. Sinon, il est recommandé d'attendre le personnel spécialisé.

Au moment de l'appréciation secondaire, le secouriste peut découvrir des blessures graves; il doit donc toujours en rechercher les signes.

Protocole d'intervention approprié

Au cours de la stabilisation primaire et à la suite de l'appréciation secondaire, le secouriste doit intervenir en utilisant le protocole d'intervention approprié aux signes et aux symptômes constatés.

Réappréciation primaire régulière

Le secouriste doit revérifier L'ABC régulièrement, afin de noter tout changement dans l'état de la personne ou toute détérioration de son état.

Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence

Afin d'assurer la continuité des soins à prodiguer à la personne, le secouriste doit faire un rapport concis aux intervenants qui prendront la relève. Dans d'autres situations, la confidentialité des renseignements obtenus doit être préservée.

Éléments du rapport verbal :

- Nom et âge de la personne ;
- Nature et description du cas ;
- Résultats de l'appréciation de l'état de la personne ;
- Interventions effectuées ;
- Éléments pertinents de la collecte d'information ;
- Éléments pertinents concernant la situation.

Protocole 3.1 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème médical)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. **A** Ouvrir les voies respiratoires en renversant la tête.
5. **B** Vérifier la respiration.
6. **C** Vérifier la circulation.
7. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
8. Faire l'appréciation secondaire (rechercher les signes et les symptômes).
9. Appliquer les protocoles et les techniques appropriés.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Protocole 3.2 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème traumatique)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. **A** Ouvrir les voies respiratoires en effectuant une subluxation de la mâchoire.
5. **B** Vérifier la respiration et le thorax (si plaie ouverte : appliquer un pansement sur trois côtés).
6. **C** Vérifier la circulation et contrôler les saignements importants.
7. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
8. Faire l'appréciation secondaire (recherche des signes et des symptômes, palpation, visualisation).
9. Appliquer les protocoles et les techniques appropriés.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Dans un contexte de réanimation cardiorespiratoire, que le problème soit médical ou traumatique, la séquence d'intervention débute par le massage cardiaque, pour obtenir l'ordre CAB.



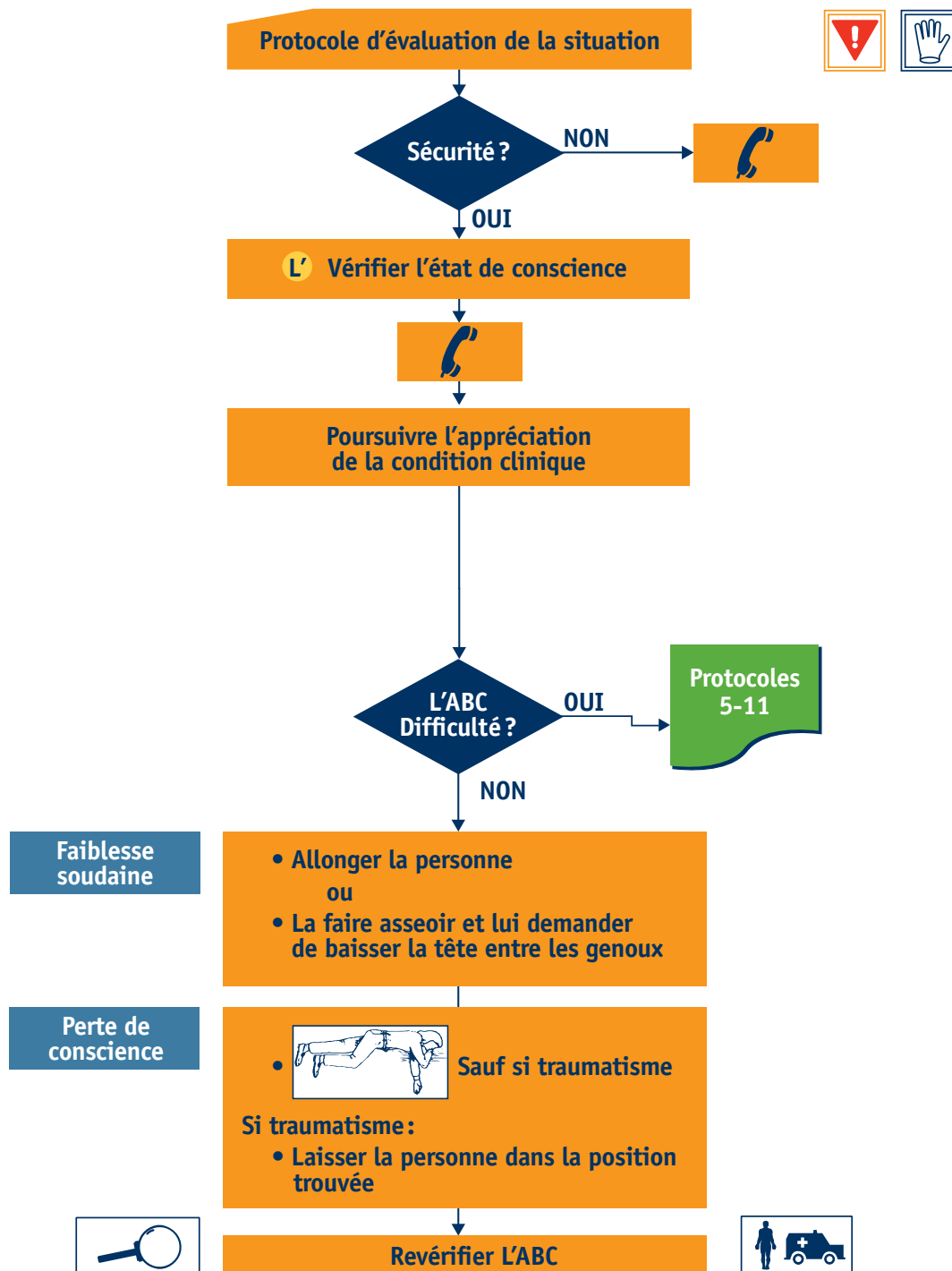
Problèmes médicaux

CHAPITRE 4

Altération de l'état de conscience



PROTOCOLE MÉDICAL 4



Des modifications de l'état de conscience peuvent survenir à la suite de différents problèmes de santé tels qu'une blessure, une intoxication, un malaise ou une maladie. Ces problèmes peuvent influencer le fonctionnement du cerveau et provoquer de la somnolence, ou un état semblable, et mener jusqu'à l'inconscience.

Au moment de l'appréciation primaire, le secouriste commence toujours son intervention en vérifiant si la personne secourue réagit ou non.

La vérification de l'état de conscience permet de constater si la personne est alerte ou si elle présente une altération de son état de conscience. La personne alerte est éveillée et réagit à ce qui l'entoure. La personne dont l'état de conscience est altéré peut sembler somnolente, mais réagir à la voix ou à la douleur ou être inconsciente, c'est-à-dire ne pas réagir à la voix et à la douleur.

Faiblesse soudaine

Signes et symptômes

- Pâleur ;
- Sensation de fatigue ;
- Étourdissements ;
- Transpiration ;
- Somnolence.

Perte de conscience

Le terme « évanouissement » est souvent employé pour décrire la perte de conscience ou l'inconscience. Si la personne secourue est inconsciente, sa langue ou des liquides (salive, sécrétions, etc.) peuvent obstruer ses voies respiratoires.

Signes et symptômes

- Absence de réaction à la voix ;
- Absence de réaction à la douleur ;
- Bruits respiratoires anormaux (ronflements, gargouillements).

Interventions en cas d'altération de l'état de conscience

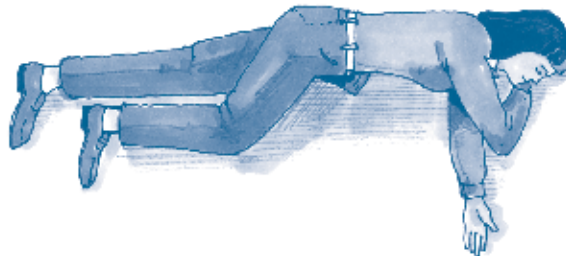
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.

6. Faiblesse soudaine :

- Allonger la personne ; ou
- La faire asseoir et lui demander de mettre sa tête entre les genoux.

Perte de conscience :

- Installer la personne en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme) ; ou



- Laisser la personne dans la position où on l'a trouvée. (si traumatisme).
7. Revérifier L'ABC régulièrement.

S'il s'agit d'un traumatisme et que la personne secourue respire, il faut la laisser dans la position où elle se trouve. Il faut éviter de la déplacer, à moins que sa vie ne soit en danger, et lui demander de ne pas bouger. Si c'est possible, le secouriste doit placer un appui de chaque côté de sa tête et de son corps, afin d'empêcher que la personne bouge. Il doit surveiller constamment sa respiration.

Note

*Assurer une bonne aération de la pièce et couvrir la personne, si c'est possible.
Ne rien donner par la bouche à une personne présentant une altération de l'état de conscience.
Diriger la personne secourue vers des soins spécialisés, même si elle dit se sentir mieux.*

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral peut être une cause de l'altération de l'état de conscience et survenir sans aucun avertissement. La personne secourue peut présenter un ou plusieurs des signes décrits ci-après.

Signes et symptômes

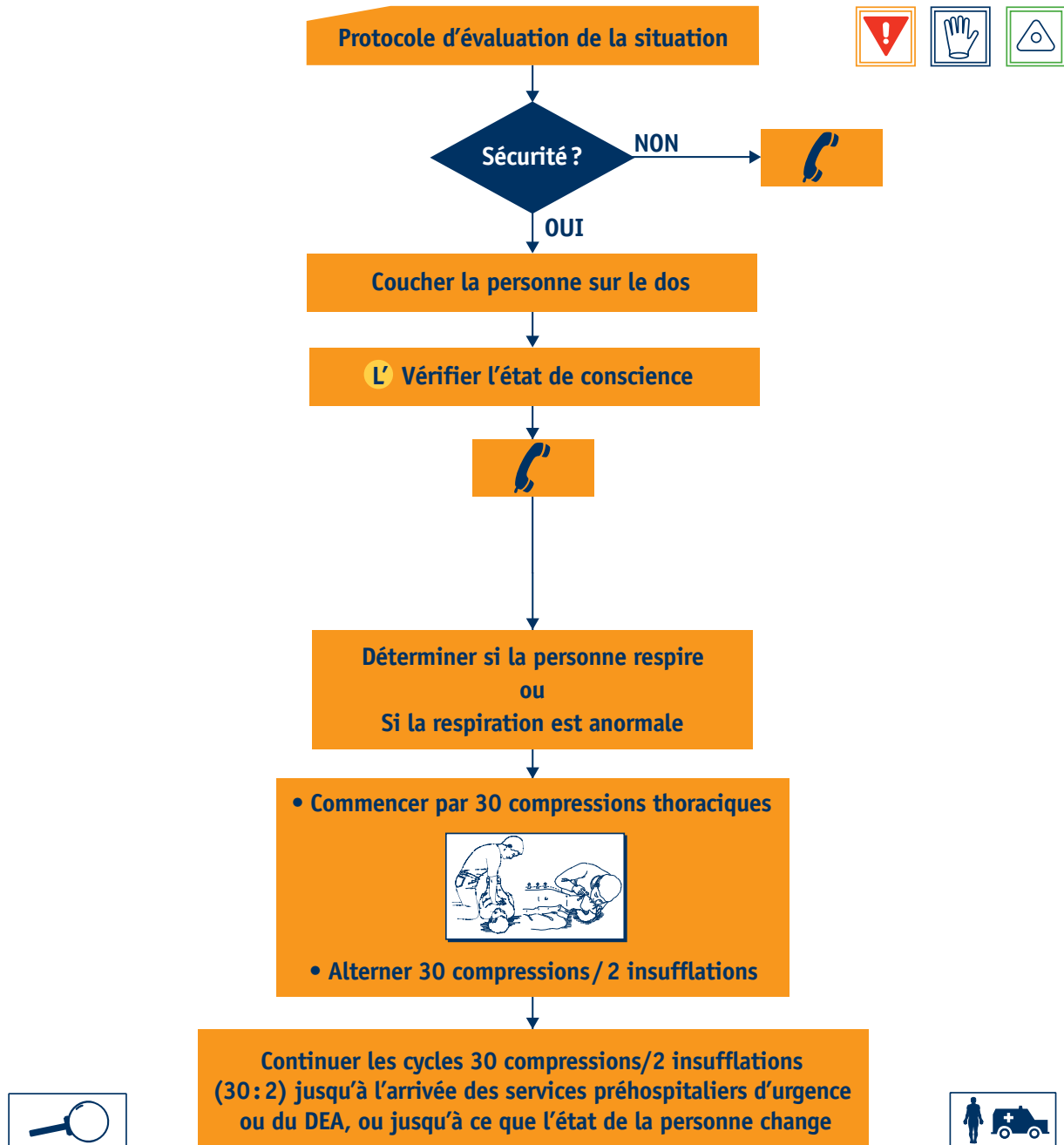
- Maux de tête violents ;
- Troubles de la vision ;
- Engourdissement du visage ou d'un membre ;
- Difficultés d'élocution ou de compréhension ;
- Étourdissements ;
- Paralysie ;
- Altération de l'état de conscience.

CHAPITRE 5

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte



PROTOCOLE MÉDICAL 5



Note : Installer le DEA dès que possible.
Compressions thoraciques avec 2 mains à un rythme d'au moins 100/minute.
Insufflation 1 seconde chaque.

Note

La séquence appliquée pour la RCR est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ».

La RCR est une technique qui consiste à alterner les compressions thoraciques et la respiration artificielle, afin de maintenir la circulation du sang et l'apport d'oxygène à l'organisme jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

Signes et symptômes

- Inconscience ;
- Absence de signes de circulation : absence de mouvement thoracique ou respiratoire, peau grisâtre ou bleuâtre.

Les chances de survie après un arrêt cardiorespiratoire sont plus grandes pour une personne si les manœuvres de RCR sont entreprises immédiatement et qu'un défibrillateur externe automatique (DEA) est disponible rapidement.

Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher la personne sur le dos.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus et que le DEA est demandé.



5. Déterminer si la personne respire ou si la respiration est anormale.



6. **C** Dénuder le thorax et commencer 30 compressions thoraciques à un rythme d'au moins 100/minute.



7. **A** Ouvrir les voies respiratoires.



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte

8. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde chacune).



9. Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations (30:2) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou du DEA, ou jusqu'à ce que l'état de la personne change.

S'il s'agit d'un traumatisme, l'ouverture des voies respiratoires doit se faire en utilisant la subluxeation de la mâchoire, afin de protéger la colonne cervicale. Pour exécuter cette technique, le secouriste doit se placer à la tête de la personne secourue, poser une main de chaque côté de sa mâchoire inférieure et la soulever vers le haut, en ligne droite, sans bouger la tête de la personne. Il est essentiel de maintenir la tête et le cou de la personne secourue dans l'axe du tronc.



Note

Si la personne secourue vomit, vous devez la tourner sur le côté (en cas de traumatisme, tourner la personne d'un seul bloc, c'est-à-dire en maintenant la tête et le cou dans l'axe du tronc). Nettoyer la bouche, remettre la personne sur le dos et continuer la respiration artificielle. Laisser les prothèses dentaires complètes en place, car elles facilitent le scellement de la bouche de la personne secourue. Si la respiration artificielle doit être pratiquée, enlever les prothèses dentaires complètes seulement si elles sont brisées, déplacées, lâches, ou si elles bloquent le passage de l'air.

Les insufflations trop fortes au cours de la respiration artificielle peuvent laisser pénétrer de l'air dans l'estomac, ce qui peut causer de la distension gastrique et entraîner des régurgitations. Lorsque le secouriste a en sa possession des gants et un masque de poche, il doit les utiliser.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte

L'utilisation d'un masque de poche est la méthode recommandée dans le cadre des premiers secours.

Technique d'utilisation d'un masque de poche

1. Installer le masque de poche de façon à couvrir la bouche et le nez de la personne.
2. Ouvrir les voies respiratoires : renverser la tête de la personne vers l'arrière, appuyer une main sur le front et soulever le menton avec les doigts de l'autre main.
3. Placer une main sur la partie supérieure du masque et l'autre à sa base, avec les doigts en crochets sur le menton, afin de maintenir une bonne étanchéité.
4. Insuffler l'air et surveiller attentivement le soulèvement du thorax.



Note

Si un dispositif d'oxygénothérapie est disponible, le relier au masque pour donner la respiration artificielle de bouche à masque.

S'il s'agit d'un traumatisme, l'ouverture des voies respiratoires doit être faite en utilisant la subluxation de la mâchoire, afin de protéger la colonne cervicale. Appliquer ensuite le masque sur le visage de la personne secourue et le tenir fermement en plaçant les pouces de chaque côté, tout en saisissant la mâchoire inférieure avec l'index, le majeur et l'annulaire. Soulever la mâchoire de la personne secourue vers le haut et lui maintenir la tête et le cou dans l'axe du tronc.

Défibrillation

Le secouriste en milieu de travail doit connaître les techniques de RCR et, si possible, avoir rapidement accès à un DEA, afin d'être en mesure d'aider efficacement les personnes victimes d'un arrêt cardiaque en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

La défibrillation consiste à appliquer un choc, ou un courant électrique, au cœur à travers la paroi thoracique. Cette intervention sert à rétablir un rythme normal après un arrêt cardiaque. Elle constitue une partie essentielle des soins d'urgence cardiaque.

Le terme *défibrillation* signifie « mettre fin à la fibrillation ». La fibrillation se caractérise par des contractions rapides et désordonnées des fibres du muscle cardiaque. Le cœur en fibrillation est incapable de pomper le sang de manière efficace. Ce désordre électrique peut se produire dans les cavités supérieures du cœur (oreillettes) ou dans les cavités inférieures (ventricules). S'il survient dans les ventricules (fibrillation ventriculaire), il conduit à un arrêt cardiaque. L'application rapide de la défibrillation est le seul moyen d'éviter la mort.

Les directives en matière de soins d'urgence cardiaque et de réanimation recommandent que la personne victime d'un arrêt cardiaque reçoive immédiatement des soins de RCR et qu'elle soit défibrillée dans les premières minutes, afin de diminuer les risques de lésions cérébrales et d'assurer de meilleures chances de survie.

Des études ont démontré que, sans défibrillation, l'efficacité de la réanimation diminue d'une proportion se situant entre 7 à 10 % par minute. Sans cette intervention essentielle, entre 2 et 5 % seulement des personnes en détresse survivent plus de 12 minutes.

La rapidité de la défibrillation à l'aide du DEA à la suite d'un arrêt cardiaque constitue un moyen efficace de diminuer la morbidité et la mortalité liées aux arrêts cardiorespiratoires. Pour que la DEA soit efficace, l'appareil doit être facile d'accès et les secouristes doivent avoir suivi la formation appropriée tous les trois ans, dans le cadre d'un programme planifié, en collaboration avec les services préhospitaliers d'urgence.

Si le secouriste est témoin d'un arrêt cardiorespiratoire, il doit utiliser immédiatement le DEA ou commencer la RCR jusqu'à ce qu'il dispose de l'appareil.

Utilisation du DEA en cas d'arrêt cardiorespiratoire

1. Mettre le DEA en marche.
2. Choisir les électrodes appropriées et les placer correctement.
3. S'éloigner de la personne afin de permettre à l'appareil de faire une bonne analyse.



4. Sans toucher à la personne, appuyer sur le bouton « CHOC », s'il est indiqué de le faire.
5. Recommencer immédiatement la RCR en effectuant des compressions thoraciques.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte

- Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou à la demande d'une deuxième analyse, ou jusqu'à ce que l'état de la personne change.

Note

Avant d'installer les électrodes, assécher le thorax, au besoin, et raser les poils aux endroits où les électrodes doivent être placées.

La première électrode doit être placée sous la ligne mi-axillaire gauche et l'autre, à droite du sternum, sous la clavicule.

Synthèse de la RCR chez l'adulte

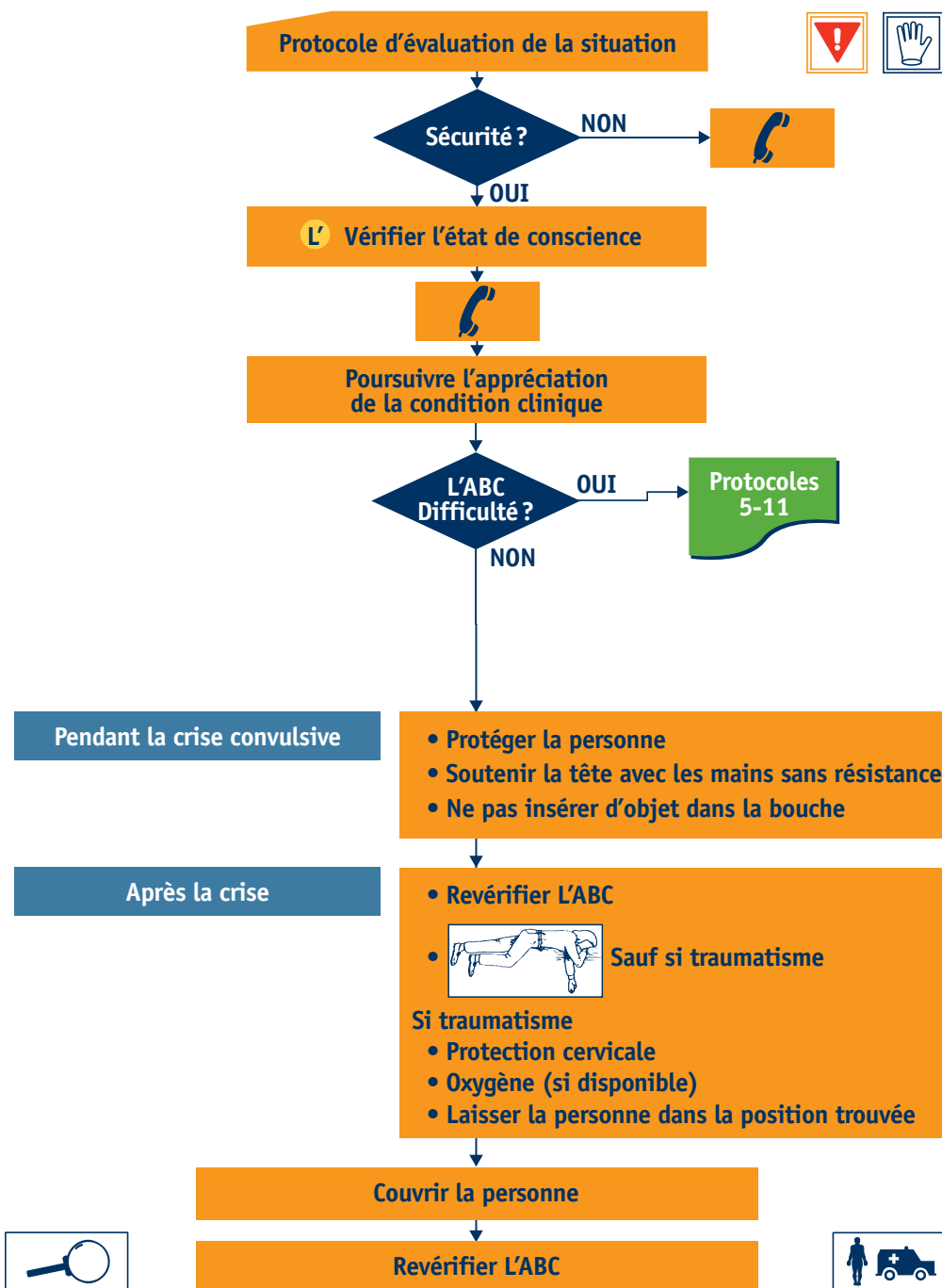
Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou de respiration normale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence
Séquence de RCR	- Compressions thoraciques ; - Ouverture des voies aériennes ; - Ventilation. → CAB
Localisation des compressions	Au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum
Méthode de compression	Avec les 2 mains
Fréquence des compressions	Au moins 100 compressions/min
Profondeur des compressions	Au moins 5 cm (2 po)
Relaxation de la cage thoracique	- Permettre la relaxation totale entre les compressions ; - Changer de secouriste toutes les 2 minutes pour faire les compressions.
Interruption pendant les compressions	- Minimiser les interruptions pendant les compressions thoraciques ; - Essayer de limiter les interruptions à moins de 10 secondes.
Voies aériennes	- Faire basculer la tête de la personne en lui soulevant le menton ; - En présence de traumatisme : effectuer la subluxation de la mâchoire.
Ventilation	- Environ 1 seconde par ventilation ; - Soulèvement visible de la cage thoracique.
Rapport compressions/ventilations	30:2
Défibrillation	- Fixer les électrodes et utiliser le DEA dès que possible ; - Minimiser les interruptions pendant les compressions thoraciques, avant et après le choc ; - Reprendre la RCR en débutant par des compressions thoraciques après chaque choc.

CHAPITRE 6

Convulsions



PROTOCOLE MÉDICAL 6



Les convulsions se caractérisent par des mouvements épisodiques et involontaires, localisés dans un ou plusieurs membres. Elles peuvent être partielles ou généralisées à tout le corps. Une crise convulsive est un symptôme et non une maladie.

Signes et symptômes

- Chute et raidissement ;
- Perte de conscience ;
- Contractions involontaires ;
- Cyanose des lèvres (coloration bleuâtre) ;
- Écume à la bouche (possibilité).

Interventions en cas de convulsions

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Pendant la crise convulsive :
 - Protéger la personne ;
 - Soutenir sa tête avec les mains sans exercer de résistance ;
 - Ne pas insérer d'objet dans sa bouche ;
 - Prévenir les services préhospitaliers d'urgence, si les convulsions persistent.

Après la crise convulsive :

- Revérifier L'ABC ;
 - Installer la personne en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme) ;
 - Si traumatisme : assurer une protection cervicale ;
 - Administrer de l'oxygène (si disponible) ;
 - Laisser la personne dans la position où on l'a trouvée.
6. Couvrir la personne.
 7. Revérifier L'ABC régulièrement.

S'il s'agit d'un traumatisme, le secouriste doit laisser la personne secourue dans la position où elle se trouve. Il doit assurer la protection de la colonne cervicale en maintenant manuellement la tête dans la position trouvée (sans faire de traction). S'il en dispose, le secouriste doit administrer de l'oxygène à la personne secourue.

Note

Pendant la crise :

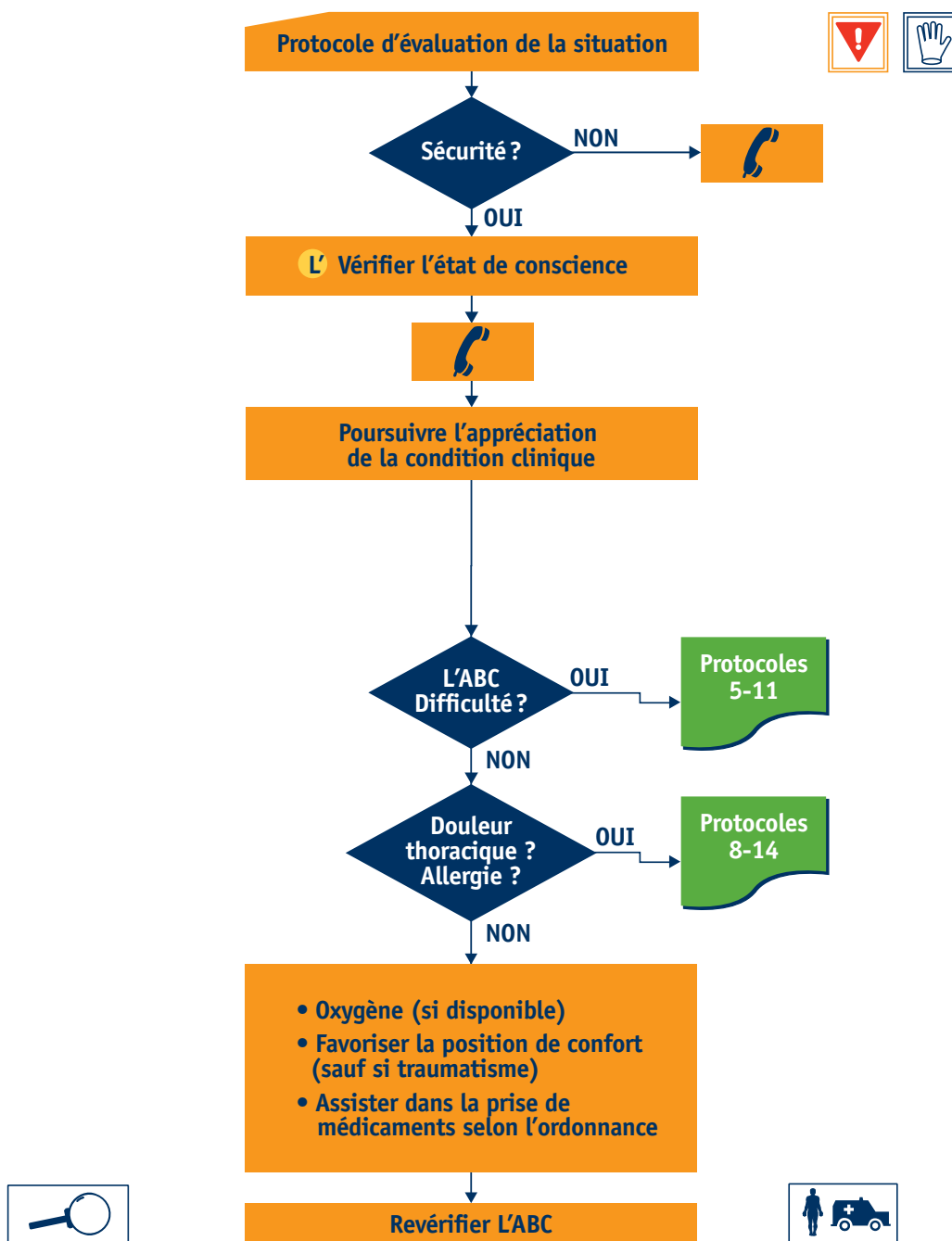
- *ne pas essayer de restreindre les mouvements, à moins que la sécurité du secouriste ou celle de la personne secourue ne soient menacées;*
- *s'il est possible de le faire, déplacer les objets dangereux qui se trouvent autour de la personne.*

CHAPITRE 7

Difficulté respiratoire



PROTOCOLE MÉDICAL 7



Une personne peut éprouver une difficulté respiratoire pour différentes raisons :

- Une maladie pulmonaire ;
- Une maladie cardiaque ;
- Une allergie ;
- Une obstruction des voies respiratoires ;
- Un traumatisme.

Le secouriste doit donc être vigilant en vérifiant l'état de la personne et en recherchant des signes et des symptômes, afin de bien orienter ses interventions.

La fréquence respiratoire normale chez un adulte se situe entre 12 et 20 respirations par minute. Une respiration plus lente que 10 respirations par minute ou plus rapide que 24 respirations par minute est un signe de détresse respiratoire qui exige une évaluation médicale par du personnel spécialisé.

Signes et symptômes

- Difficulté respiratoire exprimée verbalement par la personne ;
- Respiration rapide ou lente, superficielle ou profonde, irrégulière ;
- Respiration bruyante (bruits audibles, râles, sifflements) ;
- Toux, expectorations ;
- Voix rauque ;
- Cyanose (coloration bleuâtre) ;
- Agitation.



Interventions en cas de difficulté respiratoire

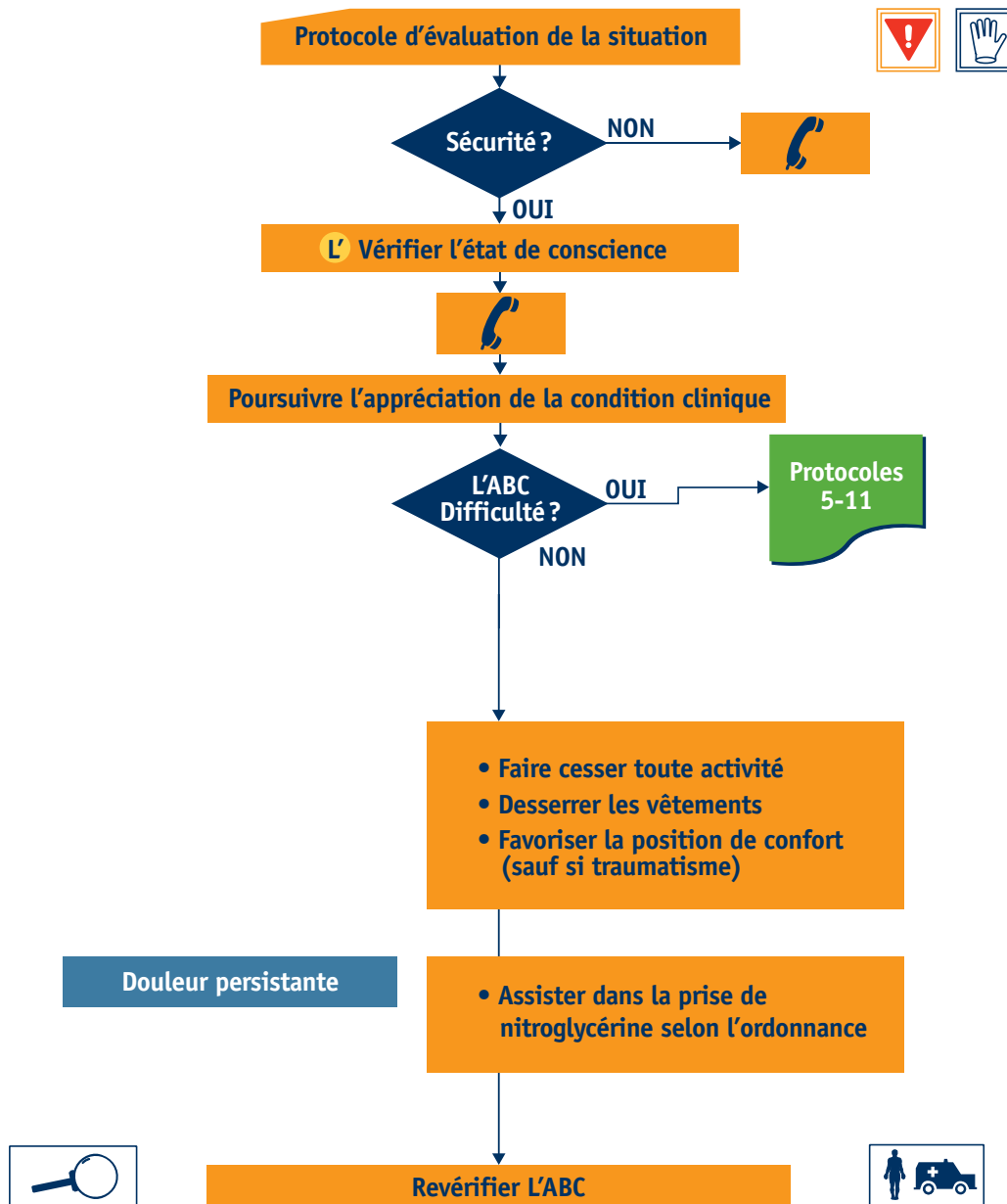
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Si le trouble respiratoire est associé :
 - à un traumatisme, consulter le protocole traumatique 3.2 ;
 - à une douleur thoracique, consulter le protocole médical 8 ;
 - à une obstruction des voies respiratoires, consulter le protocole médical 11.1 ou 11.2 ;
 - à une réaction allergique, consulter le protocole médical 14.
7. Administrer de l'oxygène (si disponible).
8. Favoriser la position de confort (en l'absence de traumatisme).
9. Assister dans la prise de médicaments selon l'ordonnance.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

CHAPITRE 8

Douleur thoracique



PROTOCOLE MÉDICAL 8



La douleur thoracique se manifeste par un inconfort de la région thoracique, entre l'ombilic (le nombril) et la mâchoire, comprenant le dos et les bras. Les douleurs thoraciques les plus fréquentes sont d'origine cardiaque. Ce type de douleur ne doit jamais être pris à la légère ou être confondu avec un problème de santé pouvant être considéré comme moins sérieux.



Signes et symptômes

- Douleur se présentant sous différentes formes : sensation de pesanteur, de pression, de serrement, de brûlure, d'élançement ou d'oppression ;
- Irradiation possible de la douleur (épaules, bras, mâchoire, dos) ;
- Apparition soudaine ou progressive ;
- Nausées, vomissements ;
- Pâleur ;
- Transpiration abondante (diaphorèse) ;
- Difficulté respiratoire (dyspnée) ;
- Faiblesse ;
- Angoisse, anxiété.

Interventions en cas de douleur thoracique

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Faire cesser toute activité et demander à la personne d'éviter tout effort.
7. Desserrer ses vêtements.
8. Favoriser la position de confort (en l'absence de traumatisme).
9. Douleur persistante : assister dans la prise de nitroglycérine selon l'ordonnance.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

La nitroglycérine peut se présenter sous différentes formes : comprimé sublingual, vaporisateur, onguent ou timbre.

Seuls les médicaments prescrits par le médecin peuvent être pris par la personne..

Il ne faut rien donner à boire ou à manger par la bouche à une personne inconsciente.

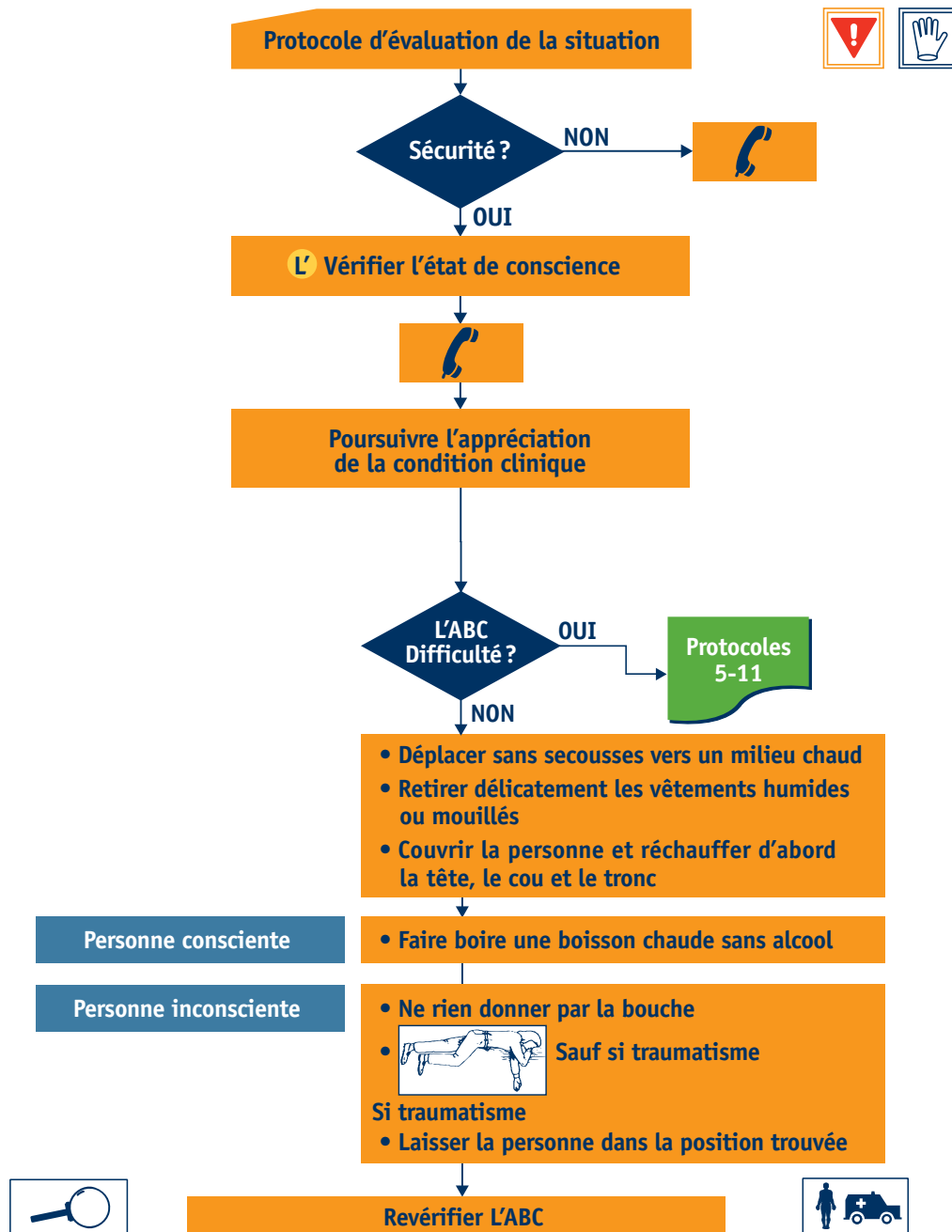
Les douleurs thoraciques peuvent provoquer un arrêt cardiorespiratoire.

CHAPITRE 9

Hypothermie



PROTOCOLE MÉDICAL 9



L'hypothermie résulte d'une chute de la température corporelle à moins de 35 °C. Cette diminution de la température peut être causée par une exposition plus ou moins prolongée à un milieu froid. L'hypothermie survient lorsque le corps, sous l'effet du froid, perd plus de chaleur qu'il n'en produit.

Signes et symptômes

- Frissons ;
- Tremblements ;
- Engelures possibles ;
- Respiration lente ;
- Altération de l'état de conscience (confusion, somnolence ou inconscience).

Interventions en cas d'hypothermie

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Déplacer la personne, sans secousses, vers un milieu chaud.
7. Retirer délicatement les vêtements humides ou mouillés de la personne.
8. Couvrir la personne et lui réchauffer d'abord la tête, le cou et le tronc.
9. Personne consciente :
 - Faire boire une boisson chaude sans alcool.
- Personne inconsciente :
 - Ne rien donner par la bouche ;
 - Installer en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme).
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

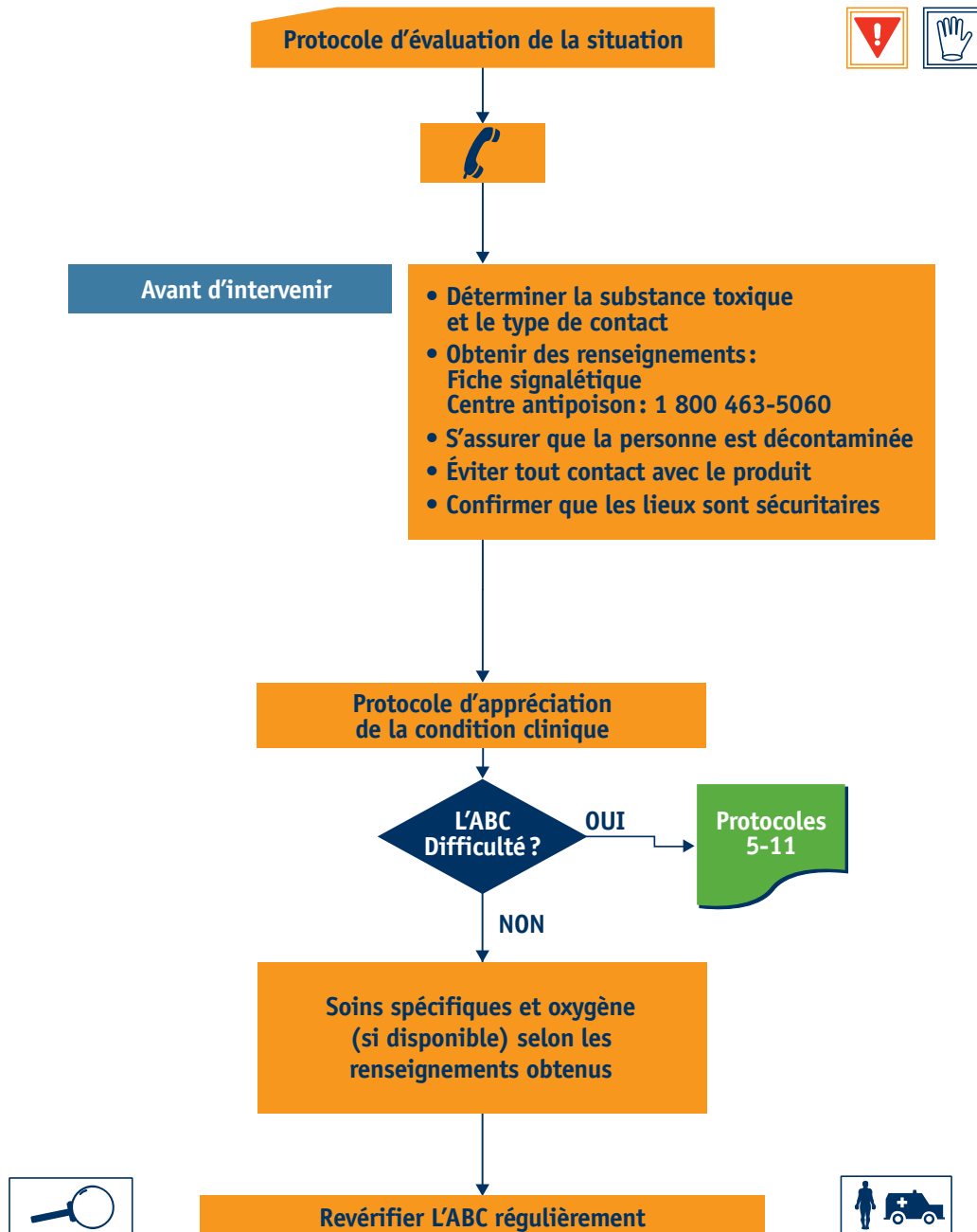
*Éviter de donner à la personne des boissons alcoolisées, car l'alcool a pour effet d'abaisser la température du corps et de favoriser la perte de chaleur par la peau.
Demander à la personne de s'abstenir de fumer, car la nicotine cause une diminution de la circulation sanguine.*

CHAPITRE 10

Intoxication professionnelle



PROTOCOLE MÉDICAL 10



Note : Intoxication au cyanure : interventions particulières (formation complémentaire spécifique)

Des milliers de substances toxiques, à l'état solide, liquide ou gazeux, sont utilisées dans divers milieux de travail. En pénétrant dans l'organisme, l'une ou l'autre de ces substances peut causer un empoisonnement, également appelé « intoxication ».

Un produit toxique peut atteindre l'organisme de différentes façons : par absorption cutanée (contact direct avec la peau ou les muqueuses), par inhalation (voies respiratoires), par ingestion (voie digestive) ou par injection (tissus ou sang).

Pour obtenir plus d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, consulter l'annexe 5, *Matières dangereuses – SIMDUT*.

Intoxication par absorption cutanée

L'intoxication par absorption cutanée peut survenir lorsque la peau entre en contact avec des substances toxiques. Ce genre d'intoxication peut se produire au moment de la manipulation de la substance à mains nues, par la contamination des vêtements ou d'une coupure, d'une écorchure ou d'une autre lésion de la peau. Les herbicides, les insecticides ainsi que plusieurs solvants présents dans les colles, les peintures, les laques et les vernis risquent de causer des intoxications par absorption cutanée.

Lorsque la peau vient en contact avec un produit toxique, il faut d'abord s'assurer que l'intervention ne présente aucun risque et, ensuite, décontaminer les surfaces, afin de prévenir l'intoxication.



Intoxication par inhalation



Les vapeurs, les fumées, les aérosols et les gaz toxiques peuvent affecter directement l'organisme lorsqu'ils sont inhalés. Dans les cas les plus aigus, ils peuvent provoquer la mort.

Intoxication par ingestion

Ce type d'intoxication peut être causé par des objets contaminés qui entrent en contact avec la bouche (crayon, cigarette, gomme à mâcher, mains, etc.). Il peut aussi être causé par des aliments contaminés, par une quantité excessive d'alcool, de médicaments ou de drogues, ou par toute autre substance toxique ingérée, volontairement ou non.

En milieu de travail, les intoxications par ingestion surviennent généralement de façon graduelle. Il peut toutefois survenir des situations exceptionnelles où une personne ingère un produit toxique susceptible d'entraîner une intoxication aiguë.



Chez une personne inconsciente, l'odeur de l'haleine ou les traces laissées sur les lèvres et dans la bouche sont des signes qui permettent de soupçonner ce type d'intoxication.

Intoxication par injection

Les intoxications par injection sont plutôt rares en milieu de travail, mais elles peuvent survenir dans certains secteurs d'activité qui exigent la manipulation d'aiguilles, de seringues ou de stylos piqueurs (par exemple, dans un laboratoire).

Signes et symptômes

Les effets d'un produit toxique sur l'organisme peuvent être rapides ou se manifester à retardement. Le secouriste doit rester attentif aux signes ou aux symptômes que la personne présente.

Les manifestations cliniques de l'intoxication sont très variables selon le produit, le type de contact et le temps écoulé depuis le contact. Les substances toxiques peuvent atteindre plusieurs systèmes de l'organisme et entraîner différents signes et symptômes.

- Une atteinte du système nerveux peut se traduire par :
 - des maux de tête (céphalées),
 - des étourdissements,
 - une altération de l'état de conscience (confusion, agitation, agressivité, hallucinations, inconscience),
 - des convulsions ;

- Une atteinte du système respiratoire peut se traduire par :
 - une toux,
 - des éternuements,
 - une respiration difficile, rapide ou lente,
 - une coloration bleuâtre de la peau,
 - un arrêt respiratoire ;
- Une atteinte du système cardiaque peut se traduire par :
 - un pouls irrégulier, rapide ou lent,
 - une douleur thoracique,
 - un arrêt cardiaque ;
- Une atteinte du système digestif peut se traduire par :
 - des nausées,
 - des vomissements,
 - une diarrhée,
 - une douleur abdominale ;
- Une atteinte du système tégumentaire (peau) peut se traduire par :
 - des rougeurs,
 - des brûlures.

Interventions en cas d'intoxication professionnelle

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
3. Avant d'intervenir auprès de la personne :
 - déterminer la substance toxique et le type de contact ;
 - obtenir des renseignements (par le biais de la fiche signalétique, de l'étiquette du produit ou d'un centre antipoison) ;
 - s'assurer que la personne est décontaminée ;
 - éviter tout contact avec le produit ;
 - confirmer la sécurité des lieux.

4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Donner les soins appropriés et administrer de l'oxygène (si disponible) selon les renseignements obtenus.
7. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

L'intervention en cas d'intoxication professionnelle nécessite une attention particulière au moment de l'évaluation de la situation. S'assurer que tous les risques de contamination ont été contrôlés avant d'intervenir.

La fiche signalétique est généralement accessible au travailleur dans son milieu. Sinon, l'étiquette du produit peut fournir les renseignements nécessaires. On peut joindre le Centre antipoison en composant le 1 800 463-5060.

Il ne faut jamais faire vomir la personne, à moins d'information contraire inscrite sur la fiche signalétique ou donnée par le Centre antipoison.

Si la personne est victime d'un arrêt cardiorespiratoire à la suite de l'inhalation d'un produit, il ne faut pas utiliser la méthode du bouche à bouche. Aider à la respiration avec un ballon-masque, si c'est possible, ou utiliser un masque de poche muni d'une valve unidirectionnelle appropriée. Dans toutes ces situations, le secouriste doit éviter d'inhalier les gaz expirés par la personne.

L'intoxication par le cyanure nécessite une intervention particulière (consulter la section « Information sur les intoxications par le cyanure », présentée ci-après.)

Même si la personne semble hors de danger, il faut toujours la diriger vers des soins médicaux spécialisés.

Information sur les intoxications par le cyanure

Le secouriste qui travaille dans une entreprise utilisant du cyanure ou des sous-produits doit recevoir une **formation complémentaire**. Cette formation doit porter sur les dangers liés à l'utilisation de ces produits et sur les interventions possibles en cas d'intoxication.

Les entreprises produisant ou utilisant des produits chimiques tels que les produits chlorés, les produits azotés, les fertilisants, les plastiques et les solvants ainsi que celles des domaines de la métallurgie (trempage du fer et de l'acier, soudage, galvanoplastie) et les mines qui utilisent des produits contenant du cyanure sont visées par cette recommandation. Les sous-produits de la combustion de ces substances sont aussi extrêmement toxiques.

Les intoxications par le cyanure sont parmi les plus dangereuses et peuvent provoquer la mort dans les minutes qui suivent l'exposition.

Le cyanure et ses sous-produits utilisés dans différents procédés industriels peuvent pénétrer dans l'organisme par inhalation, par ingestion ou par absorption cutanée (la peau ou les yeux). Le cyanure est absorbé très rapidement. De plus, il a un degré de toxicité élevé. Il a pour effet d'annuler la capacité des cellules de l'organisme à utiliser l'oxygène.

Signes et symptômes

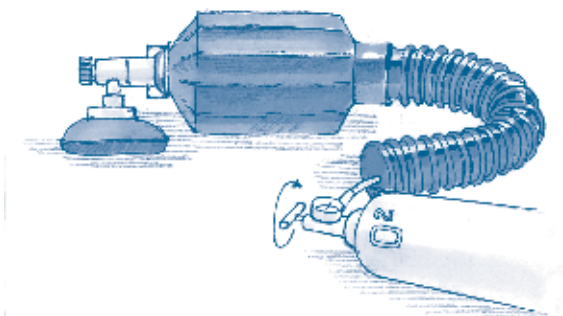
- Faiblesse ;
- Maux de tête (céphalées) ;
- Confusion ;
- Étourdissements ;
- Nausées, vomissements ;
- Difficulté respiratoire ;
- Convulsions.

Interventions en cas d'intoxication par le cyanure

La sécurité des lieux doit être assurée avant l'intervention, car le secouriste ne doit pas risquer de se contaminer lui-même.

La personne doit être décontaminée le plus rapidement possible. Il faut lui retirer ses vêtements. Si le produit est en poudre, brosser et rincer à grande eau.

L'administration d'oxygène demeure le traitement de choix en attendant l'administration de l'antidote. Si la personne est victime d'un arrêt cardiorespiratoire, le secouriste ne doit pas pratiquer le bouche à bouche ou le bouche à masque ; seule l'utilisation d'un ballon-masque est indiquée dans ce cas. Par ailleurs, le ballon-masque doit être muni d'une tubulure d'arrivée d'oxygène à 100 %.



Des antidotes existent pour contrer ce type d'intoxication. Le secouriste en milieu de travail n'est pas autorisé à administrer ce médicament. L'employeur doit s'assurer d'avoir un protocole concernant la gestion des antidotes et il doit en informer les travailleurs.

Note

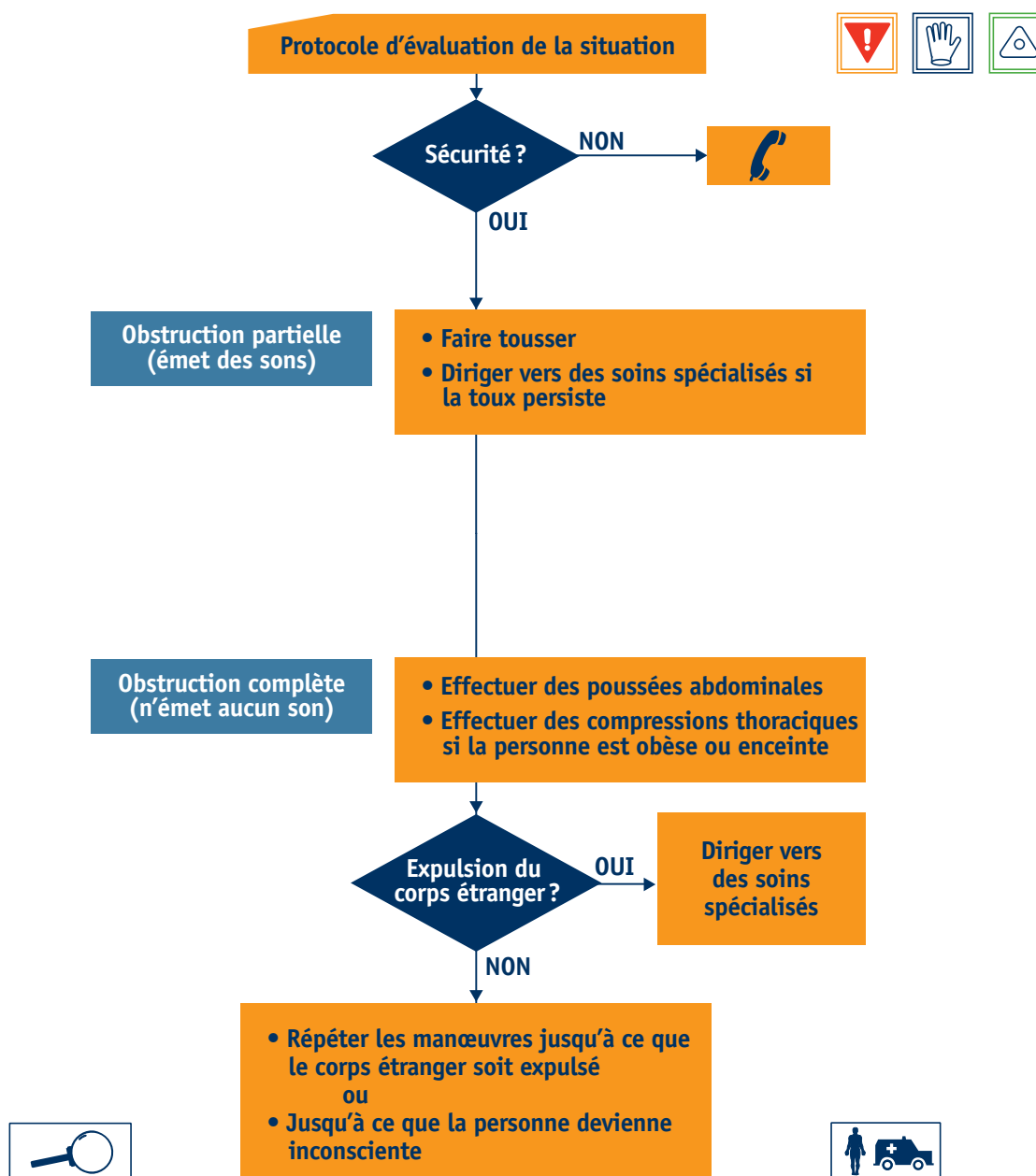
Le cyanure est un contaminant extrêmement dangereux. Pour intervenir auprès d'une personne intoxiquée par ce produit, le secouriste doit avoir reçu une formation complémentaire au préalable.

CHAPITRE 11

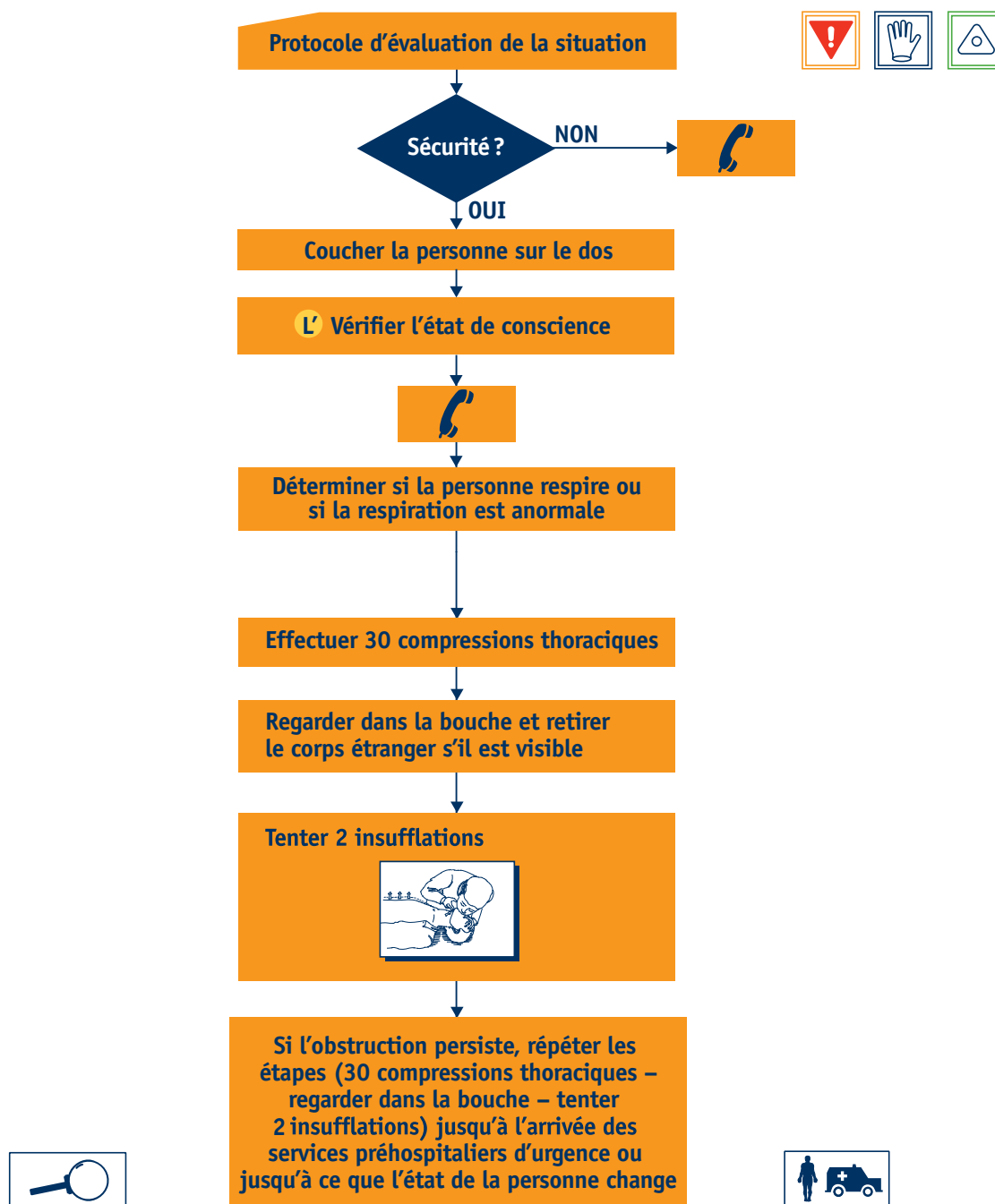
Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient



PROTOCOLE MÉDICAL 11.1 (ADULTE CONSCIENT)



PROTOCOLE MÉDICAL 11.2 (ADULTE INCONSCIENT)



Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Note

La séquence appliquée pour la RCR est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ».

L'expression « obstruction des voies respiratoires » signifie que la langue ou un corps étranger bloque les voies respiratoires et empêche l'air de se rendre aux poumons. L'obstruction peut être partielle ou complète. Une obstruction des voies respiratoires peut survenir chez une personne consciente ou inconsciente. Chez la personne consciente, l'obstruction des voies respiratoires est décrite comme un « étouffement ».

Obstruction des voies respiratoires (adulte conscient)

Obstruction partielle (la personne émet des sons)

Signes et symptômes

- Toux ;
- Bruits respiratoires anormaux ;
- Difficulté à respirer et à parler ;
- Panique.

Obstruction complète (la personne n'émet aucun son)

Signes et symptômes

- Incapacité de parler et de tousser ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre ;
- Panique.

Note

Le fait qu'une personne porte les mains à sa gorge est un signe universel qui indique qu'elle a besoin d'aide et que ses voies respiratoires sont peut-être obstruées.

Dans le cas d'une obstruction partielle, il ne faut rien donner à boire ou à manger à la personne.

Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (adulte conscient) :

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Demander à la personne si elle peut parler ou tousser.
3. Obstruction partielle :
 - Demander à la personne de tousser.



Obstruction complète :

- Exercer des poussées abdominales.

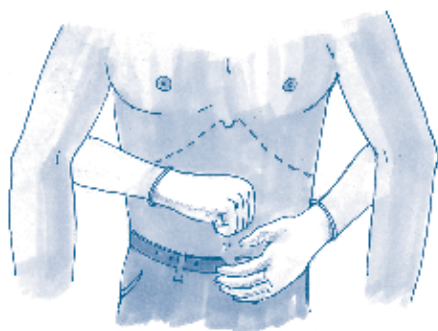
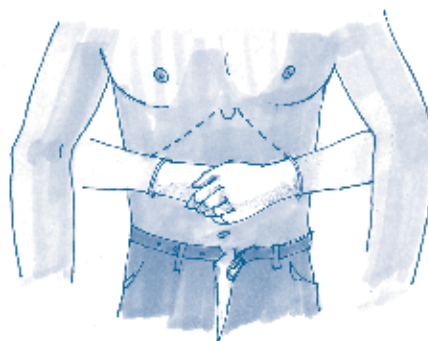


4. Répéter ces manœuvres jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que la personne devienne inconsciente.

Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Application technique

Pour effectuer les poussées abdominales, se placer derrière la personne à secourir, mettre un pied entre ses jambes pour assurer une meilleure stabilité et entourer sa taille en prenant garde de ne pas appuyer sur les côtes.



Situer l'endroit où doivent s'exercer les poussées, soit au-dessus du nombril, mais bien au-dessous de la partie inférieure du sternum.

Fermer le poing et le placer contre l'abdomen de la personne, le pouce vers l'intérieur, saisir le poing avec l'autre main et appuyer fortement sur l'abdomen en exerçant un mouvement vers l'intérieur et vers le haut, un peu en forme de « J ».



Si la personne est obèse ou enceinte, faire des compressions thoraciques jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que la personne devienne inconsciente.

Note

Chaque poussée abdominale doit être appliquée séparément, d'un mouvement distinct, pour expulser le corps étranger.

Même si le corps étranger a été expulsé, la personne doit toujours être dirigée vers des soins spécialisés, car elle peut souffrir de lésions internes consécutives aux poussées abdominales.

Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Obstruction des voies respiratoires (adulte inconscient)

Signes et symptômes

- Absence de réaction ;
- Absence de respiration ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre de la peau.

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (adulte inconscient) :

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher la personne sur le dos.
3. **L** Vérifier l'état de conscience.



4. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
5. Déterminer si la personne respire ou si la respiration est anormale.

6. **C** Effectuer 30 compressions thoraciques.



Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

7. Regarder dans la bouche et retirer le corps étranger, s'il est visible.
8. **A** Ouvrir les voies respiratoires.



9. **B** Si le corps étranger n'est pas visible, tenter 2 insufflations.
- 10 Si l'obstruction persiste, répéter les étapes (effectuer 30 compressions, regarder dans la bouche, tenter 2 insufflations) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou jusqu'à ce que l'état de la personne change.

S'il s'agit d'un traumatisme, l'ouverture des voies respiratoires doit se faire en utilisant la subluxation de la mâchoire, afin de protéger la colonne cervicale. Pour exécuter cette technique, le secouriste doit se placer à la tête de la personne, poser une main de chaque côté de sa mâchoire inférieure et la soulever vers le haut, en ligne droite, sans bouger sa tête. Il est essentiel de maintenir la tête et le cou de la personne dans l'axe du tronc.

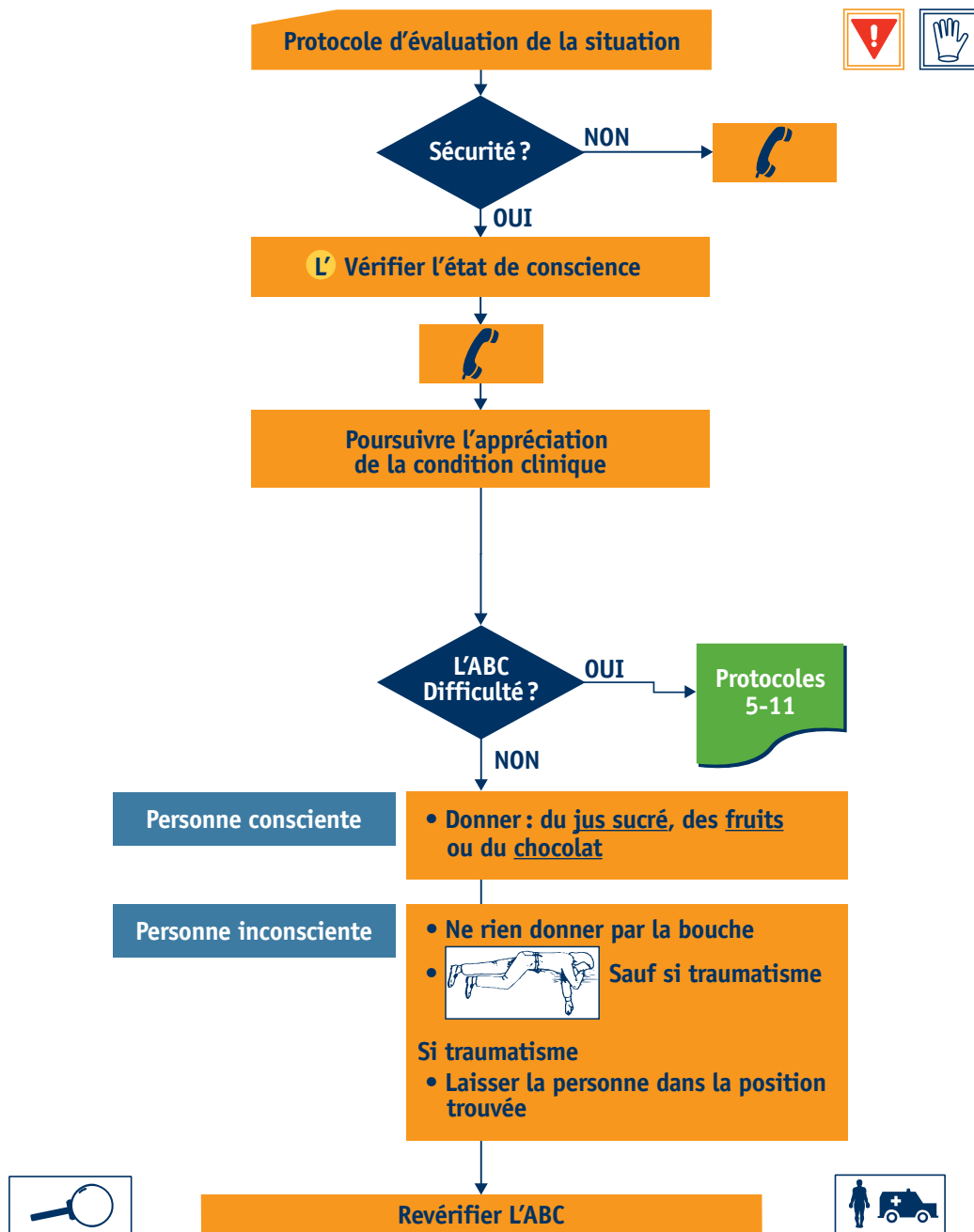


CHAPITRE 12

Problème diabétique



PROTOCOLE MÉDICAL 12



Le diabète est une maladie causée par une sécrétion insuffisante d'insuline par le pancréas ou une mauvaise utilisation de celle-ci par les cellules de l'organisme. L'insuline est une hormone qui a pour rôle de contrôler le taux de sucre dans le sang.

Le désordre le plus fréquent chez la personne diabétique est l'hypoglycémie (baisse du taux de sucre dans le sang). Ce problème peut survenir principalement après un effort physique, une erreur du dosage des médicaments ou une alimentation inadéquate.

Toute variation du taux de sucre dans le sang peut provoquer, chez une personne diabétique, la manifestation de signes et de symptômes. Le cerveau est très sensible à ce type de variation.

Signes et symptômes

- Peau moite et pâle;
- Confusion;
- Transpiration abondante;
- Faim, soif intense;
- Nausées, vomissements;
- Nervosité, anxiété;
- Tremblements;
- Altération de l'état de conscience (de l'agitation à l'inconscience);
- Convulsions.

Interventions en cas de problème diabétique

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Personne consciente :

- Donner du jus sucré, des fruits ou du chocolat.

Personne inconsciente :

- Ne rien donner par la bouche;
- Installer en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme).

7. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Le fait de donner du sucre à une personne consciente en état d'hypoglycémie (taux de sucre dans le sang bas) empêche généralement l'évolution des symptômes, et cela n'aggrave pas l'état d'une personne en hyperglycémie (taux de sucre dans le sang élevé). Il ne faut donc pas hésiter à le faire.

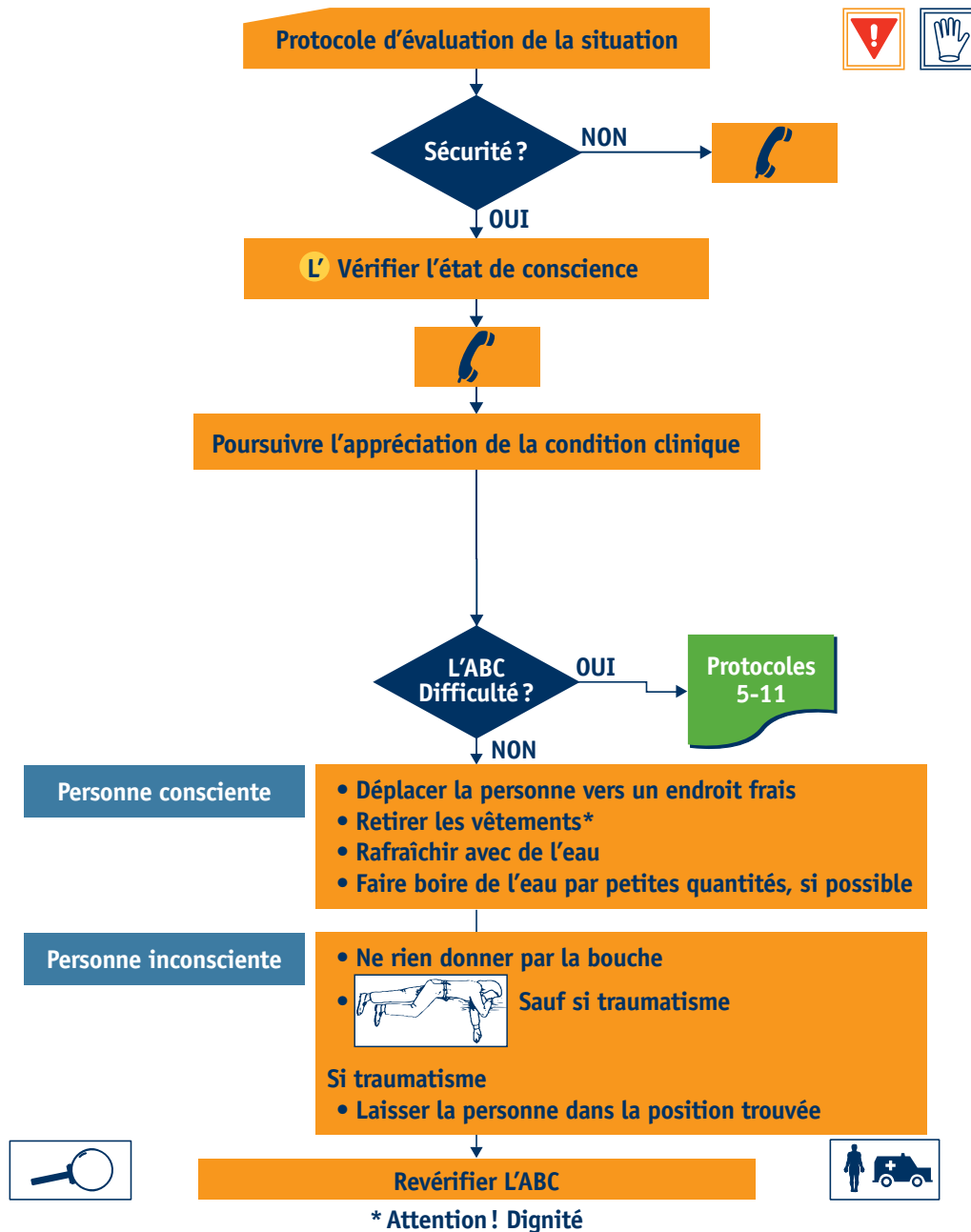
Toute personne diabétique qui éprouve un malaise devrait être dirigée vers des soins spécialisés.

CHAPITRE 13

Problème lié à la chaleur



PROTOCOLE MÉDICAL 13



L'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur sont causés par l'augmentation de la température corporelle. Ils résultent d'un déséquilibre entre la production et la perte de chaleur et sont souvent causés par un travail physique exigeant dans un milieu très chaud et humide. Ces problèmes de santé sont graves et méritent une attention particulière de la part du secouriste, puisque la mort peut survenir rapidement.

Signes et symptômes

- Peau chaude et sèche (la personne ne transpire pas) ;
- Altération de l'état de conscience (de l'agitation à l'inconscience) ;
- Convulsions ;
- Crampes abdominales et musculaires.

Interventions en cas de problème lié à la chaleur

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.

6. Personne consciente :

- La déplacer vers un endroit frais ;
- Retirer ses vêtements ;
- La rafraîchir avec de l'eau ;
- Faire boire de l'eau par petites quantités, si possible.

Personne inconsciente :

- Ne rien donner par la bouche ;
- Installer en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme).

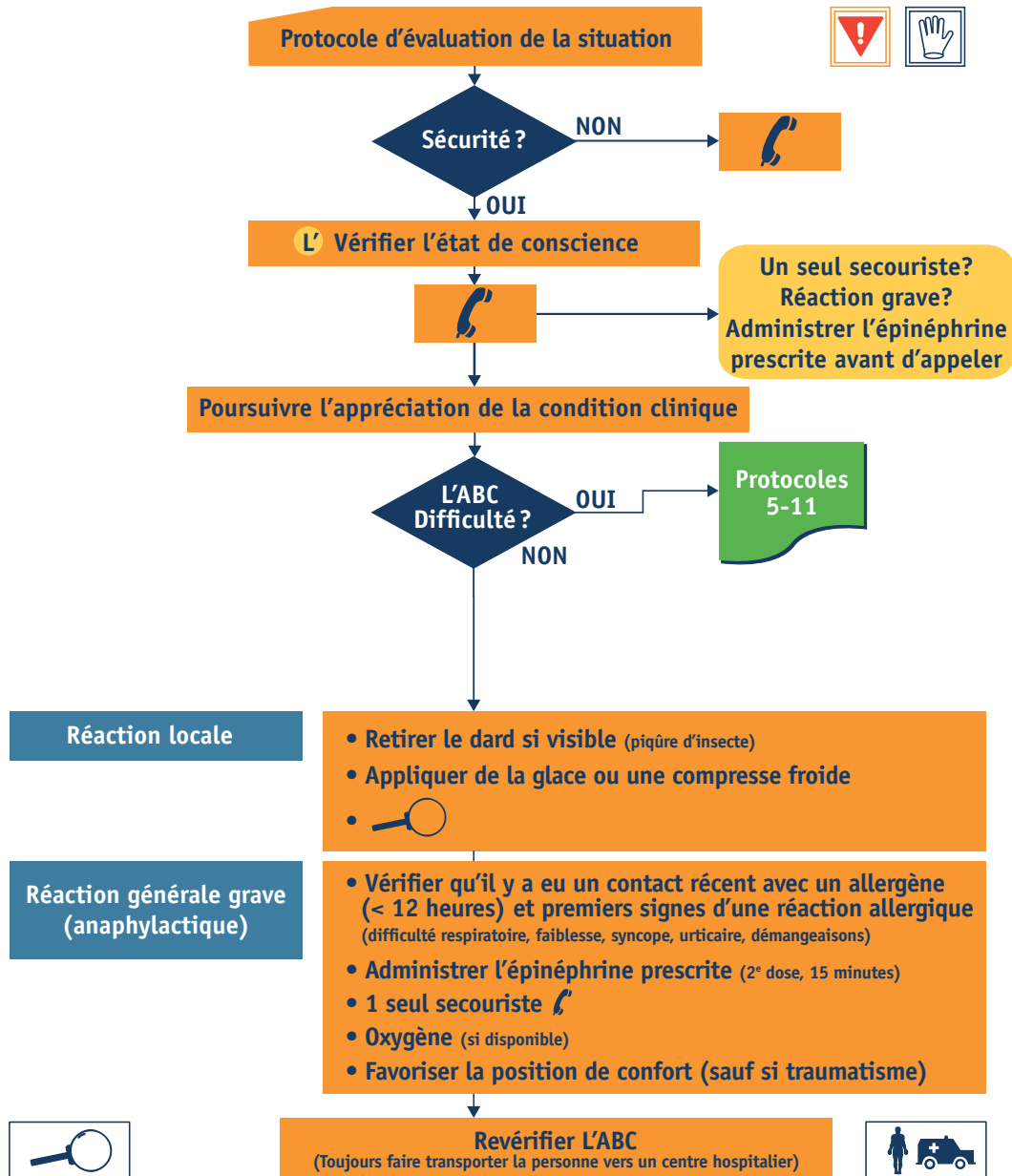
7. Revérifier L'ABC régulièrement.

CHAPITRE 14

Réaction allergique



PROTOCOLE MÉDICAL 14



Note : En cas de réaction générale grave (anaphylactique), le secouriste doit appliquer le protocole en tenant compte des critères d'inclusion du programme provincial de l'utilisation de l'épinéphrine.

L'allergie résulte d'une sensibilité exagérée de l'organisme à certaines substances qui sont inoffensives pour la majorité des gens. Lorsqu'une personne se trouve en contact avec une substance à laquelle elle est allergique, son organisme réagit. Cette réaction peut se manifester de différentes façons : éternuements, écoulement nasal (rhume des foins), conjonctivite, asthme, éruptions cutanées (rougeurs, urticaire, eczéma).

D'autres réactions plus graves, parfois même mortelles, comme le choc anaphylactique (difficulté respiratoire, altération de l'état de conscience, pâleur, pouls rapide, baisse de la tension artérielle, etc.), peuvent survenir.

Sources possibles d'allergies

- Piqûres d'insectes (abeilles, guêpes, etc.);
- Aliments (arachides, lait, crustacés, moutarde, œufs, etc.);
- Médicaments (pénicilline, vaccins, etc.);
- Substances chimiques (agents nettoyants, teinture, etc.);
- Substances biologiques (pollen, plantes, poils d'animaux, etc.).

Signes et symptômes

Les signes et les symptômes de l'allergie diffèrent selon que la réaction de l'organisme est au niveau locale ou générale. Les signes et les symptômes d'une réaction générale peuvent se manifester en quelques minutes (parfois en moins de 5 minutes) ou en quelques heures, mais le plus souvent en moins de 30 minutes.

Réaction locale (p. ex. liée à une piqûre d'insecte)

- Douleur, rougeurs;
- Démangeaison;
- Enflure au site de la piqûre.

Note

Ce type de réaction peut conduire à une réaction générale.

Réaction générale grave de type anaphylactique

- Difficulté respiratoire;
- Détresse respiratoire;
- État de choc;
- Nausées, vomissements;
- Enflure;
- Rougeur;
- Anxiété, sensation de mort imminente.

Note

Une réaction générale grave peut évoluer rapidement vers le choc anaphylactique et se manifeste par une altération de l'état de conscience (inconscience), la pâleur, un pouls rapide et peu perceptible, et une baisse de la tension artérielle. La réaction générale grave peut conduire à un arrêt cardiorespiratoire.

Les signes et les symptômes peuvent se manifester très rapidement, dans les premières minutes, ou plus tardivement, sur une période d'environ 12 heures. Ils ne se manifestent pas toujours dans un ordre précis.

Interventions en cas de réaction allergique

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. Si deux intervenants : le deuxième intervenant doit s'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Déterminer la gravité de la réaction.
7. Réaction locale :

- En cas de piqure d'insecte, retirer le dard, s'il est visible ;
- Appliquer de la glace ou une compresse froide.

Réaction générale grave de type anaphylactique :

- Vérifier s'il y a eu un contact récent avec un allergène (< 12 heures) + premier signe d'une réaction allergique : difficulté respiratoire, faiblesse, syncope, urticaire, démangeaisons ;
- Administrer l'épinéphrine prescrite.



8. Si un seul intervenant : s'assurer que les services préhospitaliers sont prévenus.
9. Administrer de l'oxygène (si disponible).
10. Favoriser la position de confort.
11. Revérifier L'ABC régulièrement.
12. Dans le cas d'une réaction générale grave de type anaphylactique : toujours faire transporter la personne vers un centre hospitalier.

Note

Une deuxième dose peut être administrée 15 minutes après la première si les signes et les symptômes ne s'améliorent pas ou s'il s'aggravent.

L'administration de l'épinéphrine est une mesure d'extrême urgence et nécessite une surveillance ainsi que des soins médicaux. Pour cette raison, il est obligatoire de diriger la personne vers des soins spécialisés.

Éviter d'appliquer de la terre ou de la boue sur une piqûre d'insecte.

En cas de réaction générale grave de type anaphylactique, le secouriste doit appliquer le protocole en tenant compte des critères d'inclusion du programme provincial de l'utilisation de l'épinéphrine.



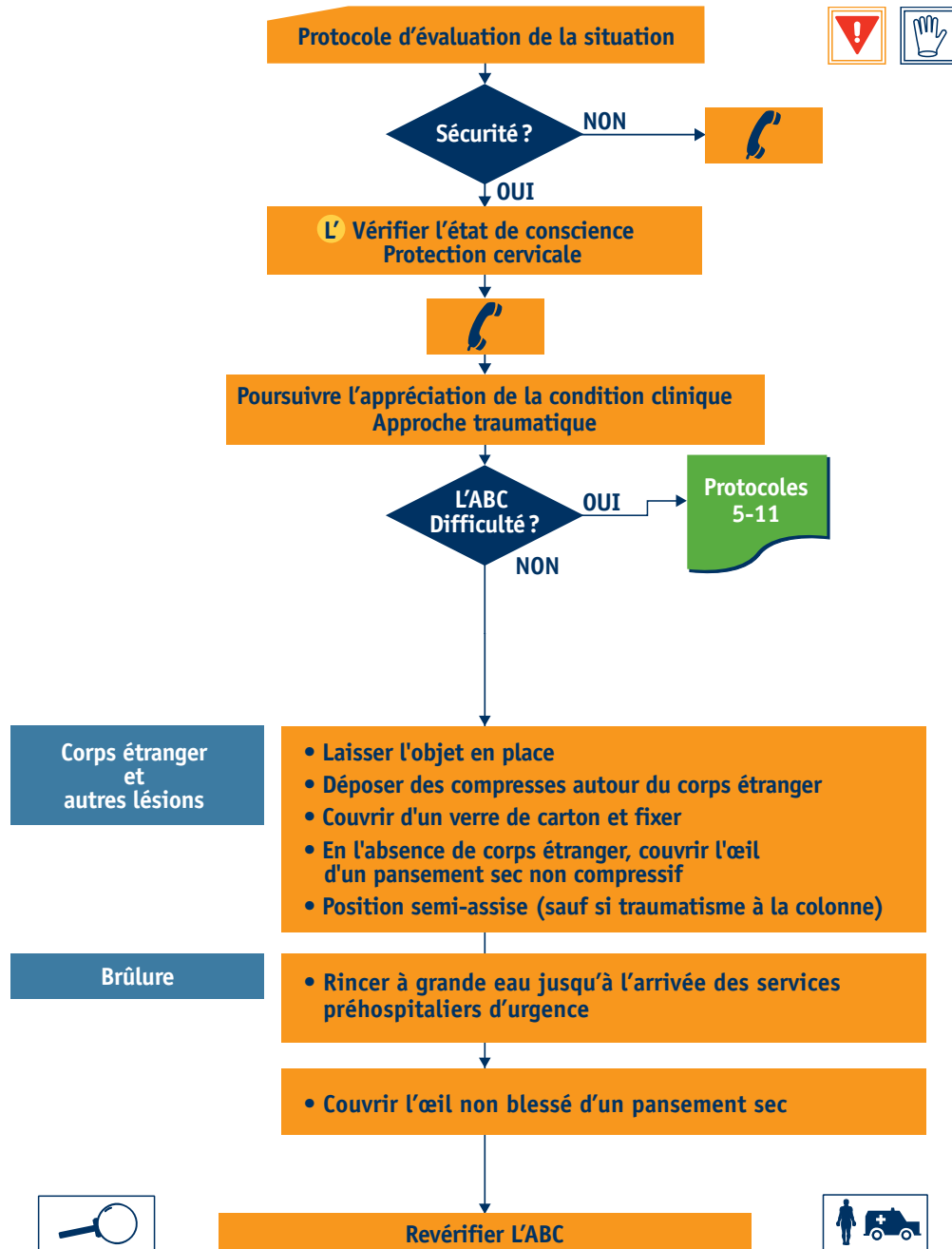
Problèmes traumatiques

CHAPITRE 15

Blessures aux yeux



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 15



Les blessures aux yeux sont considérées comme des traumatismes graves. Les yeux sont des organes extrêmement fragiles et sensibles. Dans un milieu de travail, les yeux peuvent subir des blessures de natures diverses : pénétration d'un corps étranger, lésions ou brûlures. Le secouriste doit suivre certains principes de base, afin de ne pas aggraver la blessure. Il est donc important de ne rien mettre dans les yeux de la personne et de ne pas appliquer de pression ou de pansement compressif. Ne jamais retirer un corps étranger logé sur l'œil ou dans le globe oculaire, car toute tentative de cette nature risquerait d'aggraver la blessure ou même d'entraîner la perte de l'œil. Les brûlures chimiques exigent un rinçage à grande eau dans les plus brefs délais, et ce, en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. Finalement, toute blessure aux yeux doit faire l'objet d'une attention particulière et exige des soins spécialisés.

Signes et symptômes

- Irritation ;
- Douleur ;
- Sensation d'avoir un objet dans l'œil ;
- Larmolement ;
- Vision trouble.

Corps étranger pénétrant et autres lésions

Dans le cas d'un corps étranger pénétrant, il peut s'agir, par exemple, d'éclats de verre, de bois, de métal ou d'autres matières, logés ou fixés sur ou dans le globe oculaire. Certains accidents graves peuvent aussi provoquer une avulsion de l'œil (œil sorti de son orbite).

D'autres lésions telles une abrasion, une déchirure, une lacération ou une irritation de l'œil ou de la paupière peuvent être causées par un corps étranger non pénétrant. Il peut s'agir de particules de bois, de métal, de verre ou d'autres matières non adhérentes à la cornée ou non pénétrantes dans l'œil.

Brûlures

Brûlures chimiques

Une brûlure chimique est généralement causée par la pénétration d'un produit chimique dans les yeux.

Brûlures par rayonnement

Les rayons ultraviolets et infrarouges qui se dégagent pendant certaines opérations de soudage ou d'autres activités comprenant l'utilisation de faisceaux lasers peuvent causer des brûlures permanentes. Les travailleurs ainsi exposés devraient toujours se protéger les yeux au moyen de lunettes ou d'écrans appropriés.

Signes et symptômes

- Sensation de brûlure ;
- Sensation d'avoir des grains de sable dans les yeux ;
- Larmoiement, picotements ;
- Douleur souvent très vive ;
- Difficulté à supporter la lumière.

Note

Les manifestations peuvent se produire à retardement. Dans cette situation particulière, appliquer le protocole d'appréciation de la condition clinique et prodiguer les soins suivants :

- *Fermer les deux yeux de la personne et les couvrir d'un pansement sec non compressif et opaque, de façon à empêcher la lumière de filtrer.*
- *Empêcher la personne de se frotter les yeux, afin de ne pas aggraver la blessure et l'irritation de la cornée.*
- *Fournir aux services préhospitaliers d'urgence les renseignements suivants : les caractéristiques de la source de rayonnement utilisée, la distance qui séparait la personne de l'appareil et le temps d'exposition.*

Interventions en cas de blessures aux yeux

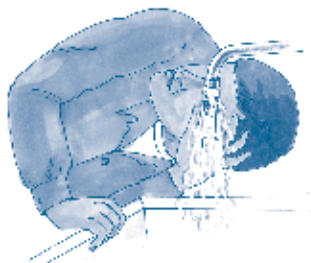
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Corps étranger pénétrant et autres lésions :
 - Laisser l'objet en place ;
 - Déposer des compresses autour du corps étranger ;
 - Couvrir d'un verre de carton et fixer ;
 - En l'absence d'un corps étranger, couvrir l'œil d'un pansement sec non compressif ;



- Installer la personne en position semi-assise, s'il s'agit d'un corps étranger pénétrant et qu'elle ne souffre d'aucun traumatisme à la colonne.

Brûlure chimique :

- Rincer à grande eau en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.



6. Couvrir l'œil non blessé d'un pansement sec.
7. Révérifier L'ABC régulièrement.

Note

*Les pansements appliqués sur les yeux doivent être non compressifs.
Un pansement humide doit être appliqué lorsqu'il est impossible de fermer l'œil.
La personne doit éviter de se frotter les yeux.*

Dans le cas d'une brûlure chimique :

- vérifier si la personne porte des verres de contact. Si oui, lui demander de les enlever ;
- rincer sous une douche oculaire, sous le robinet ou en versant de l'eau sur l'œil atteint ;
- faire tourner la tête de la personne sur le côté de l'œil atteint, afin d'éviter de contaminer l'autre œil pendant le rinçage ;
- tenir les paupières écartées avec les doigts, afin de garder les yeux de la personne ouverts ;
- rincer abondamment toute la surface de l'œil et demander à la personne de faire tourner son œil constamment ;
- se reporter à la fiche signalétique, si elle est disponible, ou à l'étiquette du produit, ou appeler le Centre antipoison, afin d'obtenir tout renseignement utile concernant le contaminant.
Informez les services préhospitaliers d'urgence à leur arrivée et leur remettre la fiche.

La fiche signalétique est généralement accessible au travailleur dans son milieu de travail.
Sinon, l'étiquette du produit peut fournir les renseignements nécessaires.

On peut joindre le Centre antipoison en composant le 1 800 463-5060.

Il doit y avoir des douches de secours et des douches oculaires sur les lieux immédiats où les travailleurs sont exposés aux effets de substances toxiques ou corrosives ou d'autres matières dangereuses.

Chaque douche oculaire doit être facilement accessible, située dans un endroit dégagé et bien identifiée. Elle doit aussi être facile à utiliser et tenue en bon état. De plus, le débit du robinet doit être assez important pour permettre de rincer les yeux en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. L'eau doit être tiède.

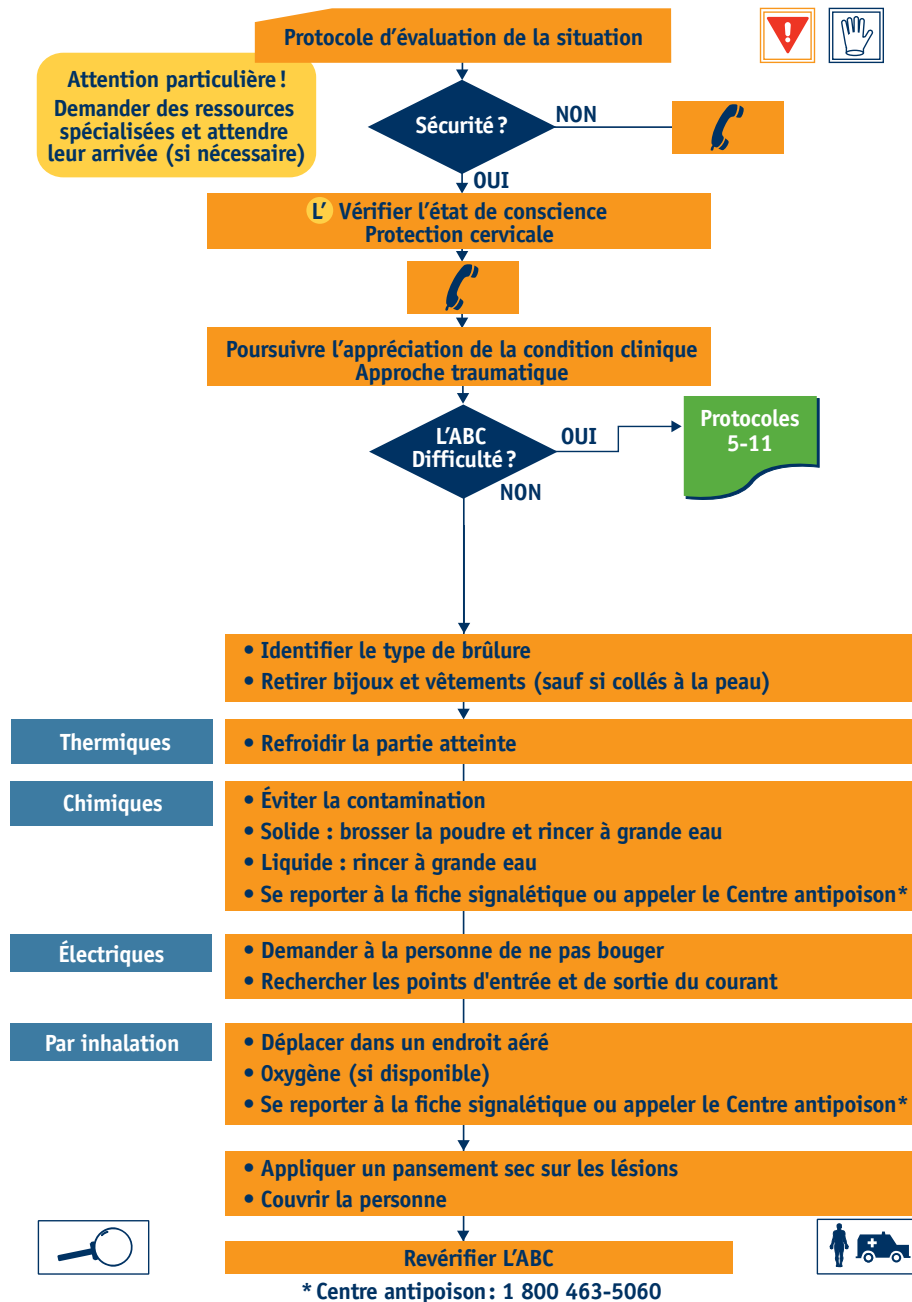
Quiconque risque d'être exposé à des éclaboussures de substances chimiques devrait porter des lunettes de protection.

CHAPITRE 16

Brûlures



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 16



Le secouriste en milieu de travail peut être appelé à intervenir auprès de personnes présentant différents types de brûlures. Il existe quatre grands types de brûlures : thermiques, chimiques, électriques et par inhalation.

Évaluation des brûlures

Pour évaluer la gravité des brûlures, le secouriste doit tenir compte de trois critères : le degré (profondeur), l'étendue et la région du corps atteinte.

Degré (profondeur)

Les brûlures du premier degré ne touchent que la couche superficielle de la peau. Elles se manifestent par une rougeur et une douleur.

Les brûlures du deuxième degré sont plus profondes et caractérisées par des rougeurs, une douleur vive et, surtout, des ampoules remplies d'un liquide séreux.

Les brûlures du troisième degré atteignent les couches plus profondes de la peau et s'étendent jusqu'aux tissus sous-cutanés, aux muscles, aux vaisseaux, et parfois jusqu'à l'os. La peau est souvent carbonisée et les récepteurs sensitifs sont atteints. Ces brûlures peuvent rapidement entraîner un état de choc, si leur étendue est considérable. Le choc est causé par une perte de liquide corporel, la peau étant complètement détruite. La personne brûlée au troisième degré ne ressentira pas ou peu de douleur ou ressentira une douleur très vive, selon le degré d'atteinte des récepteurs de la douleur. Outre l'état de choc, l'infection est une complication fréquente.

Étendue

Plus la surface corporelle atteinte est grande, plus la brûlure est grave.

Région du corps atteinte

- Visage et cou : Il y a un risque d'obstruction provoquée par un œdème des voies respiratoires.
- Voies respiratoires : On soupçonne des brûlures aux voies respiratoires en présence de brûlures au visage, de suie ou d'ampoules autour de la bouche et du nez, de crachats noirâtres, de difficulté à avaler, de toux, de râles, de sifflements et de difficultés respiratoires. Ces manifestations peuvent survenir quelques minutes ou quelques heures après l'accident.
- Mains, pieds, articulations : De telles brûlures entraînent une diminution fonctionnelle des membres affectés.
- Organes génitaux : Les brûlures situées à cet endroit présentent un risque d'infection plus important.

Signes et symptômes

- Peau sèche ;
- Douleur ;
- Rougeur ;
- Œdème (enflure) ;
- Formation d'ampoules ;
- Peau blanche, cireuse, noire ou rouge violacé.

Brûlures thermiques

Les brûlures thermiques sont causées par des flammes, de la vapeur, de l'eau chaude ou des objets chauds.

Brûlures chimiques

Les brûlures chimiques sont causées par des produits acides, basiques ou caustiques. Ces produits peuvent se présenter sous forme gazeuse, liquide ou solide.

Brûlures électriques

Les brûlures électriques sont causées par un courant électrique ou par la foudre. Les brûlures électriques, même si elles semblent mineures dans leur apparence externe, peuvent causer des blessures internes très graves et des troubles sérieux du rythme cardiaque. La personne peut aussi être projetée ou subir des secousses musculaires violentes sous l'effet de la puissance du courant. Même si la blessure n'est apparente qu'aux points d'entrée et de sortie du courant électrique, le secouriste doit maintenir une surveillance constante de la personne, car les risques de complications sont grands. Pour cette raison, toutes les personnes victimes de brûlures électriques requièrent un transport ambulancier et une évaluation médicale.

Brûlures par inhalation

Les brûlures par inhalation atteignent les muqueuses des voies respiratoires et sont causées par de la vapeur, de l'air très chaud ou des produits chimiques.

Interventions en cas de brûlures

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Confirmer que les lieux sont sécuritaires ou attendre la confirmation de ressources spécialisées.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
4. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
5. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
6. Rechercher les signes et les symptômes.
7. Déterminer le type de brûlure.
8. Retirer les bijoux et les vêtements, sauf s'ils sont collés à la peau.
9. Brûlures thermiques :

- Refroidir, si possible, la partie touchée pour arrêter la progression de la brûlure.

Brûlures chimiques :

- Éviter la contamination ;
- Brosser et rincer à grande eau (produit en poudre ou solide) ;
- Rincer à grande eau (produit liquide) ;
- Se reporter à la fiche signalétique ou s'adresser au Centre antipoison.

Brûlures électriques :

- Demander à la personne de ne pas bouger ;
- Rechercher les points d'entrée et de sortie du courant électrique.

Brûlures par inhalation :

- Déplacer la personne vers un endroit aéré ;
- Administrer de l'oxygène (si disponible) ;
- Se reporter à la fiche signalétique ou s'adresser au Centre antipoison.

10. Appliquer un pansement sec sur les lésions.
11. Couvrir la personne.
12. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Dans le cas de brûlures thermiques :

Pour refroidir la partie atteinte, l'immerger dans l'eau froide, si c'est possible, ou la recouvrir de compresses humides froides, et ce, pendant au moins 30 minutes dans le cas d'une petite surface (par exemple, un membre), ou jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

Dans le cas d'une grande surface (plus d'un membre), limiter le refroidissement à 10 minutes, afin de prévenir l'hypothermie.

Ne pas crever les ampoules (cela augmente les risques d'infection).

N'appliquer aucun corps gras (onguents ou autres).

Il est recommandé de recouvrir les lésions d'un pansement sec. Cependant, si l'étendue de la brûlure est petite, des compresses humidifiées peuvent être appliquées.

Note

Dans le cas de brûlures chimiques :

Prendre les précautions nécessaires pour ne pas contaminer d'autres personnes ou d'autres régions intactes du corps de la personne.

Au moment d'enlever les vêtements et les bijoux contaminés de la personne, il est recommandé de protéger son visage et de prendre garde à ne pas projeter la substance toxique sur les régions intactes du corps.

Certains produits chimiques peuvent réagir au contact de l'eau ; il est donc recommandé, avant de rincer la région atteinte à grande eau, de vérifier s'il n'y a pas d'indication contraire.

La fiche signalétique, l'étiquette du produit ou le Centre antipoison sont des sources de renseignements utiles concernant le contaminant.

Informers les services préhospitaliers d'urgence à leur arrivée et leur remettre la fiche. La fiche signalétique est généralement accessible au travailleur dans son milieu de travail.

Ne jamais appliquer de solution neutralisante, sauf sur l'avis contraire d'une personne compétente ou donné par le Centre antipoison, ou si une directive figurant sur la fiche signalétique le précise.

Une douche de secours doit être facilement accessible, située dans un endroit dégagé et bien identifiée. Elle doit être facile à utiliser, c'est-à-dire qu'elle doit être munie d'un robinet actionné automatiquement par une chaîne, et tenue en bon état. De plus, le débit du robinet doit être assez important pour assurer un rinçage complet. L'eau doit être tiède.

On ne doit pas appliquer de corps gras. Il faut veiller à ce que les vêtements de la personne soient décontaminés. Si la décontamination n'est pas totale (les articles de cuir tels que les ceintures et les souliers sont particulièrement difficiles à nettoyer), il est préférable de les jeter.

Note

Dans le cas de brûlures électriques :

En cas de traumatisme :

- demander à la personne de ne pas bouger;
- maintenir manuellement sa tête dans la position où on l'a trouvée (sans faire de traction).

S'il s'agit d'un accident causé par la rupture d'un fil électrique (ligne aérienne, câble souterrain) ou par un objet mis accidentellement sous tension :

- ne pas toucher la personne en contact avec le fil électrique ou avec tout autre objet sous tension. En effet, il n'y a pas de façon sûre de déterminer que tout danger est écarté;
- appeler immédiatement le service de police, le service des incendies ou le service à la clientèle d'Hydro-Québec, qui dépêchera une équipe d'urgence sur les lieux. On doit continuer à surveiller la source de courant, afin d'empêcher d'autres accidents;
- interdire l'accès aux lieux;
- ne pas essayer de déplacer le ou les fils électriques, même à l'aide d'objets en bois. Le bois peut être conducteur à cause de l'humidité qu'il contient, ou même à cause de la moiteur des mains de la personne qui s'en sert.

Note

Dans le cas de brûlures par inhalation :

Tout comme pour les brûlures chimiques, la fiche signalétique ou l'étiquette du produit permettent d'obtenir des renseignements utiles. Le Centre antipoison peut aussi fournir certains renseignements.

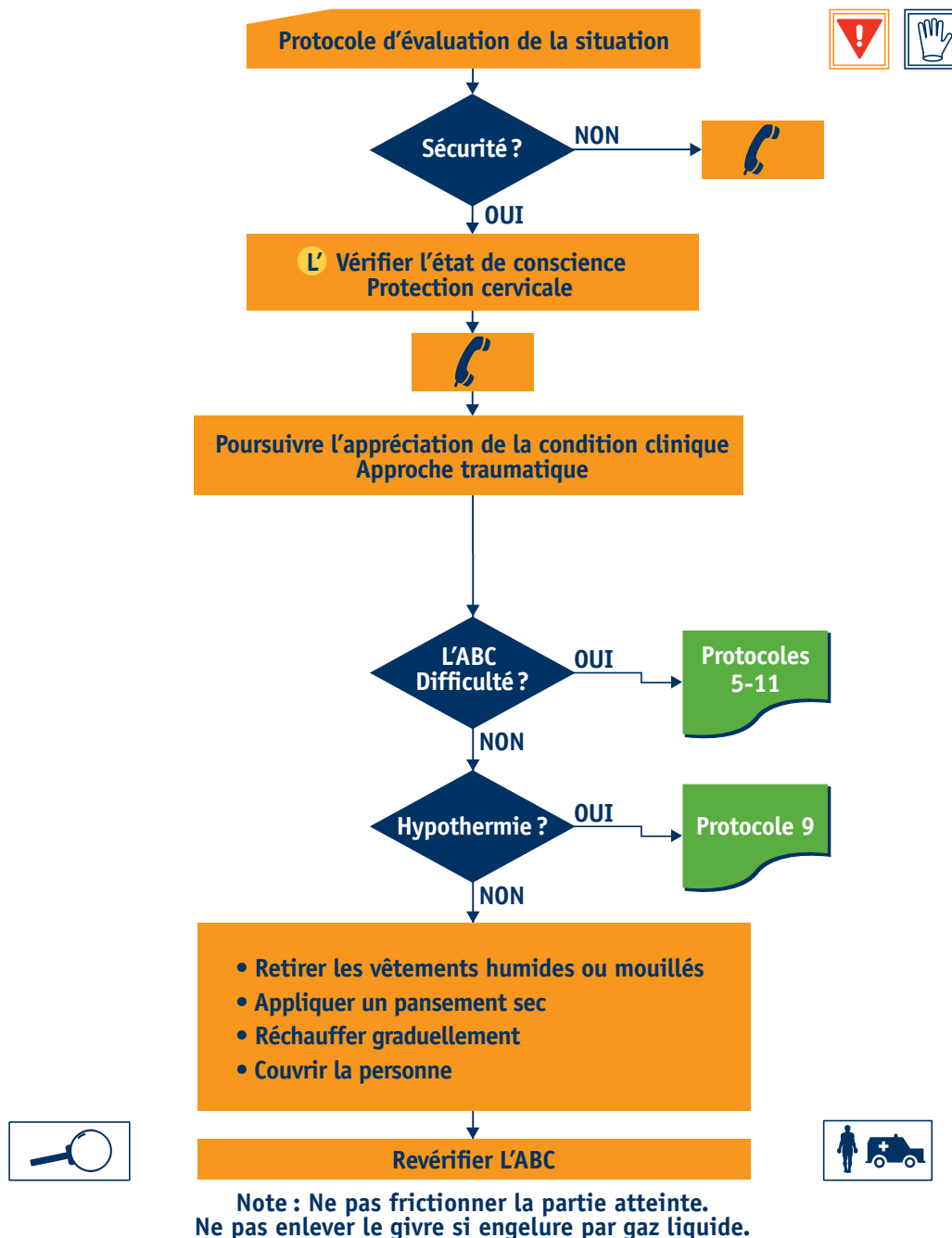
On peut joindre le Centre antipoison en composant le 1 800 463-5060.

CHAPITRE 17

Engelures



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 17



Les engelures sont des lésions locales de la peau causées par le froid. Le visage et les extrémités (mains et pieds) sont les régions les plus souvent atteintes. La gravité de ce type de blessure dépend de la durée d'exposition au froid et de la présence de certains autres facteurs de refroidissement tels que la vitesse du vent et le degré d'humidité.

Les engelures peuvent aussi être causées par la manipulation de gaz liquide (oxygène, azote, propane, etc.). La gravité des blessures varie en fonction de la superficie de la peau atteinte et de la durée du contact. Il s'agit le plus souvent d'engelures graves qui s'apparentent à des brûlures du troisième degré.

Signes et symptômes

- Engourdissement progressif;
- Diminution graduelle de la sensibilité;
- Peau froide, blanche et cireuse;
- Rougeur au pourtour de l'engelure;
- Présence d'ampoules (possible);
- Induration (région dure au toucher).

Interventions en cas d'engelures

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Retirer les vêtements humides ou mouillés.
7. Protéger l'engelure à l'aide d'un pansement sec.
8. Réchauffer graduellement, sans frictionner la partie touchée.
9. Couvrir la personne.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Si la personne doit être déplacée ou mobilisée, il est recommandé de le faire délicatement et sans secousses. Ne pas frictionner ou masser la région atteinte et ne pas enlever le givre, s'il s'agit d'une engelure causée par un gaz liquide.

Éviter de donner à la personne des boissons alcoolisées, car l'alcool a pour effet d'abaisser la température du corps et favorise la perte de chaleur par la peau.

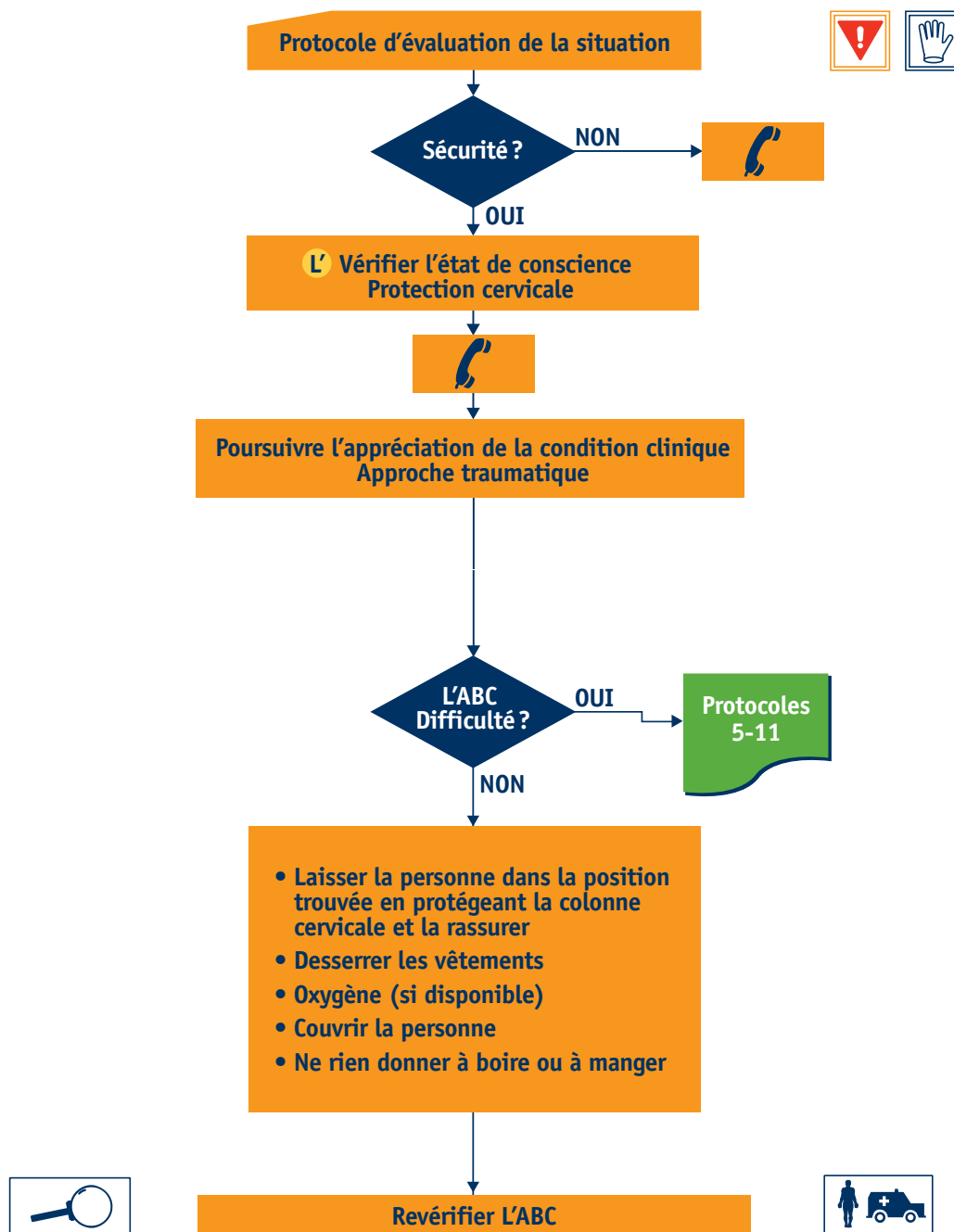
Demander à la personne de s'abstenir de fumer, car la nicotine cause une diminution de la circulation sanguine.

CHAPITRE 18

État de choc



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 18



L'état de choc résulte d'un apport insuffisant d'oxygène et de nutriments aux cellules de l'organisme. L'état de choc peut se manifester lorsqu'un problème grave entraîne une perte importante de sang, un dommage au cœur, une blessure à la colonne, une dilatation des vaisseaux ou une déshydratation grave.

Dans le cas d'un état de choc causé par une perte abondante de sang, l'intervention du secouriste consiste à rechercher, si c'est possible, les signes et les symptômes de l'hémorragie interne et à contrôler efficacement les hémorragies externes. Il doit rester attentif à la manifestation des signes et des symptômes de l'état de choc et signaler rapidement aux services préhospitaliers d'urgence tout problème observé ou soupçonné.

Signes et symptômes

- Anxiété, faiblesse, somnolence;
- Peau pâle, froide et moite;
- Pouls rapide et faible;
- Respiration rapide;
- Nausées, vomissements;
- Soif intense;
- Altération de l'état de conscience.

Interventions en cas d'état de choc

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Maintenir la personne dans la position où on l'a trouvée en protégeant sa colonne cervicale.
7. Desserrer ses vêtements.
8. Administrer de l'oxygène (si disponible).
9. Couvrir la personne.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Les signes et les symptômes de l'état de choc ne se manifestent pas toujours immédiatement après l'accident. Ils apparaissent parfois à retardement.

Ne rien donner à boire ni à manger à la personne.

S'il faut déplacer la personne, toujours le faire d'un seul bloc, en maintenant sa tête et son cou dans l'axe du tronc.

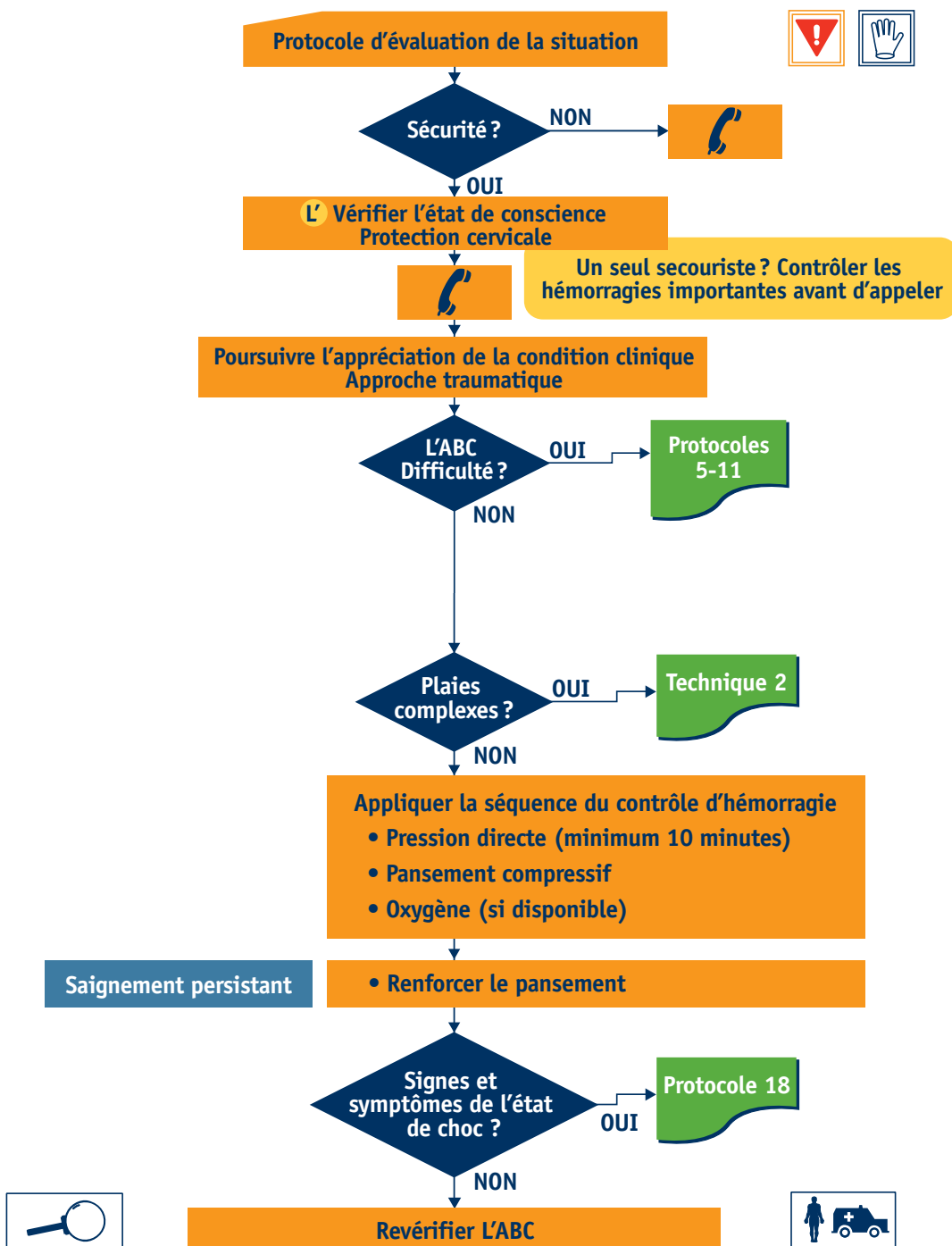
La position latérale de sécurité n'est pas indiquée dans ce cas, en raison des risques de blessure à la colonne vertébrale.

CHAPITRE 19

Hémorragie



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 19



Une hémorragie est un saignement abondant causé par la rupture d'un vaisseau sanguin. Elle peut être externe ou interne et elle peut entraîner l'état de choc en raison de la diminution du volume sanguin.

Signes et symptômes

- Plaie ouverte avec écoulement sanguin ;
- Difficulté respiratoire ;
- Vomissement de sang ;
- Présence de sang dans l'urine ou les selles ;
- Durcissement de l'abdomen, douleurs localisées ou diffuses, douleur au toucher, peau bleuâtre ;
- Signes et symptômes de l'état de choc.

Hémorragie externe

L'hémorragie externe est visible, puisque le sang s'écoule par une plaie située à la surface du corps. Toute hémorragie externe abondante ou continue doit être traitée efficacement, car elle peut conduire rapidement à l'état de choc.

Séquence du contrôle d'une hémorragie externe

1. Repérage et évaluation de la plaie

Repérer l'endroit exact de la blessure. Vérifier l'étendue et la profondeur de la plaie ainsi que la quantité de sang perdu.

Vérifier si un membre a été sectionné, s'il y a une plaie ouverte au thorax ou à l'abdomen (éviscération) ou une plaie contenant un corps étranger. Ces types de plaies exigent un traitement précis. Voir la technique 2 : « Interventions en cas de plaies complexes. »

2. Pression directe

Avec une main gantée et une compresse, exercer une pression directe sur la plaie afin de comprimer le plus rapidement possible le vaisseau qui saigne.



3. Élévation et repos

Faire asseoir ou étendre la personne. Lever le membre atteint, dans le but de diminuer la circulation vers la plaie.

Cependant, si le membre présente une déformation, il ne faut pas le mobiliser.



4. Pansement compressif

Appliquer des compresses de gaze sur la plaie (se servir au besoin d'un tissu absorbant propre) et les fixer en exerçant une pression à l'aide d'un bandage pour pansement ou d'un bandage triangulaire. Éviter de trop serrer le pansement afin de ne pas gêner la circulation dans le membre. Si le membre est froid, engourdi ou s'il prend une coloration blanchâtre ou bleuâtre au bas du pansement, c'est que ce dernier est trop serré. Dans ce cas, il faut alors relâcher légèrement la pression.

Afin de s'assurer que la blessure et le pansement n'entravent pas la circulation sanguine, il est capital de vérifier, avant et après l'application du pansement compressif, les signes de circulation sanguine : coloration, chaleur, sensation d'engourdissement.

Si la plaie saigne toujours, appliquer un deuxième pansement compressif par-dessus le premier.

Ne jamais enlever le premier pansement afin de ne pas déloger le caillot en formation.

Interventions en cas d'hémorragie externe

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Appliquer la séquence de contrôle d'hémorragie :
 - Pression directe sur la plaie pendant un minimum de 10 minutes ;
 - Pansement compressif.

Si le saignement persiste :

 - Second pansement compressif.
7. Surveiller les signes et les symptômes de l'état de choc (consulter le protocole traumatique 18).
8. Administrer de l'oxygène (si disponible).
9. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Si un seul secouriste se trouve sur les lieux, il doit d'abord contrôler toute hémorragie grave avant d'appeler les secours.

Faire asseoir ou étendre la personne dès que possible au début de l'intervention.

Vérifier les signes de circulation sanguine : (coloration, chaleur, sensation d'engourdissement) avant et après l'application du pansement.

Si le saignement est incontrôlable, le secouriste doit aviser immédiatement les services préhospitaliers d'urgence et poursuivre la séquence du contrôle d'hémorragie en continu.

Pour appliquer une compression indirecte ou un garrot, il doit avoir suivi une formation complémentaire.

En présence d'un membre sectionné, d'une plaie ouverte au thorax, d'une plaie à l'abdomen ou d'une plaie contenant un corps étranger, consulter la technique 2 : « Interventions en cas de plaies complexes ».

Hémorragie interne

L'hémorragie interne est difficile à déceler, car elle n'est pas apparente. Elle peut être causée par une rupture de vaisseaux sanguins ou par une lésion de tissus ou d'organes à la suite d'une fracture, d'un choc violent ou d'une compression majeure. Pour déceler un saignement interne, le secouriste doit rechercher les signes et les symptômes particuliers suivants :

- Difficulté respiratoire ;
- Vomissement de sang ;
- Présence de sang dans l'urine ou les selles ;
- Durcissement de l'abdomen, douleurs localisées ou diffuses, douleur au toucher, peau bleuâtre ;
- Signes et symptômes de l'état de choc.

Une hémorragie interne peut nécessiter une intervention chirurgicale d'urgence. Le secouriste doit prévenir les services préhospitaliers d'urgence le plus rapidement possible lorsqu'il soupçonne ce type de problème et traiter la personne comme si elle était en état de choc (consulter le protocole traumatique 18 : « État de choc »).

Note

Ne rien donner à boire ni à manger à la personne.

Saignement de nez

Plusieurs causes peuvent provoquer un saignement de nez. Les plus courantes sont les suivantes :

- Une tension artérielle élevée ;
- L'inhalation d'une substance irritante ;
- Un traumatisme externe ou interne.

Interventions spécifiques

1. Se protéger.
2. Faire asseoir la personne, la tête légèrement penchée vers l'avant.
3. Desserrer les vêtements autour de son cou et lui demander de respirer par la bouche.

4. Pincer le haut du nez juste en bas de la partie osseuse (ou demander à la personne de le faire elle-même).



5. Comprimer pendant au moins 10 minutes, afin de permettre la formation d'un caillot.
6. Demander à la personne de ne pas se moucher lorsque le saignement est arrêté afin de ne pas déloger les caillots.
7. Diriger la personne vers des soins spécialisés, si le saignement persiste.

S'il s'agit d'un traumatisme avec ou sans signe de fracture, le secouriste ne doit pas exercer de compression sur le nez, car cela risquerait de compliquer la blessure. On recommande dans ce cas de favoriser le drainage libre, c'est-à-dire de laisser le sang s'écouler, de façon à ne pas obstruer les voies respiratoires, et d'absorber l'écoulement avec des compresses de gaze, sans exercer de pression.

Note

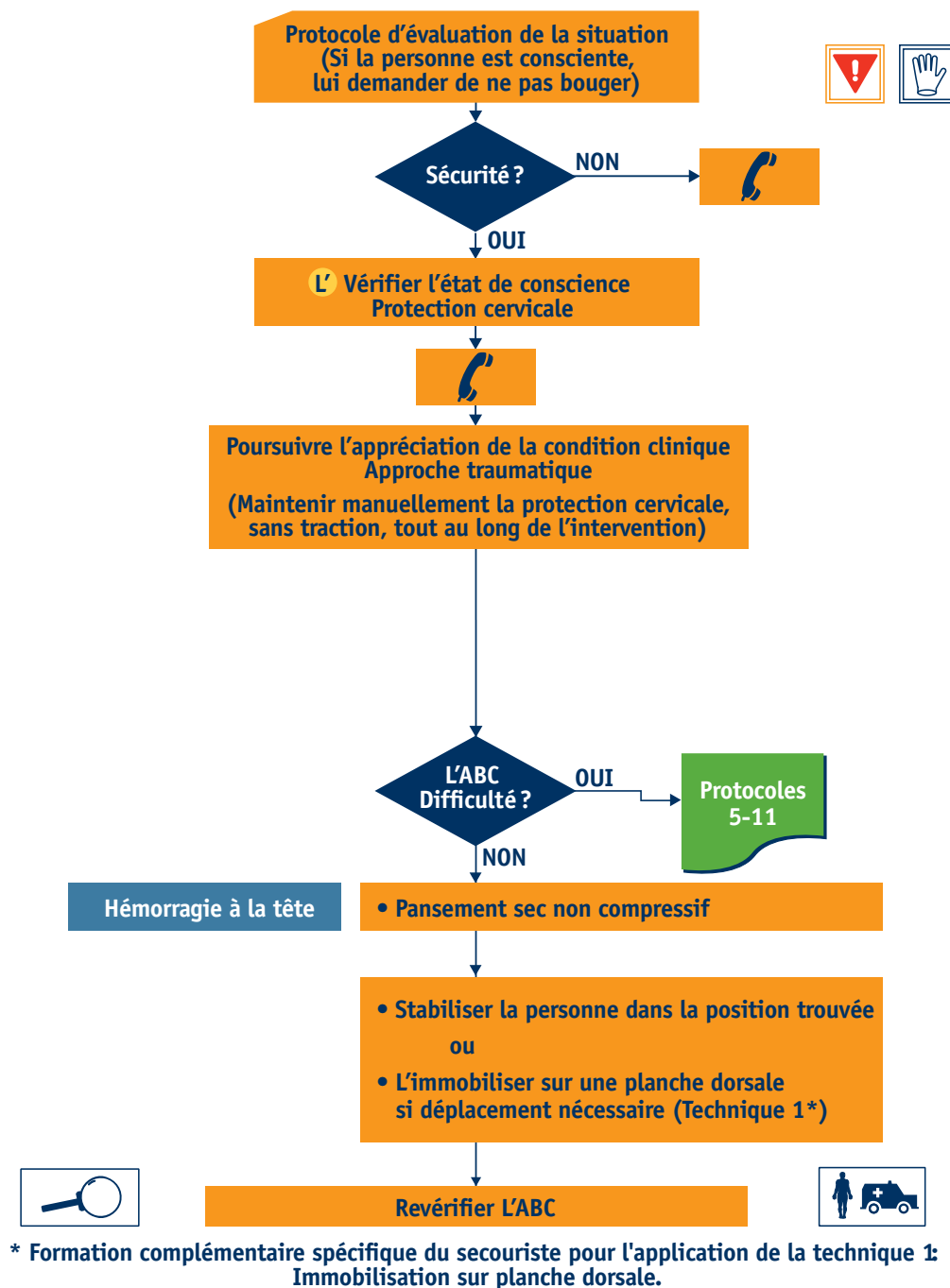
Une fracture du crâne peut provoquer un écoulement de sang par le nez ou les oreilles.

CHAPITRE 20

Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 20



Traumatismes à la tête

Les traumatismes à la tête sont habituellement des blessures sérieuses. Les signes et les symptômes ne sont pas toujours faciles à reconnaître et ils peuvent se manifester à retardement. Outre qu'il doit rechercher la présence de signes ou de symptômes de ce type de blessure, le secouriste doit tenir compte des caractéristiques de l'accident pour déterminer s'il doit soupçonner la présence de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale. Puisque les traumatismes à la tête et au visage sont souvent accompagnés d'une blessure à la colonne vertébrale, le secouriste doit les traiter comme s'il s'agissait d'un traumatisme à la colonne vertébrale.

Traumatismes à la colonne vertébrale

L'écrasement ou le sectionnement partiel ou complet de la moelle épinière causé par une fracture ou le déplacement d'une ou de plusieurs vertèbres entraîne généralement une diminution ou une perte de sensation et de motricité des parties du corps situées en dessous de la lésion. La paralysie ne survient pas toujours au moment du traumatisme. Elle peut être causée par une mauvaise manipulation de la personne ou par un mouvement de cette dernière.

Le secouriste doit toujours agir prudemment et prendre les précautions nécessaires lorsqu'il soupçonne une blessure à la colonne vertébrale. Il doit soupçonner une blessure à la colonne lorsqu'il est en présence d'une personne victime d'un traumatisme et qu'il observe un ou plusieurs des éléments suivants :

- Blessure traumatique (chute, accident, etc.);
- Blessure au-dessus des clavicules, au cou, à la tête ou au visage;
- Altération de l'état de conscience;
- Diminution de la sensibilité et de la motricité;
- Douleur avouée à la colonne vertébrale ou ressentie au cours de la palpation.

Signes et symptômes

- Douleur à la tête ou à l'endroit de la blessure;
- Confusion, agitation, perte de mémoire;
- Altération de l'état de conscience;
- Pupilles inégales;
- Déformation de la boîte crânienne, plaie ouverte au cuir chevelu;
- Écoulement de sang ou d'un liquide clair par le nez ou les oreilles;
- Nausées, vomissements;
- Paralysie ou engourdissement d'un ou de plusieurs membres.

Les signes et les symptômes ont été regroupés, car un traumatisme à la tête doit être traité comme s'il s'agissait d'un traumatisme à la colonne vertébrale.

Interventions en cas de traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Demander à la personne de ne pas bouger.
5. Maintenir manuellement la protection cervicale (sans exercer de traction) tout au long de l'intervention.
6. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
7. En cas d'hémorragie grave à la tête, appliquer un pansement sec non compressif.
8. Rechercher les signes et les symptômes.
9. Stabiliser la personne dans la position où on l'a trouvée ou l'immobiliser sur une planche dorsale, si un déplacement est nécessaire (consulter la technique 1 : « Immobilisation sur planche dorsale »).
10. Couvrir la personne.
11. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Les signes et les symptômes peuvent être inexistants au début de l'intervention, s'installer graduellement et progresser. Les personnes souffrant de ces types de traumatismes exigent une surveillance constante de la part du secouriste.

Parfois, seules les caractéristiques de l'accident peuvent laisser soupçonner une blessure à la colonne vertébrale.

Si le secouriste a noté un problème dans L'ABC, il doit coucher la personne sur le dos. Il doit la tourner ou la déplacer d'un seul bloc, assurer la protection de sa colonne cervicale en tout temps et appliquer les techniques appropriées en cas de traumatisme.

Il ne faut pas appliquer de pression directe ou de pansement compressif sur une plaie à la tête.

Le secouriste doit assurer en tout temps la protection de la colonne cervicale de la personne et la mobiliser d'un seul bloc. Il ne doit pas la déplacer et si, pour une raison d'urgence, il est tenu de le faire, il doit d'abord l'immobiliser complètement sur une planche dorsale afin de limiter les mouvements qui pourraient aggraver son état. Consulter la technique 1 : « Immobilisation sur planche dorsale ».

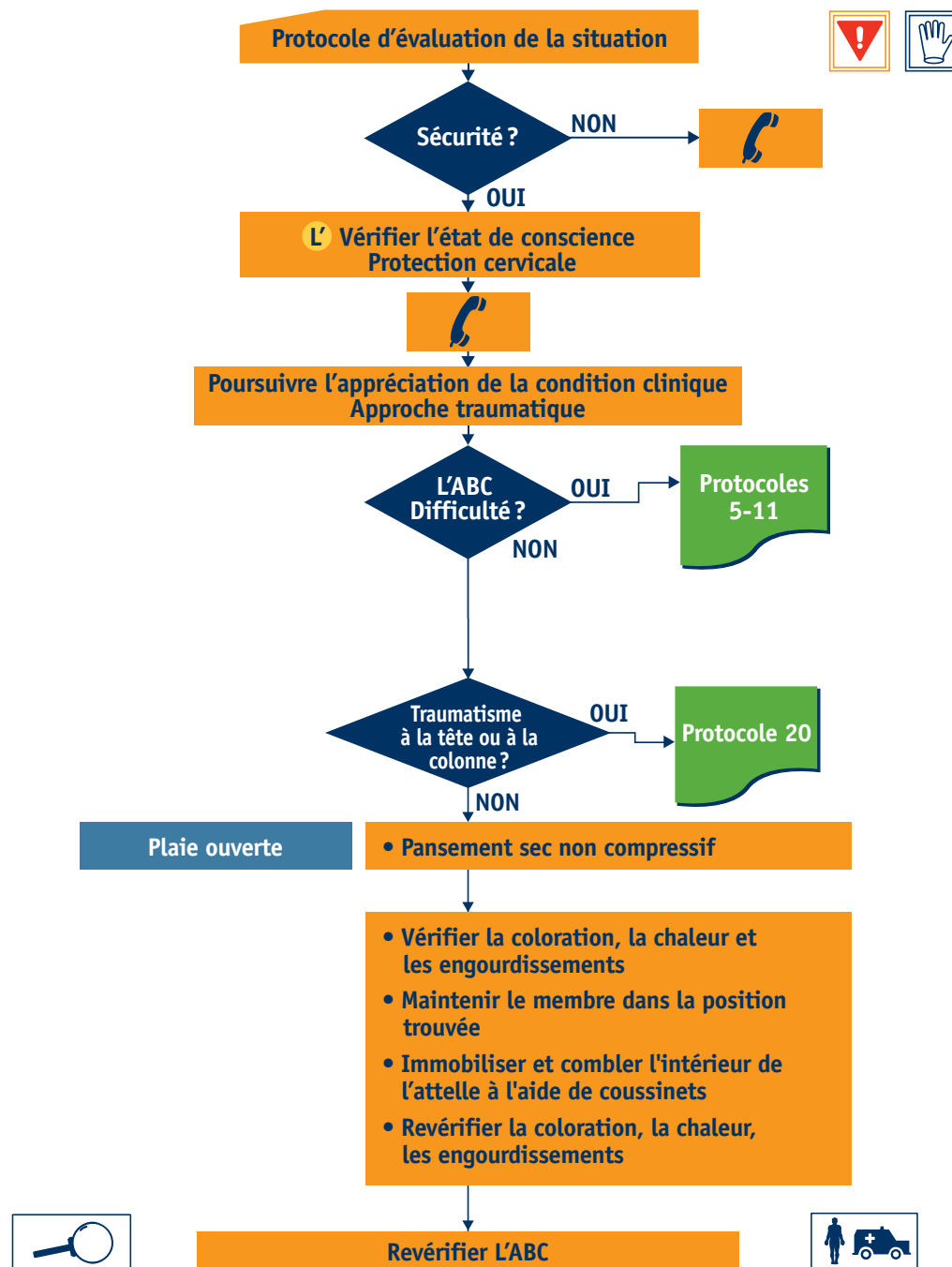
Le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire particulière pour l'application de cette technique.

CHAPITRE 21

Traumatismes aux extrémités



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 21



Note : Ne pas faire de traction ni tenter de remplacer le membre.

Les traumatismes aux extrémités sont fréquents en milieu de travail. Il existe différents types de traumatismes aux extrémités, notamment les traumatismes fermés et les traumatismes ouverts. Les traumatismes fermés sont généralement attribuables à une fracture ou à un déplacement de la structure osseuse, sans aucune blessure apparente de la peau. Les traumatismes ouverts surviennent lorsqu'un fragment d'os brise les tissus environnants et vient perforer la peau ; la structure osseuse peut alors être apparente.



Signes et symptômes

- Douleur ;
- Déformation à l'endroit de la blessure ;
- Diminution des mouvements, de la sensibilité et de la force musculaire ;
- Variation dans la coloration et la température du membre ;
- Présence d'une plaie ouverte ou non ;
- Œdème (gonflement ou enflure du membre) ;
- Engourdissement du membre.

En présence de ces signes et de ces symptômes, le secouriste doit agir comme s'il y avait une fracture. Tous les traumatismes aux extrémités doivent être traités avec précaution, car une mauvaise manipulation peut entraîner de graves conséquences. Une fracture peut occasionner des lésions des vaisseaux et des nerfs. Toute blessure ouverte peut entraîner une infection. Le secouriste doit suivre certains principes de base pour assurer la stabilisation de la blessure. Il est recommandé de stabiliser le membre blessé dans la position trouvée afin d'éviter toute mobilisation qui risquerait d'aggraver la blessure. Il ne faut donc pas faire de traction ou essayer de remettre le membre en place. S'il est nécessaire de déplacer la personne, le secouriste doit immobiliser complètement le membre avant le déplacement, de manière à diminuer la douleur et à éviter l'aggravation de la blessure.

La coloration, la chaleur et les sensations d'engourdissement aux extrémités doivent être vérifiées avant et après l'immobilisation.

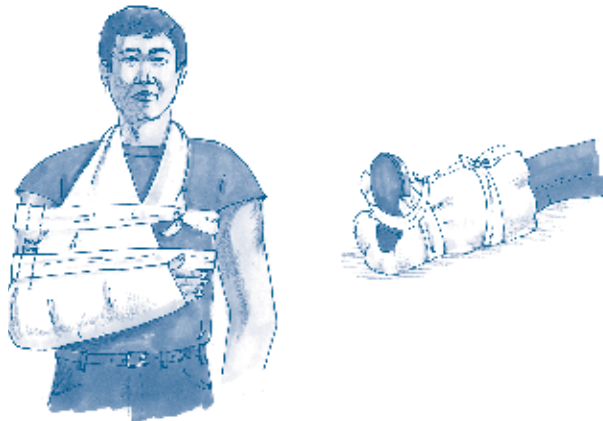
Les bandes de fixation de l'attelle ne doivent pas être fixées à l'endroit où se trouve la blessure ou sur une articulation afin d'éviter de gêner la circulation, d'augmenter la douleur et d'aggraver la blessure.

L'immobilisation doit inclure l'articulation qui se trouve au-dessus et en dessous de la blessure.

Une plaie ouverte doit être protégée par un pansement sec non compressif.

Interventions en cas de traumatismes aux extrémités

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. En présence d'une plaie ouverte, appliquer un pansement sec non compressif.
7. Vérifier la coloration, la chaleur et les engourdissements du membre blessé.
8. Maintenir le membre dans la position trouvée.
9. Immobiliser et combler l'intérieur de l'attelle à l'aide de coussinets.



10. Revérifier la coloration, la chaleur et les engourdissements du membre blessé.
11. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Si l'on soupçonne un traumatisme à la colonne vertébrale, consulter le protocole 20 : « Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale ». Le secouriste ne doit pas tenter de remettre le membre en place ou de faire de traction ; il doit maintenir le membre dans la position trouvée en le soutenant au-dessus ou en dessous de la fracture lors de l'immobilisation. Pour immobiliser le membre, il peut utiliser :

- *une couverture ;*
- *un oreiller ;*
- *des bandages triangulaires ; ou*
- *des attelles de carton, de bois ou de métal.*

L'immobilisation doit comprendre l'articulation au-dessus et en dessous de la blessure.

Les bijoux ou les vêtements qui couvrent le membre blessé doivent être enlevés seulement s'il est facile de le faire.

Favoriser la position de confort, tout en limitant les mouvements du membre blessé (si l'on ne soupçonne pas de traumatisme de la colonne vertébrale).

L'utilisation de glace est recommandée dans le but de diminuer la douleur et l'enflure (œdème) à l'endroit de la blessure. Les recommandations énumérées ci-dessous doivent cependant être suivies :

- *Ne jamais mettre la glace en contact direct avec la peau ;*
- *Ne pas appliquer de glace pendant plus de 20 minutes ;*
- *Ne jamais mettre de glace sur une blessure ouverte.*

L'utilisation de l'attelle pneumatique exige certaines précautions. Une attelle pneumatique est sensible aux variations de température et de pression atmosphérique. Elle se dilate à la chaleur et se contracte au froid. Des variations des conditions environnantes peuvent causer des problèmes de circulation sanguine dans le membre blessé.



Techniques

Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale



TECHNIQUE 1 : IMMOBILISATION SUR PLANCHE DORSALE

Maintenir manuellement la tête en position neutre sans faire de traction



Mesurer et installer un collier cervical en continuant de maintenir la tête en position neutre tant qu'elle n'est pas fixée sur la planche

Tourner la personne en bloc et la transférer sur la planche en un seul mouvement

- Fixer le thorax avec deux courroies en « X »
- Fixer le bassin avec une courroie
- Fixer la tête avec le matériel approprié (éviter les sacs de sable)
- Fixer les pieds avec une courroie en « 8 » sans faire de traction

Note : L'utilisation de cette technique exige une formation complémentaire spécifique.

Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatisme à la colonne vertébrale

Les lieux inaccessibles aux services préhospitaliers d'urgence ou une évacuation d'urgence en raison de dangers possibles dans l'espace de travail sont deux raisons pour lesquelles le secouriste peut prendre la décision de déplacer une personne. Le secouriste doit être vigilant, car un déplacement mal effectué peut aggraver l'état de la personne.

Les techniques que le secouriste peut utiliser sont les suivantes :

- La marche assistée ;
- Le transport sur le dos ;
- La chaise à quatre mains ;
- Le transport sous les aisselles.

S'il s'agit d'un traumatisme, il faut toujours soupçonner une blessure à la colonne vertébrale. Chez les personnes traumatisées, les manœuvres de déplacement mentionnées précédemment ne sont pas indiquées. Les personnes victimes de traumatisme avec risque de blessure à la colonne doivent être mobilisées d'un seul bloc et immobilisées sur une planche dorsale avant d'être déplacées.

Marche assistée

On doit recourir à cette technique uniquement si le transport doit se faire sur une courte distance et si la blessure est légère. Pour réaliser cette technique :

1. le secouriste doit se placer du côté où se trouve la blessure, sauf si la blessure est située sur le bras ou l'épaule ;
2. la personne doit passer son bras derrière le cou du secouriste et appuyer la main sur son épaule ;
3. le secouriste doit tenir le poignet de la personne qui est appuyé sur son épaule ;
4. le secouriste doit avancer lentement et prudemment.



Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale

Transport sur le dos

On doit recourir à cette technique uniquement si le transport doit se faire sur une courte distance et si la blessure est légère. Cette technique exige une certaine force physique de la part du secouriste. Pour utiliser cette technique :

1. le secouriste doit demander à la personne blessée de se mettre debout derrière lui (le secouriste fait dos à la personne) ;
2. il doit fléchir légèrement les genoux pour se mettre à la hauteur des épaules de la personne et placer les bras de cette dernière par-dessus ses propres épaules afin de pouvoir lui tenir les poignets ;



3. il doit se pencher vers l'avant et soulever la personne suffisamment pour que ses pieds ne touchent plus le sol.

Chaise à quatre mains

On peut recourir à cette technique pour le transport sur une courte distance et pour une personne légèrement blessée. Cette technique exige la présence de deux secouristes. Pour utiliser cette technique :

1. Croiser les mains de la façon indiquée sur l'illustration (chaise à quatre mains) afin de constituer un solide point d'appui ;



Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale

2. Demander à la personne de s'asseoir et de passer ses bras autour des épaules des secouristes.



Note

La technique peut être modifiée, si la personne est incapable de se servir de ses bras. Les secouristes peuvent fabriquer un anneau à l'aide d'un bandage triangulaire ou d'une ceinture, se placer l'un en face de l'autre et saisir l'anneau d'une main pour faire un siège sur lequel la personne blessée peut s'asseoir. Le bras libre, appuyé sur l'épaule de l'autre porteur, servira de dossier.

Transport sous les aisselles

On peut recourir à cette technique en cas de blessure légère, lorsqu'il faut transporter la personne blessée dans un escalier ou un espace confiné. Cette technique exige la présence de deux secouristes. Pour utiliser cette technique :

1. il faut asseoir la personne blessée sur une chaise ;



Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale

2. l'un des secouristes doit se placer derrière la personne assise et passer ses bras sous les aisselles de la personne blessée pour aller prendre ses poignets ;



3. le deuxième secouriste soutient la personne sous les genoux ;
4. les deux secouristes soulèvent et transportent la personne lentement.



Déplacement d'une personne présentant un risque de traumatisme à la colonne vertébrale

Pour immobiliser une personne sur une planche dorsale longue ou sur tout autre appareil d'immobilisation, le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire.

Lorsqu'un déplacement est nécessaire, par exemple lorsque l'espace de travail n'est pas sécuritaire ou que le lieu est inaccessible aux services préhospitaliers d'urgence, le secouriste doit immobiliser les personnes victimes d'un traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale.

Le secouriste doit habituellement maintenir la tête de la personne dans la position trouvée. Pour l'application de la technique 1 : « Immobilisation sur planche dorsale », la tête de la personne doit être maintenue en position neutre.

Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale

Le déplacement et le transfert d'une personne blessée exigent beaucoup de précautions. L'application des techniques et la coordination de l'équipe doivent être parfaites afin de ne pas aggraver les blessures réelles ou possibles de la personne.

Technique 1 : Immobilisation sur une planche dorsale

1. Maintenir manuellement la tête de la personne en position neutre sans faire de traction.



2. Mesurer et installer un collier cervical en continuant de maintenir la tête de la personne en position neutre tant qu'elle n'est pas fixée sur la planche.
3. Tourner la personne blessée en bloc et la transférer sur la planche en un seul mouvement.



4. Fixer la personne sur la planche :
 - Fixer le thorax à l'aide de deux courroies en « X » ;
 - Fixer le bassin à l'aide d'une courroie ;
 - Fixer la tête de la personne secourue en utilisant le matériel approprié (éviter les sacs de sable) ;
 - Fixer les pieds de la personne secourue à l'aide d'une courroie en « 8 », sans faire de traction.



Note

L'utilisation de cette technique exige une formation complémentaire spécifique.

Déplacement et immobilisation d'une personne sur planche dorsale

Pour transporter en toute sécurité une personne immobilisée, le secouriste doit se faire assister de trois autres personnes. Celles-ci se placent aux extrémités de la planche dorsale; l'un des secouristes se place à la tête de la personne et dirige l'intervention. Au cas où seulement deux personnes sont disponibles, celles-ci doivent se placer de chaque côté de la planche afin d'en assurer la stabilité.

Note

La position neutre de la tête fait référence au maintien de la tête et du cou dans le même axe que le tronc. Si le secouriste formé constate les éléments énumérés ci-dessous au moment de placer la tête de la personne blessée dans l'axe du tronc :

- de la résistance (spasme),
- l'apparition ou l'augmentation d'une douleur,
- l'apparition d'engourdissement ou de picotements ou leur augmentation, ou
- la détérioration de la respiration,

il doit interrompre la manœuvre et attendre l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

Le collier cervical doit être installé le plus rapidement possible et obligatoirement avant la mobilisation de la personne, à moins d'une situation d'extrême urgence.

Le collier cervical ne garantit pas à lui seul la stabilité complète de la colonne cervicale; c'est pourquoi la protection de la colonne cervicale doit être assurée en permanence de façon manuelle tant que la tête de la personne blessée n'est pas fixée sur un appareil d'immobilisation.

Au moment du transfert de la personne blessée sur la planche dorsale, le secouriste doit :

- tourner la personne vers lui d'un seul bloc, tout en maintenant sa tête alignée avec son corps;
- placer la planche longue parallèlement à la personne en la maintenant complètement au sol ou à un angle de 45 degrés;
- retourner la personne blessée doucement sur la planche.

Si le matériel approprié n'est pas disponible, une couverture roulée de chaque côté de la tête et maintenue par une bande au front et une autre au menton peuvent être utilisées pour fixer la tête de la personne blessée.

Éviter les sacs de sable, car ils exercent un poids sur la tête de la personne blessée au cours du déplacement.

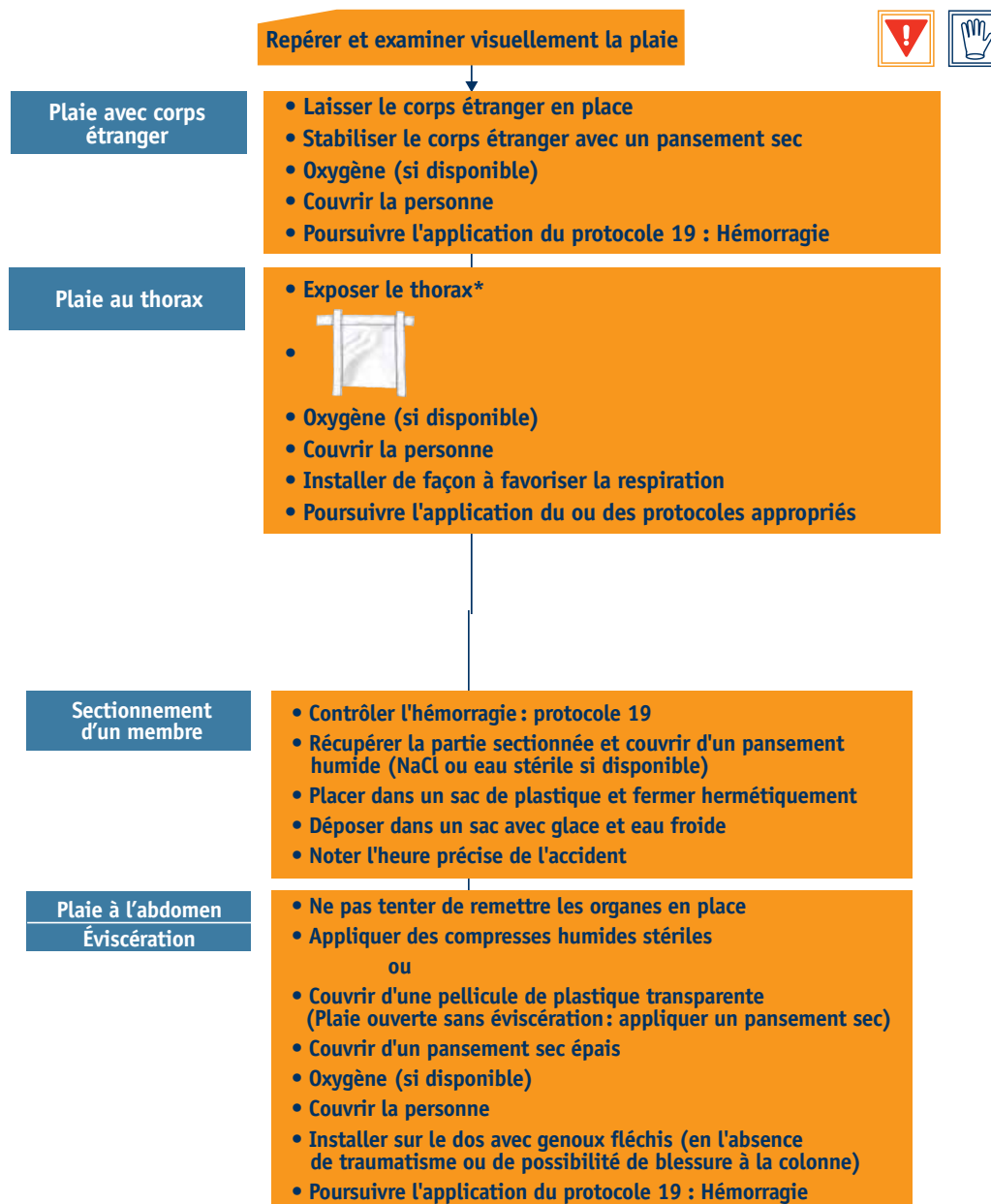
Le secouriste peut se procurer, aux Publications du Québec, le DVD *La formation des secouristes en milieu de travail*, dans laquelle est inclus la capsule intitulée « La formation des secouristes en milieu forestier/blessure à la colonne vertébrale ».

D'autres types d'accessoires, dont le matelas d'immobilisation, sont utilisés actuellement en soins préhospitaliers d'urgence. L'utilisation de ce matériel nécessite aussi une formation complémentaire.

Interventions en cas de plaies complexes



TECHNIQUE 2



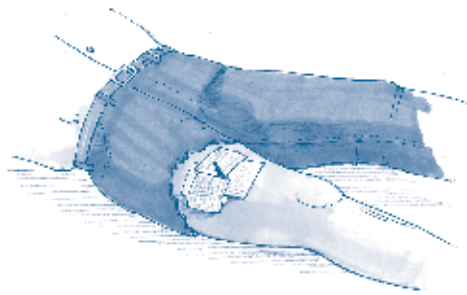
Note: Si possibilité de blessure à la colonne, éviter de déplacer la personne.
Si un déplacement est nécessaire, protéger la colonne. * Attention! Dignité et hypothermie.

On peut constater divers types de plaies en milieu de travail. Une plaie ouverte au thorax ou un saignement abondant peuvent mettre la vie de la personne en danger immédiat. Pour cette raison, ces blessures doivent être traitées au moment de l'appréciation primaire. Les plaies de moindre importance doivent être traitées après l'appréciation secondaire.

Les plaies doivent être recouvertes d'un pansement afin d'éviter l'aggravation de la blessure, de contrôler l'hémorragie, s'il y a lieu, et de prévenir l'infection. Certaines plaies comme celles avec un corps étranger au niveau du thorax ou de l'abdomen ou consécutives au sectionnement d'un membre exigent un traitement particulier.

Plaie avec un corps étranger

1. Laisser le corps étranger en place.
2. Stabiliser le corps étranger à l'aide d'un pansement sec.



3. Donner de l'oxygène, si disponible.
4. Couvrir la personne.
5. Poursuivre l'application du protocole 19 : « Hémorragie ».

Note

La gravité de la plaie dépend de l'objet, de la profondeur de la pénétration et de l'endroit où se situe la blessure. Il ne faut pas tenter de retirer le corps étranger; cela accroît les risques d'hémorragie et de lésions internes.

Pour stabiliser le corps étranger :

- appliquer des gazes stériles tout autour de l'objet afin de maîtriser le saignement, s'il y a lieu;
- maintenir l'objet en place à l'aide de coussins de pansement afin de l'empêcher de bouger;
- fixer les pansements à l'aide d'une bande de gaze ou d'un bandage triangulaire.

Plaie au thorax

Une plaie au thorax est considérée comme grave et exige une intervention immédiate. Le secouriste doit principalement rechercher les plaies pénétrantes. Ce type de plaie laisse généralement passer de l'air à chaque respiration (présence de bulles d'air et de sang) et peut causer une très grande difficulté respiratoire. Dans ce cas, l'action du secouriste influencera grandement l'état de la personne. Il doit :

1. exposer le thorax;
2. appliquer rapidement un pansement occlusif (pellicule de plastique transparente) et le fixer avec du diachylon sur trois côtés en laissant le côté le plus bas ouvert. La pellicule doit recouvrir entièrement la plaie;
3. donner de l'oxygène, si disponible;
4. installer la personne de façon à favoriser sa respiration (en l'absence de traumatisme);



5. poursuivre l'application du ou des protocoles appropriés.

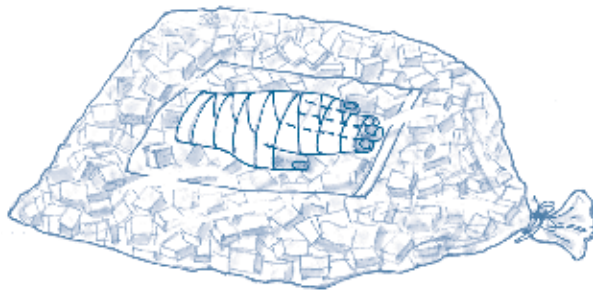
Note

En cas de traumatisme ou lorsque la personne ressent une douleur ou éprouve de la difficulté à respirer en raison de sa blessure, le thorax doit être exposé. L'exposition du thorax permet de déterminer s'il existe une plaie ouverte au thorax et d'y apposer le plus rapidement possible un pansement occlusif fermé sur trois côtés. Ce type de pansement agit comme une valve qui empêche l'air de pénétrer par la plaie à l'inspiration et de comprimer le poumon ainsi que les autres structures de la cage thoracique. Il permet aussi à l'air de s'échapper à l'expiration. Pour favoriser la respiration, la personne doit être installée soit en position assise ou en position latérale de sécurité, et ce, du même côté que la blessure. Par contre, s'il existe une possibilité de blessure à la colonne vertébrale, il faut garder la personne dans la position où elle se trouve.

Sectionnement d'un membre ou d'une partie d'un membre

Le sectionnement d'un membre peut provoquer une hémorragie grave. Les soins prodigués à une personne qui a un membre sectionné sont cruciaux, car, dans de nombreux cas, la reconstitution en chirurgie permet de sauver cette partie.

1. Contrôler l'hémorragie : consulter le protocole 19.
2. Récupérer la partie sectionnée et la couvrir d'un pansement humide (NaCl ou eau stérile, si disponible).
3. Placer la partie sectionnée dans un sac de plastique et fermer le sac hermétiquement.



4. Déposer le tout dans un sac avec de la glace et de l'eau froide.
5. Noter l'heure précise de l'accident.

Note

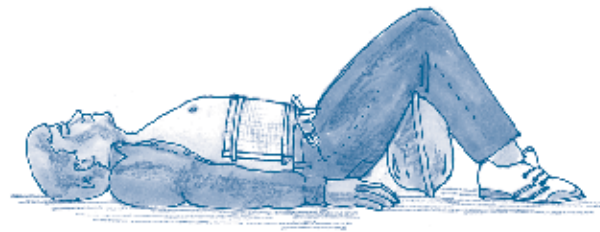
Remettre la partie sectionnée à l'équipe des soins préhospitaliers d'urgence en précisant le temps écoulé depuis le sectionnement.

Plaie à l'abdomen (éviscération)

Une plaie accompagnée d'une sortie des organes abdominaux (éviscération) est une blessure très grave qui va souvent de pair avec une hémorragie interne et une perte de chaleur considérable (risque d'hypothermie).

En cas d'éviscération :

1. ne pas tenter de remettre les organes en place ;
2. appliquer des compresses humides stériles ou couvrir d'une pellicule de plastique transparente (plaie ouverte sans éviscération : appliquer un pansement sec) ;
3. couvrir d'un pansement sec épais ;
4. donner de l'oxygène (si disponible) ;
5. couvrir la personne ;
6. installer la personne sur le dos, avec les genoux fléchis (en l'absence de traumatisme ou de possibilité de blessure à la colonne vertébrale) ;



7. Poursuivre l'application du protocole 19 : « Hémorragie ».

Note

En cas de traumatisme ou lorsque la personne ressent une douleur ou un inconfort dans la région abdominale, ou qu'elle souffre d'un saignement, l'abdomen doit être exposé. Cette intervention permet de découvrir s'il existe une plaie ouverte à l'abdomen ou tout autre signe permettant de soupçonner une hémorragie interne.

Les compresses humides stériles doivent être humidifiées à l'aide d'une solution physiologique salée (NaCl).

Le pansement humide doit être recouvert d'un pansement sec épais, afin d'éviter la contamination et la perte de chaleur.

Le pansement humide peut être remplacé par une pellicule de plastique transparente recouverte également d'un pansement sec.

S'il existe une possibilité de blessure à la colonne vertébrale, garder la personne en position dorsale. Éviter les déplacements.

Particularités

Plaie au visage

Une plaie au visage peut gêner la respiration s'il y a écoulement de sang au niveau des voies respiratoires. Le type d'accident survenu peut aussi faire en sorte que le secouriste soupçonne une blessure à la colonne vertébrale. Il doit être vigilant et traiter la plaie, tout en maintenant l'ouverture des voies respiratoires et en assurant la protection de la colonne cervicale de la personne.

Plaie au cou

La rupture d'un vaisseau sanguin à la hauteur du cou entraîne une hémorragie grave pouvant causer la mort en quelques secondes. Le secouriste doit, dans cette situation, après avoir mis des gants, comprimer rapidement le point de rupture du vaisseau jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

Plaie avec déformation d'un membre

Le secouriste doit d'abord traiter la plaie et s'attarder ensuite à l'immobilisation du membre. Si la plaie est située à l'endroit de la déformation, appliquer un pansement non compressif afin de ne pas aggraver la blessure sous-jacente. Immobiliser le membre dans la position trouvée à l'aide d'une attelle.

Plaie pénétrante causée par un liquide sous très haute pression

Une plaie pénétrante causée par un liquide sous très haute pression peut causer des dommages internes importants et, par conséquent, exiger un traitement médical particulier. À la suite de l'accident, le secouriste doit traiter la plaie selon son type et les protocoles établis. De plus, quelle que soit l'ampleur de la plaie, il lui faudra s'assurer que la personne blessée est dirigée sans délai vers des soins spécialisés. Il devra veiller à communiquer la nature du traumatisme à l'équipe de prise en charge de la personne.

Plaie mineure

Une plaie mineure est une plaie considérée comme plus ou moins grave selon son étendue, sa profondeur, son emplacement et le saignement qu'elle provoque. Le secouriste doit traiter ce type de plaie de la façon suivante :

1. Se protéger.
2. Laver la région blessée à l'eau courante et au savon doux, si possible, et déloger les saletés qui se trouvent autour de la plaie.

Interventions en cas de plaies complexes

3. Si des saletés demeurent incrustées ou si un lavage ne peut être pratiqué, nettoyer la plaie délicatement à l'aide de compresses de gaze.
4. Achever le nettoyage à l'aide d'un tampon antiseptique.
5. Lorsque la plaie est propre, appliquer un pansement adhésif ou une compresse de gaze fixée sur les quatre côtés avec du diachylon afin de la protéger.
6. Faire évaluer la plaie par du personnel spécialisé (possibilité de points de suture et de vaccination contre le tétanos, et possibilité d'infection).

Note

Toute blessure ayant endommagé la peau peut être contaminée par le bacille tétanique. Ce bacille est présent partout dans la poussière, la terre et le sol, et peut causer le tétanos, une maladie grave, et parfois même mortelle. La vaccination peut protéger contre cette maladie. Si une plaie est particulièrement sale, souillée ou malpropre, diriger la personne vers des soins spécialisés (CSSS, clinique médicale, hôpital).



Annexes

ANNEXE 1

Méthode de triage *START*



START

Simple Triage And Rapid Treatment

Pour appliquer la méthode de triage *START*, le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire.

La méthode de triage *START* (Simple Triage And Rapid Treatment) permet d'intervenir efficacement dans les situations où le nombre de victimes est élevé et dépasse la capacité d'intervention habituelle. Ces situations sont exceptionnelles et extrêmement graves. Elles surviennent lorsque le nombre de secouristes présents sur place est insuffisant par rapport au nombre de victimes à secourir.

La méthode *START* permet de désigner rapidement, par un code de couleur, les victimes qui ont le plus de chance de survivre et de déterminer l'ordre de priorité des interventions, en déterminant celles qui ont besoin de soins d'urgence.

La méthode *START* permet :

- d'évaluer toutes les victimes le plus rapidement possible ;
- de séparer celles qui ont besoin de soins immédiats de celles qui peuvent tolérer une période d'attente ;
- de sauver la vie des victimes qui peuvent être secourues en prodiguant des soins de base ;
- de donner le plus de soins au plus grand nombre de victimes dans un court laps de temps ;
- d'éviter toute perte de temps, en utilisant des étiquettes de triage.

Les étiquettes de triage sont noires, rouges, jaunes ou vertes, et chaque couleur a une signification précise.

Noir

Attribuée aux victimes qui ne respirent pas ou qui ont peu de chance de survivre.

Rouge

Attribuée aux victimes dont la vie est en danger, mais qui ont des chances de survivre en recevant des soins rapidement.

Jaune

Attribuée aux victimes incapables de marcher, mais qui peuvent tolérer une attente minimale avant d'être évacuées, sans que leur vie soit mise en danger.

Vert

Attribuée aux victimes qui peuvent marcher, se déplacer et tolérer une attente prolongée.

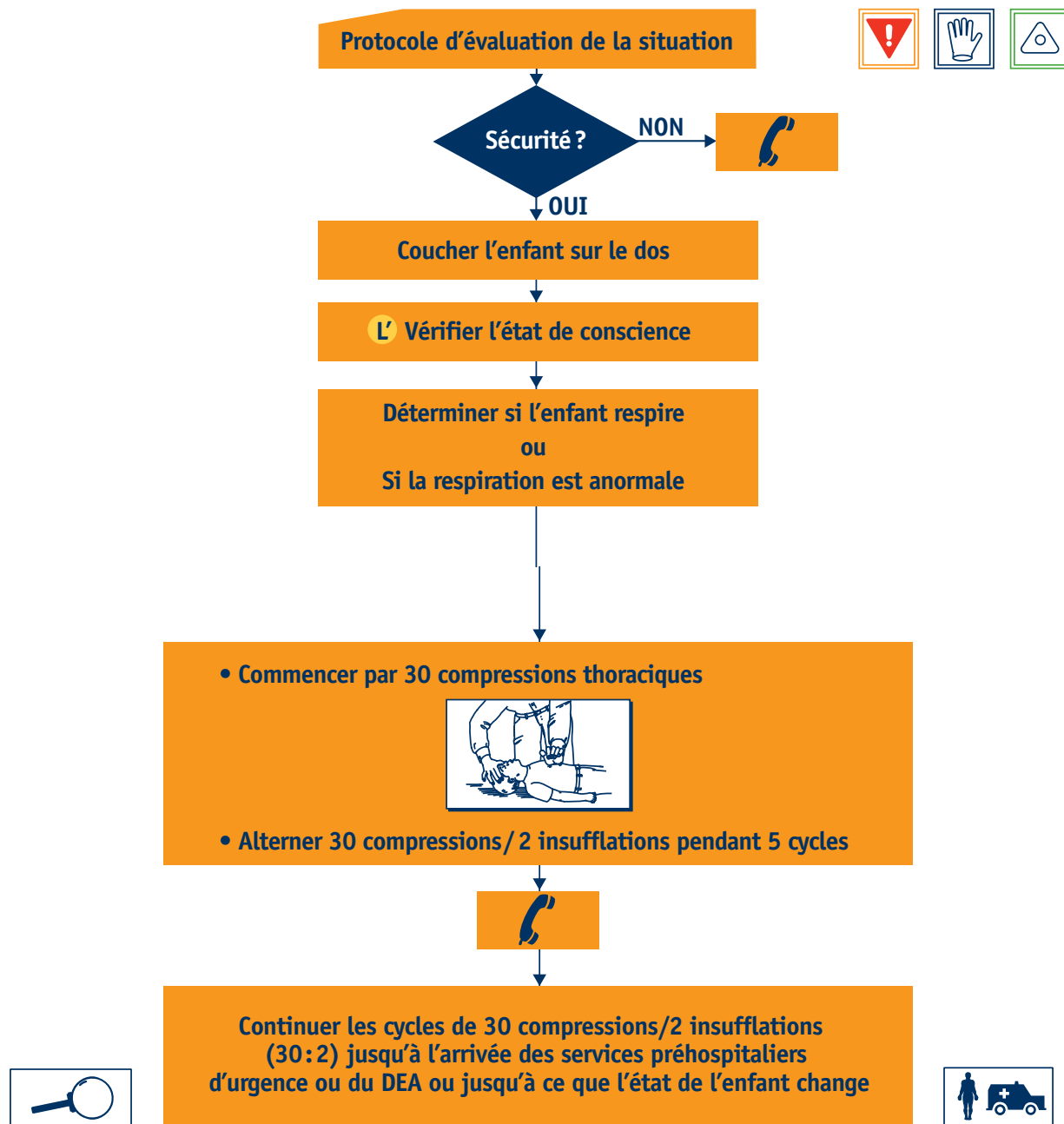
ANNEXE 2

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté



ANNEXE 2.1 : ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (DEA) : ENFANT QUI A ENTRE UN (1) AN ET L'ÂGE DE LA PUBERTÉ



Note : Installer le DEA dès que possible.
Compressions thoraciques avec 1 ou 2 mains à un rythme d'au moins 100/minute.
Insufflation 1 seconde chaque.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

Note

La séquence appliquée pour la RCR est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ».

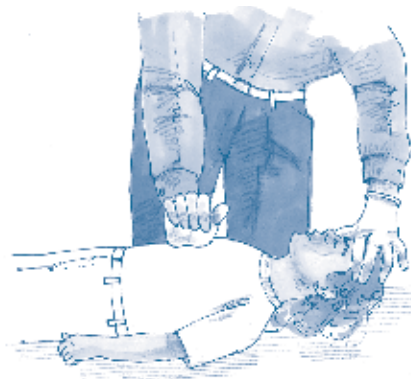
Les techniques de RCR doivent être adaptées à la taille de l'enfant.

Signes et symptômes

- Inconscience;
- Absence de mouvement thoracique ou respiration anormale;
- Peau grisâtre ou bleuâtre.

Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un enfant

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher l'enfant sur le dos.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si l'enfant respire ou si la respiration est anormale.
5. **C** Dénuder le thorax de l'enfant et commencer 30 compressions thoraciques avec 1 ou 2 mains à un rythme d'au moins 100/minute.



6. **A** Ouvrir les voies respiratoires.
7. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde chacune).

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté



8. Alternier 30 compressions/2 insufflations (30:2) pendant 5 cycles.
9. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus et que le DEA est demandé.
10. Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations (30:2) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou du DEA, ou jusqu'à ce que l'état de l'enfant change.

Note

S'il n'est pas seul, le secouriste doit faire appeler les services préhospitaliers d'urgence et le DEA dès qu'il a vérifié l'état de conscience.

L'observation de changements de l'état de conscience indique qu'il faut interrompre les manœuvres de RCR et réévaluer l'état de l'enfant.

Lorsque le secouriste a en sa possession des gants et un masque de poche, il doit les utiliser.

S'il s'agit d'un traumatisme, l'ouverture des voies respiratoires doit se faire en utilisant la subluxation de la mâchoire, afin de protéger la colonne cervicale. Pour appliquer cette technique, le secouriste doit se placer à la tête de l'enfant, poser une main de chaque côté de sa mâchoire inférieure et la soulever vers le haut, en ligne droite, sans bouger la tête de l'enfant. Il est essentiel de maintenir la tête et le cou de l'enfant dans l'axe du tronc.

Utilisation du défibrillateur externe automatique (DEA) en cas d'arrêt cardiorespiratoire : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté

1. Mettre le DEA en fonction.
2. Choisir les électrodes appropriées et les placer correctement.
3. S'éloigner de l'enfant afin de permettre à l'appareil de faire une analyse.
4. Sans toucher à l'enfant, appuyer sur le bouton « CHOC » s'il est indiqué de le faire.
5. Recommencer immédiatement la RCR par des compressions thoraciques.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

- Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence, ou jusqu'à la demande d'une deuxième analyse, ou jusqu'à ce que l'état de l'enfant change.

Note

Utiliser des électrodes pédiatriques.

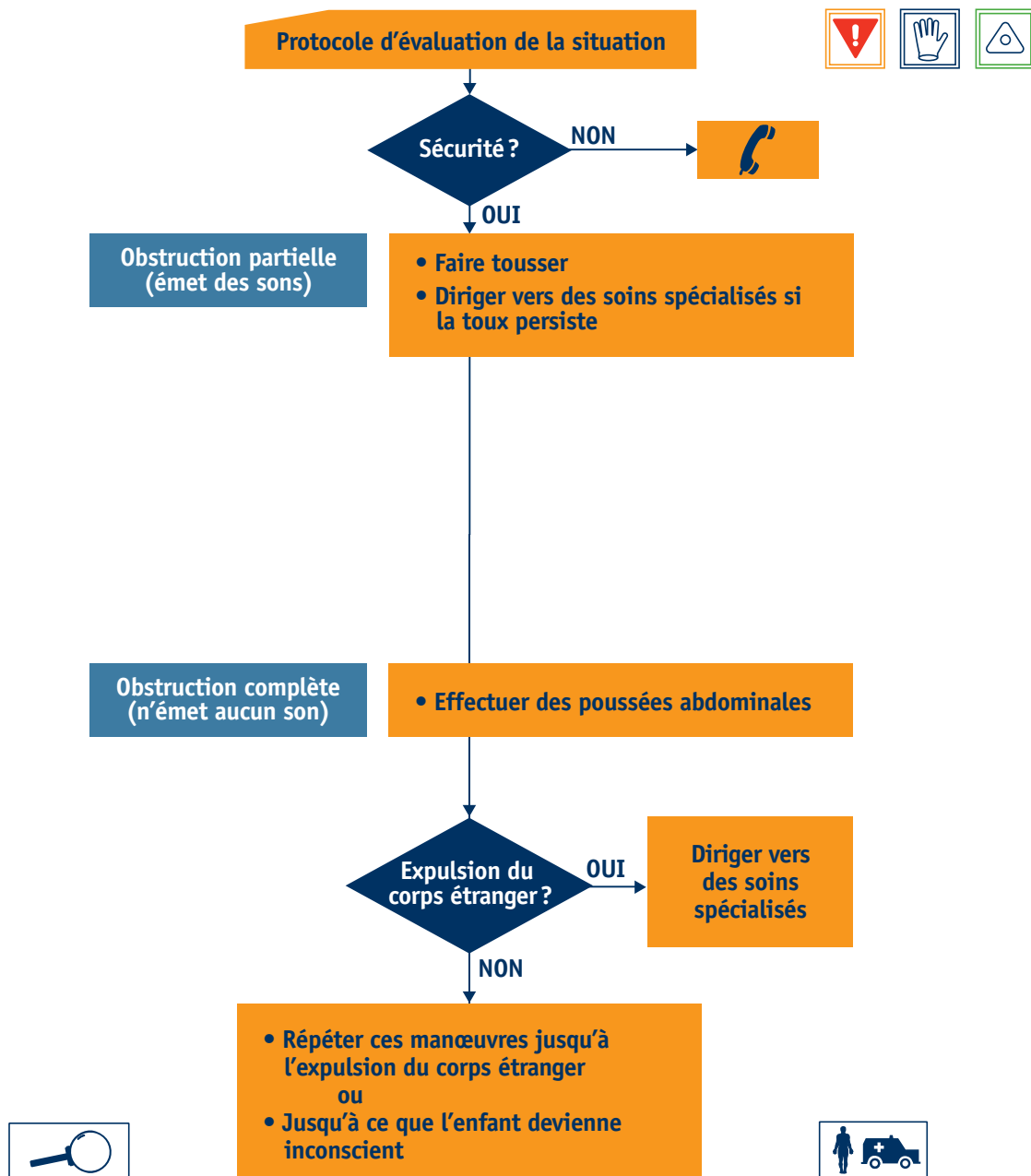
En l'absence d'électrodes pédiatriques, utiliser des électrodes pour adultes.

Synthèse de la RCR chez l'enfant

Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou de respiration normale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence après 5 cycles de 30 compressions et 2 ventilations
Séquence de RCR	- Compressions thoraciques ; - Ouverture des voies aériennes ; - Ventilation. → CAB
Localisation des compressions	Au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum
Méthode de compression	Avec 1 main ou 2 mains
Fréquence des compressions	Au moins 100 compressions/min
Profondeur des compressions	Au moins 5 cm (2 po)
Relaxation de la cage thoracique	- Permettre la relaxation totale entre les compressions ; - Changer de secouriste toutes les 2 minutes pour faire les compressions.
Interruption pendant les compressions	- Minimiser les interruptions pendant les compressions thoraciques ; - Essayer de limiter les interruptions à moins de 10 secondes.
Voies aériennes	- Basculer la tête au moment de soulever le menton ; En présence de traumatisme : effectuer la subluxation de la mâchoire.
Ventilation	- Environ 1 seconde par ventilation ; - Soulèvement visible de la cage thoracique.
Rapport compressions/ventilations	30:2
Défibrillation	- Fixer les électrodes pédiatriques et utiliser le DEA dès que possible ; - Minimiser les interruptions pendant les compressions thoraciques avant et après le choc ; - Reprendre la RCR en débutant par des compressions thoraciques après chaque choc.



ANNEXE 2.2 : OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES : ENFANT QUI A ENTRE UN (1) AN ET L'ÂGE DE LA PUBERTÉ – CONSCIENT



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

L'enfant a de meilleures chances de survivre à un arrêt respiratoire si son cœur ne cesse pas de battre. Il est donc capital de reconnaître les signes d'un problème respiratoire et d'intervenir rapidement.

Tout comme les techniques de RCR, les techniques de dégagement des voies respiratoires doivent être adaptées à la taille de l'enfant.

Signes et symptômes

Obstruction partielle (émet des sons)

- Toux, bruits respiratoires anormaux ;
- Difficulté à respirer et à parler ;
- Panique.

Obstruction complète (n'émet aucun son)

- Incapacité de parler et de tousser ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre de la peau ;
- Panique.

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant conscient)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Demander à l'enfant s'il peut parler ou tousser.
3. Obstruction partielle :

- Demander à l'enfant de tousser.

Obstruction complète :

- Exercer des poussées abdominales.



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

4. Répéter ces manœuvres jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que l'enfant devienne inconscient.

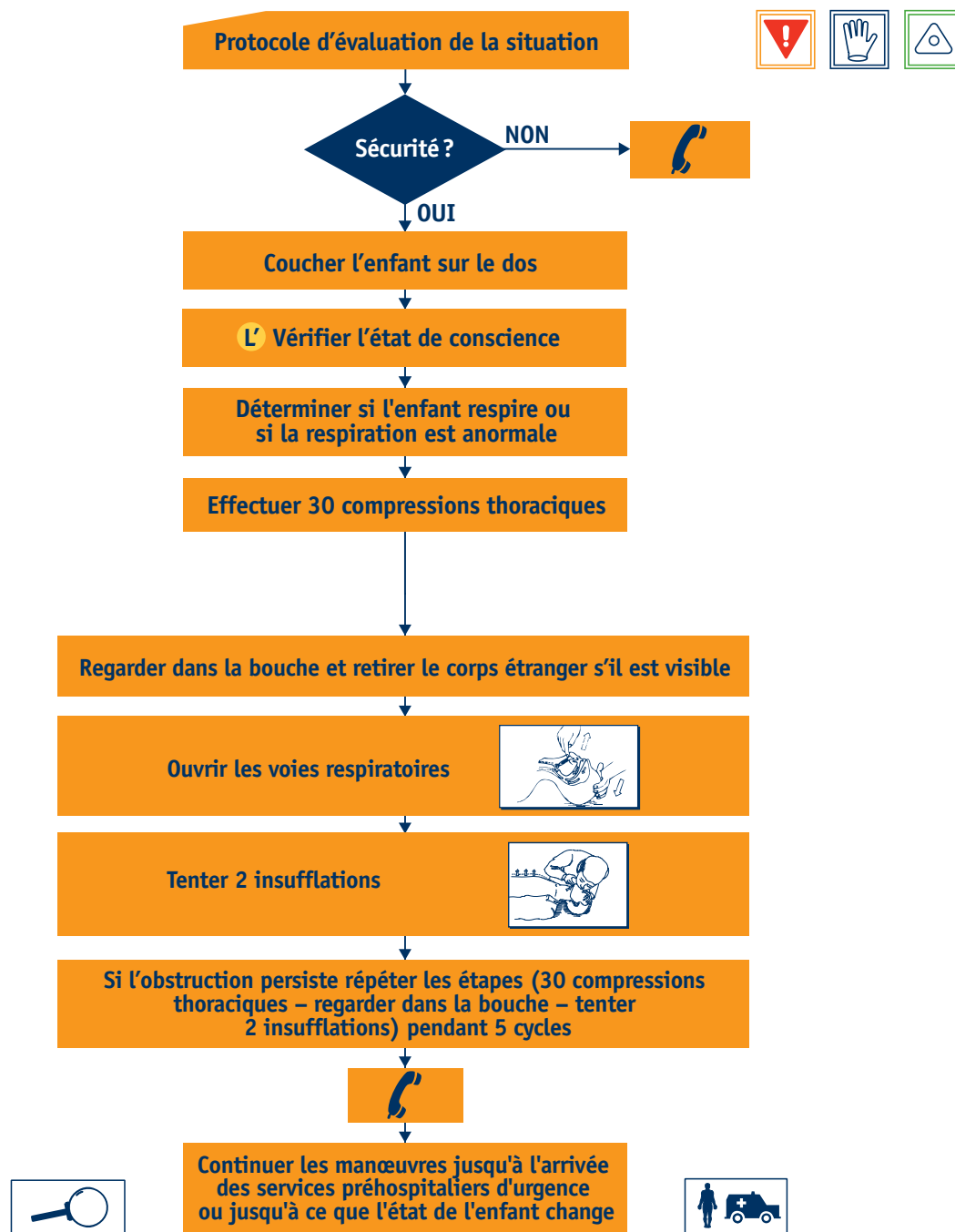
Note

Ne rien donner à boire ou à manger à l'enfant.

Chaque poussée abdominale doit être exercée séparément, d'un mouvement distinct, pour expulser le corps étranger.

Même si le corps étranger a été expulsé, l'enfant doit toujours être dirigé vers des soins spécialisés, car il peut souffrir de lésions internes consécutives aux poussées abdominales.

ANNEXE 2.3 : OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES : ENFANT QUI A ENTRE UN (1) AN ET L'ÂGE DE LA PUBERTÉ – INCONSCIENT



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant qui a entre un (1) an et l'âge de la puberté

Signes et symptômes

- Absence de réaction ;
- Absence de respiration ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre de la peau.

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant inconscient)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher l'enfant sur le dos.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si l'enfant respire ou si la respiration est anormale.
5. **C** Effectuer 30 compressions thoraciques.



6. Regarder dans la bouche de l'enfant et retirer le corps étranger, s'il est visible.
7. **A** Ouvrir les voies respiratoires.
8. **B** Si le corps étranger n'est pas visible, tenter 2 insufflations.
9. Si l'obstruction persiste, répéter les étapes (effectuer 30 compressions, regarder dans la bouche, tenter 2 insufflations) pendant 5 cycles.
10. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
11. Continuer les manœuvres jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou jusqu'à ce que l'état de l'enfant change.

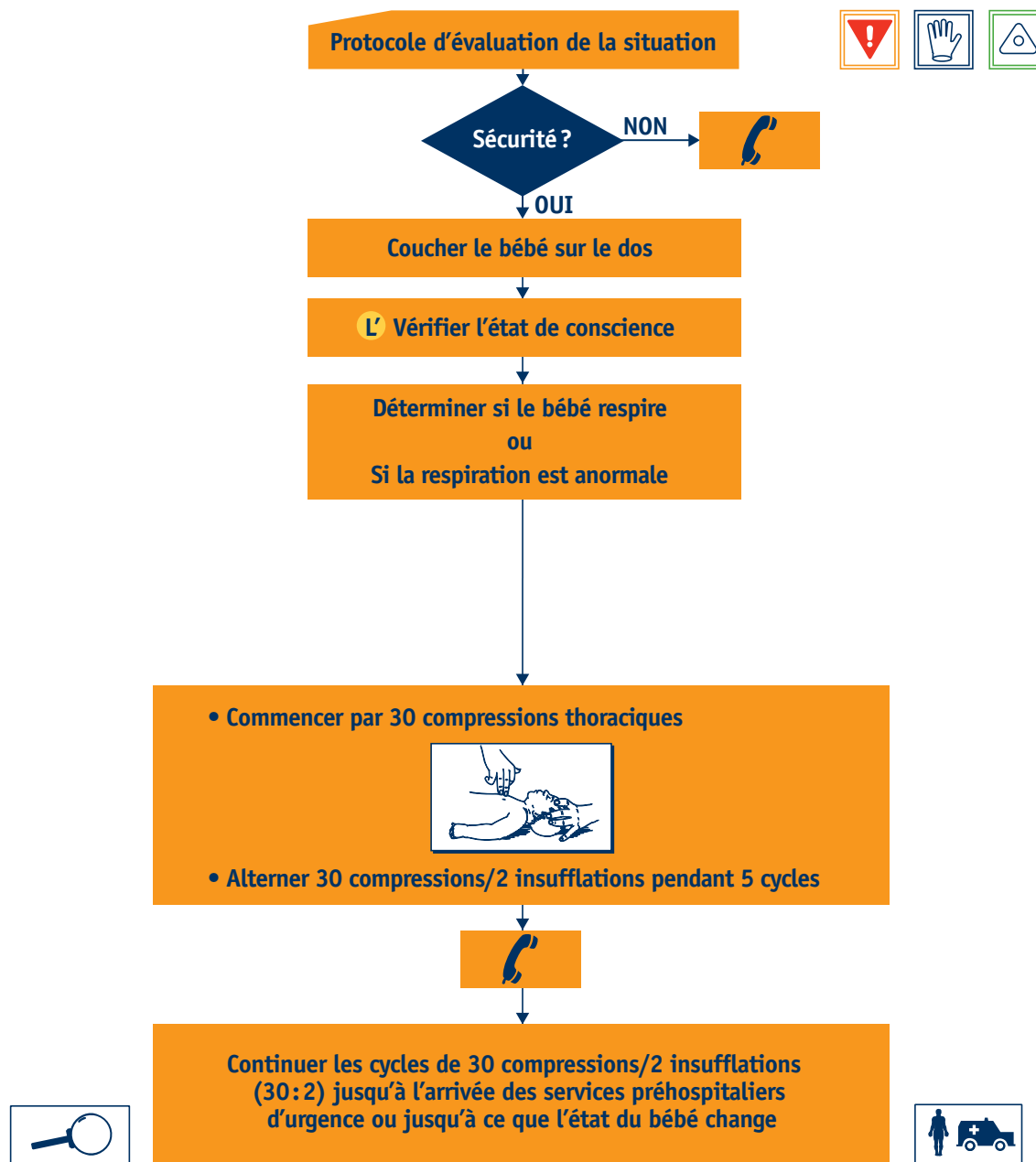


ANNEXE 3

Arrêt cardiorespiratoire et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an



ANNEXE 3.1 : ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE : BÉBÉ QUI A ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN



Note: Compressions thoraciques avec 2 doigts à un rythme d'au moins 100/minute.
Insufflation 1 seconde chaque.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

Note

La séquence appliquée pour la RCR est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ».

Les techniques de RCR doivent être adaptées à la taille du bébé.

La séquence appliquée pour la RCR est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ».

Les techniques de RCR doivent être adaptées à la taille du bébé.

Signes et symptômes

- Inconscience ;
- Absence de mouvements thoraciques ou respiration anormale ;
- Peau grisâtre ou bleuâtre.

Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un bébé

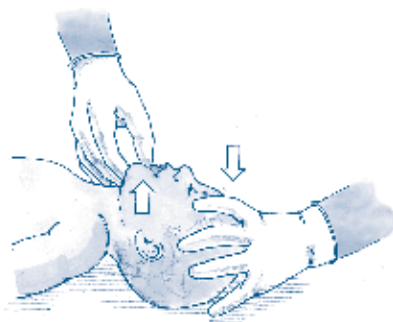
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher le bébé sur le dos.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si le bébé respire ou si la respiration est anormale.

5. **C** Dénuder le thorax et commencer 30 compressions thoraciques avec 2 doigts, à un rythme d'au moins 100/minute.



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

6. **A** Ouvrir les voies respiratoires.



7. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde chacune).



8. Alternier 30 compressions/2 insufflations (30:2) pendant 5 cycles.
9. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
10. Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations (30:2) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou jusqu'à ce que l'état du bébé change.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

Note

S'il n'est pas seul, le secouriste doit faire appeler les services préhospitaliers d'urgence dès qu'il a vérifié l'état de conscience.

L'observation de changements de l'état de conscience indique qu'il faut interrompre les manœuvres de RCR et réévaluer l'état du bébé.

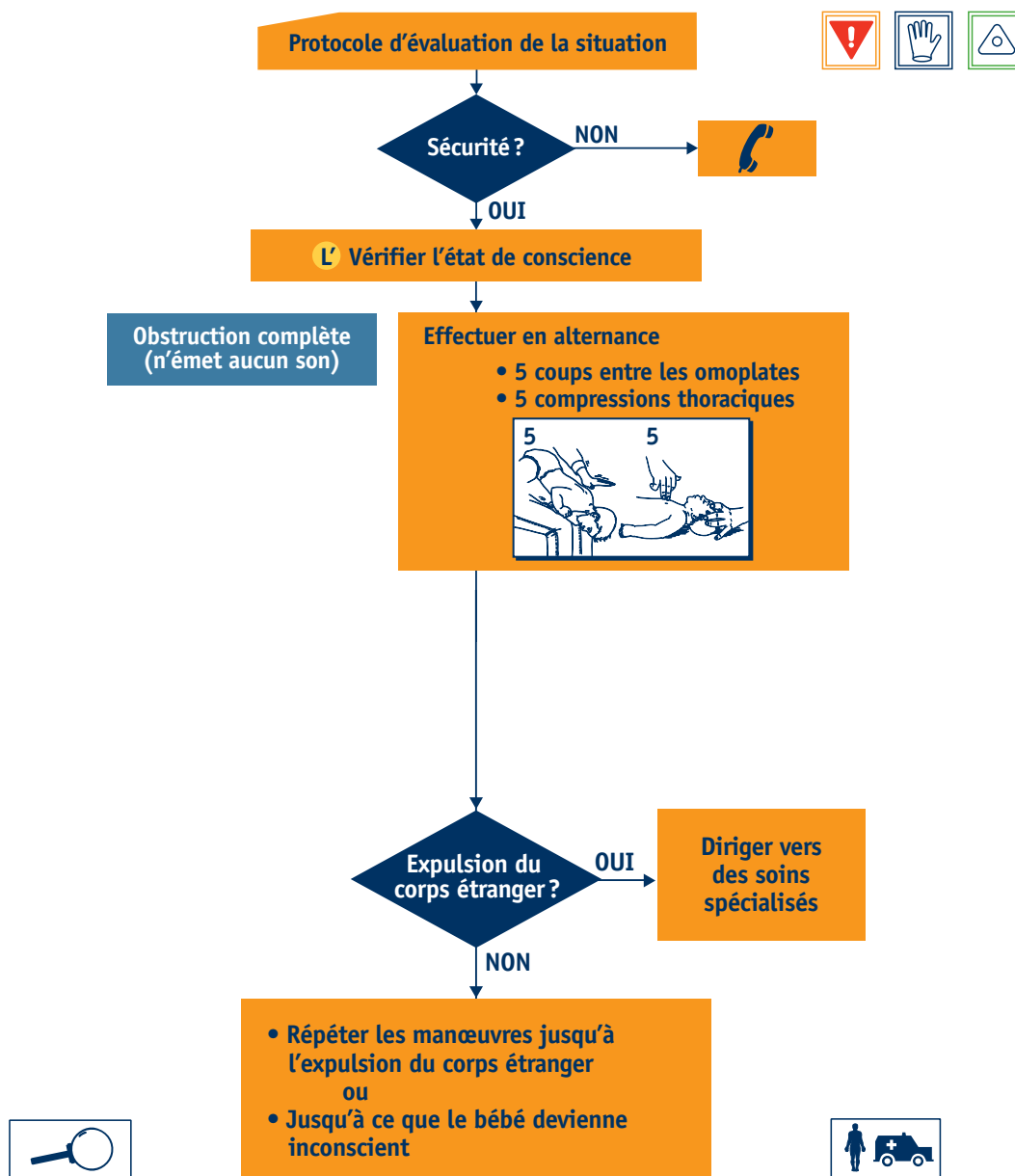
Lorsque le secouriste a en sa possession des gants et un masque de poche, il doit les utiliser.

Synthèse de la RCR chez le bébé

Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou de respiration normale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence après 5 cycles de 30 compressions et 2 ventilations
Séquence de RCR	- Compressions thoraciques ; - Ouverture des voies aériennes ; - Ventilation. → CAB
Localisation des compressions	Au centre du thorax, sous les mamelons
Méthode de compression	Avec 2 doigts
Fréquence des compressions	Au moins 100 compressions/min
Profondeur des compressions	Environ 4 cm (1½ po)
Relaxation de la cage thoracique	- Permettre la relaxation totale entre les compressions ; - Changer de secouriste toutes les 2 minutes pour faire les compressions.
Interruption pendant les compressions	- Minimiser les interruptions pendant les compressions thoraciques ; - Essayer de limiter les interruptions à moins de 10 secondes.
Voies aériennes	- Basculer la tête au moment de soulever le menton ; En présence de traumatisme : effectuer la subluxation de la mâchoire.
Ventilation	- Environ 1 seconde par ventilation ; - Soulèvement visible de la cage thoracique.
Rapport compressions/ventilations	30:2



ANNEXE 3.2 : OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES : BÉBÉ QUI A ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN – CONSCIENT



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

Les voies respiratoires d'un bébé peuvent être obstruées par des aliments ou par un petit objet. Dans ce cas, il est indiqué d'appliquer des techniques de dégagement des voies respiratoires adaptées à la taille du bébé.

Signes et symptômes

Obstruction partielle (émet des sons)

- Toux ;
- Bruits respiratoires anormaux ;
- Difficulté à respirer et à pleurer.

Obstruction complète (n'émet aucun son)

- Incapacité de tousser et de pleurer ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre de la peau.

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (bébé conscient)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Vérifier si le bébé peut émettre des sons.
3. Alternner 5 coups entre les omoplates et 5 compressions thoraciques, si le bébé est incapable d'émettre des sons.
4. Répéter ces manœuvres jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que le bébé devienne inconscient.

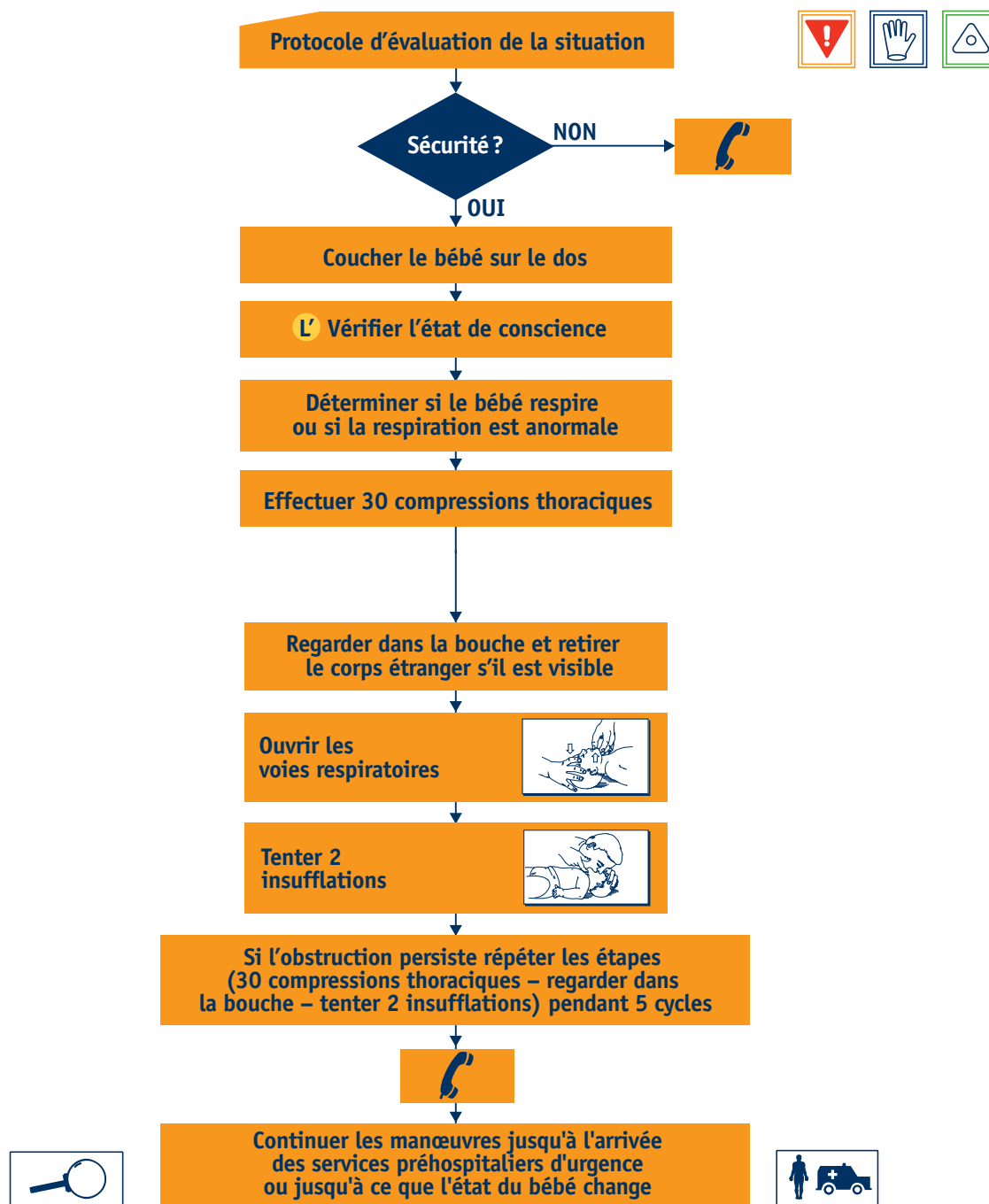


Note

Même si le corps étranger a été expulsé, le bébé doit toujours être dirigé vers des soins spécialisés, car il peut souffrir de lésions internes consécutives aux compressions thoraciques.



ANNEXE 3.3 : OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES : BÉBÉ QUI A ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN – INCONSCIENT



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

Signes et symptômes

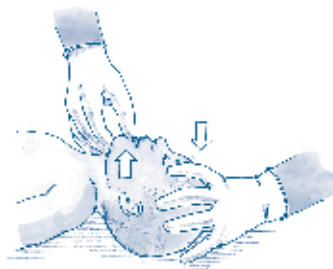
- Absence de réaction ;
- Absence de respiration ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre.

Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (bébé inconscient)

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. Coucher le bébé sur le dos.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si le bébé respire ou si la respiration est anormale.
5. **C** Effectuer 30 compressions thoraciques avec 2 doigts.



6. Regarder dans la bouche du bébé et retirer le corps étranger, s'il est visible.
7. **A** Ouvrir les voies respiratoires.



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé qui a entre zéro (0) et un (1) an

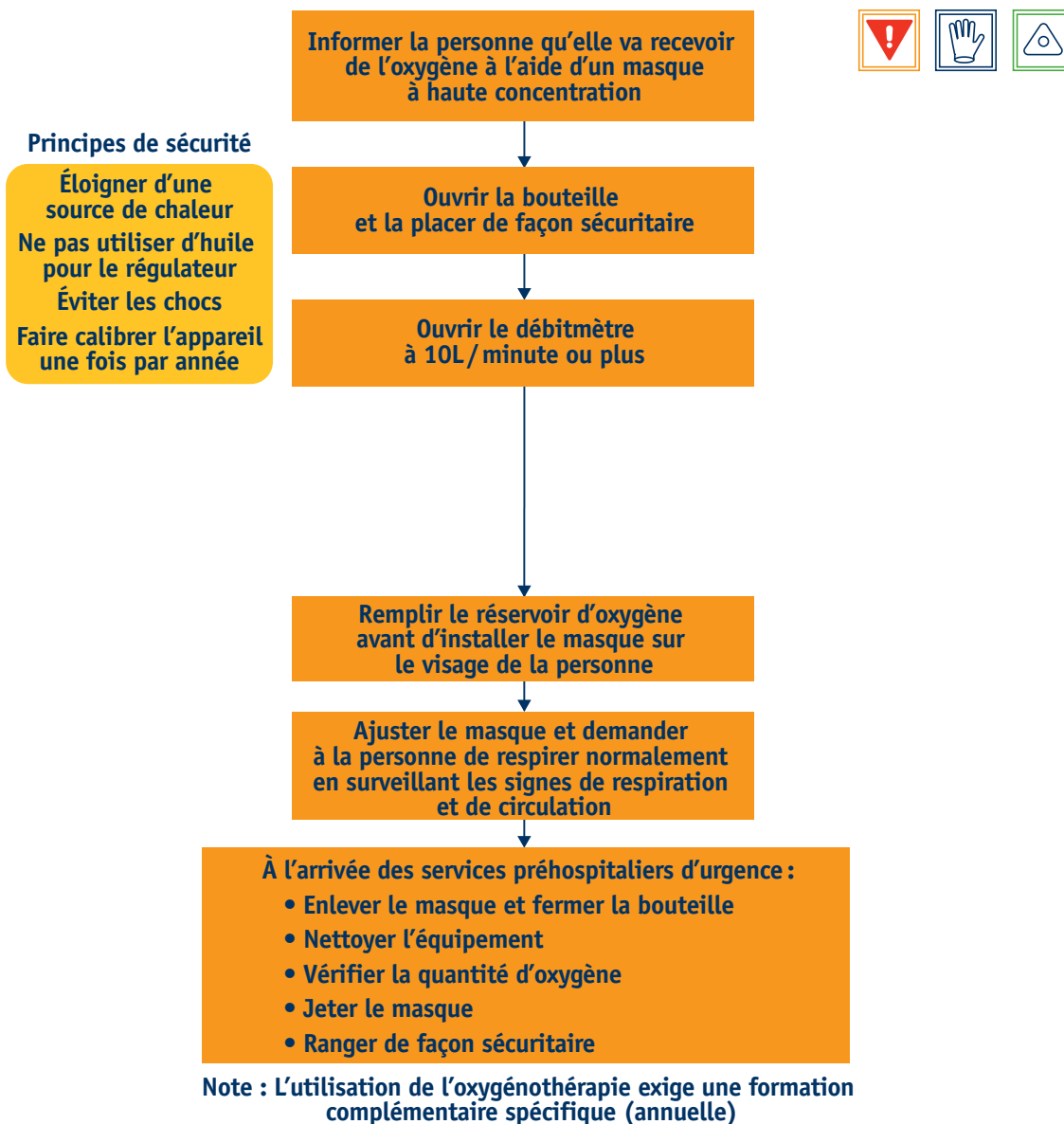
8. **B** Si le corps étranger n'est pas visible, tenter 2 insufflations.



9. Si l'obstruction persiste, répéter les étapes (effectuer 30 compressions thoraciques, regarder dans la bouche, tenter 2 insufflations) pendant 5 cycles.
10. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
11. Continuer les manœuvres jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou jusqu'à ce que l'état du bébé change.

ANNEXE 4

Oxygénothérapie



En vertu du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (A-3.001. r. 10), on trouve dans certains milieux de travail le matériel nécessaire pour administrer de l'oxygène.

Pour utiliser de l'oxygène au cours des interventions de premiers secours, le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire. Cette formation doit comprendre au minimum les éléments suivants : indications, technique d'utilisation du matériel, entretien, entreposage et manipulation de ce matériel en toute sécurité.

L'oxygène est vital pour l'organisme. Le cerveau, le cœur et les poumons sont les plus sensibles au manque d'oxygène et ne peuvent continuer de fonctionner normalement que durant quelques minutes, si la privation est grave. En premiers soins, l'oxygène est considéré comme un médicament et doit être utilisé comme tel.

Bienfaits de l'oxygénothérapie en contexte de premiers secours

L'oxygénothérapie consiste à administrer de l'oxygène supplémentaire à une personne pour assurer une meilleure oxygénation de ses cellules. Pour les besoins normaux de chaque cellule, un apport normal d'oxygène est suffisant. Le stress imposé aux cellules à l'occasion d'un traumatisme comme une brûlure, une intoxication respiratoire ou une exposition à des substances toxiques en exige un apport supplémentaire. L'oxygénothérapie permet de prévenir la détérioration de l'état de la personne et, dans certains cas, de lui sauver la vie. Elle a aussi un effet rassurant pour la personne qui attend l'arrivée du personnel spécialisé.

Conditions nécessitant d'emblée un supplément d'oxygène

- Personne dont l'état de conscience est altéré ;
- Personne ayant des difficultés respiratoires ;
- Personne ayant inhalé une substance toxique ;
- Personne présentant des signes et des symptômes d'accident vasculaire cérébral ;
- Personne présentant un traumatisme ou un saignement important.

Matériel nécessaire

- Bouteille d'oxygène de type D ou E ;
- Régulateur permettant un débit de 10 litres à la minute ou plus ;
- Masque à haute concentration avec réservoir ;
- Boîtier de sécurité pour le transport ;
- Masque de poche muni d'une entrée d'oxygène.

Note

Dans le but de favoriser la continuité des soins entre les traitements amorcés dans le milieu de travail et ceux donnés par les services préhospitaliers d'urgence, le matériel utilisé doit avoir les mêmes caractéristiques.

Matériel d'oxygénothérapie

Masque à haute concentration

Ce type de masque est utilisé dans le contexte des premiers secours en milieu de travail. Il permet de fournir la plus haute concentration d'oxygène inspiré chez une personne qui respire spontanément.

Le masque est muni d'un réservoir en forme de sac qui, une fois gonflé, emmagasine de l'oxygène pur à 100 %. Pour fournir la plus haute concentration possible en oxygène, le réservoir (sac) doit initialement être rempli avant d'être placé sur le visage de la personne secourue. Le débit doit être assez élevé pour que le réservoir ne se vide jamais complètement au moment de l'inspiration.

Administration d'oxygène à l'aide d'un masque à haute concentration (personne qui respire spontanément)

- Utiliser un masque à haute concentration muni d'un réservoir.
- Régler le débitmètre à un débit minimum de 10 litres à la minute.
- Attendre que le réservoir (sac) soit rempli d'oxygène.
- Prévenir la personne qu'on s'apprête à lui administrer de l'oxygène et approcher doucement le masque de son visage.
- Placer le masque sur le visage de la personne de façon à lui couvrir le nez et la bouche.
- Encourager la personne à respirer lentement et profondément.
- Ajuster le débit en fonction du volume inspiratoire de la personne. Le débit d'oxygène doit être suffisamment élevé pour que le réservoir (sac) ne se vide pas complètement à chaque inspiration.
- Placer l'élastique de soutien autour de la tête lorsque la personne se sent à l'aise avec le masque.
- Resserrer la bande métallique sur le nez de la personne secourue pour permettre une meilleure étanchéité du masque.
- Installer la personne en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme), si elle est inconsciente, et la surveiller constamment.
- Réévaluer régulièrement l'état de la personne.

Masque de poche

Le masque de poche permet au secouriste de ventiler une personne en arrêt cardiorespiratoire. Sur un modèle muni d'une entrée d'oxygène, il est possible d'aboutir une tubulure qui se raccorde au dispositif d'oxygénothérapie. Il présente les avantages suivants :

- Il permet de protéger adéquatement le secouriste ;
- Il peut être utilisé avec ou sans oxygène ;
- Il peut rester en place sur le visage d'une personne qui respire spontanément. Il doit cependant être branché à une bouteille d'oxygène ayant un débit d'au moins 10 litres à la minute.

Assistance respiratoire (personne inconsciente)

- Assister la respiration en appliquant les techniques de RCR.
- Relier la tubulure au masque de poche et brancher celle-ci au dispositif d'oxygénothérapie.
- Régler le débitmètre de façon à ce que le débit du régulateur soit au maximum.
- Insuffler suffisamment d'air pour que la poitrine de la personne se soulève.
- Effectuer la réanimation selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

L'administration d'oxygène, même à haute concentration, n'est pas dangereuse pour la personne lorsqu'elle se fait dans un contexte d'intervention relativement brève, comme c'est le cas en premiers secours.

Mesures de sécurité

L'oxygène est un comburant qui alimente les incendies. En premiers soins, il est utilisé sous forme de gaz comprimé. Certaines précautions doivent donc en entourer la manipulation, l'emploi et l'entreposage.

Il ne faut jamais fumer près d'une bouteille d'oxygène.

Il ne faut jamais utiliser de la graisse ou de l'huile pour lubrifier les composants du régulateur et du débitmètre.

Une bouteille d'oxygène ne doit pas être exposée à des températures supérieures à 50 °C. Elle devrait être entreposée dans un endroit frais et bien ventilé.

Le détendeur et le débitmètre devraient être fermés lorsque la bouteille n'est pas utilisée.

Pour le déplacement ou le transport, la bouteille d'oxygène doit être fixée solidement ou rangée dans un boîtier conçu à cette fin.

La bouteille d'oxygène doit être vérifiée périodiquement pour s'assurer qu'elle peut soutenir les hautes pressions nécessaires.

ANNEXE 5

Matières dangereuses – SIMDUT



SIMDUT



A : Gaz comprimés



D2A : Matières très toxiques ayant d'autres effets
D2B : Matières toxiques ayant d'autres effets



B1 : Gaz inflammables
B2 : Liquides inflammables
B3 : Liquides combustibles
B4 : Solides inflammables
B5 : Aérosols inflammables
B6 : Matières réactives inflammables



D3 : Matières infectieuses



C : Matières comburantes



E : Matières corrosives



D1A : Matières très toxiques ayant des effets immédiats et graves
D1B : Matières toxiques ayant des effets immédiats et graves



F : Matières dangereusement réactives

SIMDUT

Système d'information sur les **matières dangereuses** utilisées au travail

Une matière dangereuse se définit comme toute matière qui, en raison de ses propriétés, présente un danger pour la santé et l'environnement. Elle peut se présenter sous différentes formes : solide, liquide ou gazeuse.

Les matières dangereuses ont des propriétés inhérentes et, lorsqu'elles sont la cause d'un accident, elles peuvent brûler, exploser, corroder, être radioactives, réagir avec d'autres substances, produire des gaz ou d'autres matières toxiques et entraîner des problèmes de santé et de sécurité ainsi que des dommages aux biens. Compte tenu des dangers que ces matières représentent, ces produits sont régis par des lois et des règlements fédéraux et provinciaux, conformément au SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail).

Ainsi, toute personne fournissant ou utilisant des produits contrôlés doit s'y conformer. Les fournisseurs sont soumis à la loi fédérale, soit la *Loi sur les produits dangereux* (L.R.C (1985), ch. H-3), et au *Règlement sur les produits contrôlés* (DORS/88-66). Les employeurs, quant à eux, sont soumis à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (S-2.1) et au Règlement sur l'information concernant les produits contrôlés (S-2.1, r.8).

Ce système est issu d'un réseau de communication pancanadien et vise essentiellement à protéger la santé et la sécurité des travailleurs, en favorisant l'accès à l'information sur les matières dangereuses utilisées au travail.

Le SIMDUT permet de classer les matières dangereuses en six catégories, représentées par huit pictogrammes (voir ci-contre). Chaque catégorie est définie en fonction des dangers qu'elle représente. Un produit qui correspond à une ou à plusieurs de ces catégories est un produit « contrôlé » et, selon la terminologie de la CSST, une matière dangereuse. Toute substance qui entre dans l'une ou l'autre de ces catégories est définie comme un produit contrôlé.

L'efficacité du SIMDUT repose sur trois éléments :

- Étiquetage en milieu de travail;
- Fiche signalétique;
- Formation et information des travailleurs.

Étiquetage en milieu de travail

L'étiquetage en milieu de travail se révèle être la première source d'information accessible. Une étiquette doit être apposée sur tout contenant de produit contrôlé et être conforme à certaines exigences. Elle doit en effet présenter une bordure hachurée, comporter des renseignements en français et en anglais et être de couleur contrastante par rapport au contenant. Elle doit comprendre l'information suivante :

- Nom du produit ;
- Pictogramme de danger ;
- Dangers associés au produit ;
- Mesures de prévention ;
- Mesures de premiers secours et de premiers soins ;
- Renvoi à la fiche signalétique ;
- Nom du fournisseur.

Fiche signalétique

La fiche signalétique doit être facilement et rapidement accessible à tous les travailleurs. Elle doit être en français et être mise à jour tous les trois ans ou dès que de nouveaux renseignements sont disponibles. Elle doit comprendre les neuf catégories d'information suivantes :

- Renseignements sur le produit ;
- Ingrédients dangereux ;
- Propriétés physiques du produit ;
- Risques d'incendie ou d'explosion ;
- Données sur la réactivité ;
- Propriétés toxicologiques ;
- Mesures de prévention ;
- Mesures de premiers secours et de premiers soins ;
- Renseignements sur l'élaboration de la fiche.

Formation et information des travailleurs

L'employeur a l'obligation de veiller à ce que ses travailleurs soient formés et informés. Le contenu du programme de formation doit comprendre notamment des renseignements sur les dangers que représente chacun des produits utilisés dans le milieu, les techniques sécuritaires de manipulation, d'entreposage, d'utilisation et d'élimination des produits, la nature et la signification de l'information fournie sur l'étiquette et la fiche signalétique, l'équipement de protection et les mesures de sécurité qui s'y rapportent ainsi que les mesures à prendre en cas d'urgence. Le travailleur qui utilise des produits contrôlés dans le cadre de son travail doit participer au programme de formation et d'information. Il est essentiel que le secouriste soit vigilant en ce qui a trait aux produits dangereux afin d'éviter d'être contaminé lorsqu'il porte assistance à une personne au cours d'une intervention de premiers secours.

Note

Pour obtenir plus d'information sur les produits utilisés en milieu de travail, veuillez vous adresser au Répertoire toxicologique de la CSST, le REPTOX. Ce répertoire peut fournir des renseignements sur les produits chimiques ou biologiques, tels que :

- les risques pour la santé et la sécurité;
- les caractéristiques physiques d'un produit;
- les effets toxiques (effets spécifiques);
- les moyens de protection;
- la réglementation applicable au Québec;
- le SIMDUT.

Pour joindre le Répertoire toxicologique : par téléphone : **514 906-3080**,
ou sans frais : **1 888 330-6374**; par courrier électronique : **reptox@csst.qc.ca**;
par Internet : **www.reptox.csst.qc.ca**



Réglementation

RÉGLEMENTATION 1

Trousse et local de premiers secours

Trousse et local de premiers secours

Le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins définit les principaux moyens qui doivent être mis en œuvre pour assurer les premiers secours (voir « Réglementation 3 »):

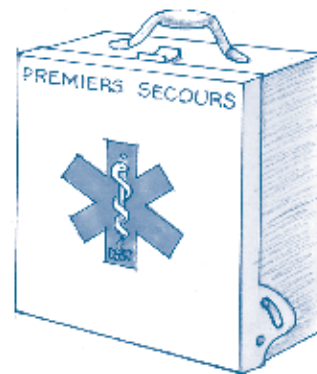
- dans un établissement;
- sur un chantier de construction;
- dans un véhicule destiné au transport des travailleurs ou réservé à leur usage.

Ce règlement décrit le matériel que doit contenir la trousse de premiers secours à l'article 4 et l'équipement prévu dans le local du secouriste (pour les établissements et les chantiers de construction comptant plus de 100 travailleurs) à l'article 11. Les principaux éléments que doit contenir la trousse sont décrits dans les pages qui suivent. À ce contenu minimal peuvent s'ajouter du matériel ou de l'équipement facultatifs de nature à faciliter la tâche du secouriste.

Trousse de premiers secours

Tous les établissements et tous les chantiers de construction doivent être dotés d'un nombre suffisant de trousses de premiers secours.

Les trousses doivent se trouver dans un endroit facile d'accès, le plus près possible des lieux de travail. Elles doivent être portatives et disponibles en tout temps. Sur un chantier de construction, le nombre de trousses est calculé d'après le temps qu'il faut pour y avoir accès. Le temps prévu est approximativement de cinq minutes pour tous les travailleurs.



Note

Chaque trousse doit être tenue propre, complète et en bon état. La date d'expiration du matériel doit être vérifiée régulièrement et le matériel doit être renouvelé, s'il y a lieu. Le matériel stérile partiellement utilisé doit être jeté.

Contenu de la trousse

Documents approuvés par la CSST

Le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention* doit se trouver dans la trousse de premiers secours. Il sert à la formation des secouristes en milieu de travail, à la mise à jour de leurs connaissances ainsi qu'à la validation de leurs interventions. Le *Manuel de secourisme*, disponible en format électronique, permet de bonifier les différents thèmes abordés dans le guide et d'en faciliter la compréhension.

Trousse et local de premiers secours

Ciseaux à bandage

Ciseaux en métal ayant un bout arrondi et servant à couper la bande de gaze ou le ruban adhésif.

Note

Désinfecter à l'alcool (ou avec une autre solution désinfectante) avant et après usage. Bien laver et assécher les ciseaux avant de les ranger. S'assurer qu'ils sont solides et de bonne qualité.



Pince à échardes

Pince pointue servant à retirer de petits corps étrangers tels que les échardes.



Note

Désinfecter à l'alcool (ou avec une autre solution désinfectante) avant et après usage. Bien laver et assécher la pince avant de la ranger. S'assurer que la pince est solide et de bonne qualité.

Épingles de sûreté de dimensions diverses (12)

Utiles pour fixer un bandage triangulaire, une bande de gaze, etc.

Pansements adhésifs stériles enveloppés séparément (25)

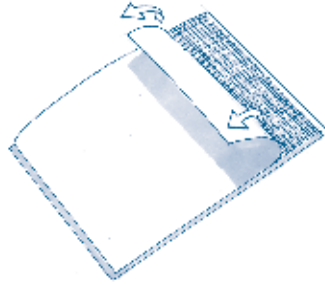
Utiles pour protéger une plaie.

Note

Éviter de toucher la surface stérile du pansement, afin de ne pas la contaminer. Éviter de serrer le pansement lors de l'application afin de ne pas gêner la circulation. Jeter tout pansement dont l'enveloppe n'est pas étanche ou qui a été endommagé par l'eau ou l'humidité.

Compresse de gaze stérile, enveloppées séparément, de 10 cm x 10 cm (4 po x 4 po) (25)

Utiles pour couvrir les plaies plus étendues, pour comprimer un saignement.



Note

Ouvrir l'enveloppe à l'endroit indiqué et retirer la gaze en la tenant par un coin afin de ne pas la contaminer. Éviter de toucher la surface de la gaze qui doit couvrir la plaie.

Rouleaux de bandage de gaze stérile, enveloppés séparément, de 5 cm (4)

Rouleaux de bandage de gaze stérile, enveloppés séparément, de 10 cm (4)

Bande de gaze ou coton à pansement qui sert à tenir en place les compresse de gaze stérile.



Note

Toujours appliquer en partant du bas de la blessure et en allant vers le haut.

Bandages triangulaires (6)

Pièces de tissu triangulaires pouvant servir à de multiples usages :

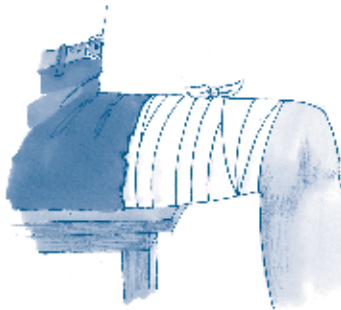
- Immobiliser un membre ;



- Stabiliser un membre ;



- Fixer un pansement compressif (appliquer d'abord un pansement stérile directement sur la plaie).



Pansements compressifs stériles, enveloppés séparément, de 10 cm x 10 cm (4 po x 4 po) (4)

Pansements constitués de plusieurs épaisseurs, rembourrés d'ouate et fixés à une bande de gaze. Utilisés pour exercer une compression rapide et efficace en cas de saignement abondant.

Note

Ouvrir en ayant soin de ne pas toucher la gaze, puis appliquer directement sur la plaie. Enrouler la bande autour du membre blessé, de façon à diminuer ou à arrêter le saignement. S'assurer que les bandages et les compresses appliqués directement sur la plaie sont stériles.

Rouleau de ruban adhésif (1)

Ruban adhésif (diachylon) servant à fixer les bandages ou les pansements protecteurs.

Note

En éviter l'usage en cas d'allergie (il existe un ruban antiallergique sur le marché). Ne pas appliquer directement sur le visage.

Tampons antiseptiques (25)

Petits tampons imbibés d'une solution antiseptique et emballés dans une enveloppe scellée.

Il est aussi fortement recommandé de mettre dans la trousse un masque de poche, des gants jetables et du savon antiseptique. La trousse de premiers secours ne doit pas contenir de médicaments. Le secouriste en milieu de travail n'est pas autorisé à donner de médicaments, sauf l'épinéphrine. Pour l'administration de tout autre médicament, il doit avoir suivi une formation complémentaire, comme celle pour l'administration de l'oxygène.

Local de premiers secours

Un local doit être mis à la disposition du secouriste lorsque l'établissement ou le chantier de construction comptent plus de 100 travailleurs. Ce local doit être libre, facile d'accès en tout temps pendant les heures de travail, tenu propre, en bon état, ventilé, éclairé, chauffé convenablement et pourvu d'eau (section IV, article 11 du Règlement).

Matériel disponible dans le local de premiers secours :

- Civière (ou brancard) ;
- Table et deux (2) chaises ;
- Savon et brosses à ongles ;
- Essuie-mains en papier ;
- Trousse de premiers secours.

Matériel lié à la pratique du secouriste

Le personnel infirmier du domaine de la santé au travail des centres de santé et de services sociaux visitent les établissements et renseignent les employeurs et les personnes intéressées à propos de l'ensemble des éléments touchant la réglementation sur les premiers secours et les premiers soins.

Voici quelques-uns des articles qu'ils suggèrent d'ajouter dans les locaux de premiers secours afin de mieux répondre aux besoins des divers milieux de travail :

- Savon antiseptique;
- Tampons alcoolisés;
- Pansements pour les yeux;
- Compresses froides instantanées;
- Chiffons jetables;
- Bassin;
- Sacs de plastique et glace concassée;
- Couverture de laine (naturelle);
- Fauteuil roulant;
- Thermomètre;
- Gants jetables;
- Masque de poche;
- Bouteille d'oxygène;
- Drap stérile pour les brûlures;
- Attelles;
- Planche dorsale.

Note

Pour administrer de l'oxygène ou se servir d'une planche dorsale, le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire.

Le secouriste doit aussi connaître l'emplacement et le fonctionnement des installations ou des appareils courants :

- Téléphones ;
- Coupe-circuit ;
- Douches de secours, le cas échéant ;
- Extincteurs ;
- Sorties de secours.

Note

Les douches de secours doivent être vérifiées régulièrement.

Les responsables de l'établissement doivent s'assurer que le contenu de tous les extincteurs est renouvelé, au besoin. Selon le Règlement sur la santé et la sécurité du travail (article 37), les extincteurs portatifs doivent :

- être homologués par l'Underwriters' Laboratories of Canada (ULC) ;
- offrir une protection adaptée à la nature du danger ;
- être remplis après usage ;
- porter le nom du préposé responsable de leur entretien et la date du dernier contrôle.

RÉGLEMENTATION 2

Nombre minimal de secouristes et *Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours*

Nombre minimal de secouristes et *Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours*

Nombre minimal de secouristes en milieu de travail

L'employeur, dans un établissement ou une entreprise, et le maître d'œuvre, sur un chantier de construction, doivent assurer la présence constante d'un nombre minimal de secouristes pendant les heures de travail.

Nombre de secouristes dans un établissement	
Nombre de travailleurs affectés à un quart de travail donné	Nombre minimal obligatoire de secouristes pour ce quart de travail
50 ou moins	1 secouriste
De 51 à 150	2 secouristes
151 ou plus	À partir de ce nombre, ajouter un secouriste pour chaque centaine ou fraction de centaine de travailleurs supplémentaires

Nombre de secouristes sur un chantier de construction	
Nombre de travailleurs affectés à un quart de travail donné	Nombre minimal obligatoire de secouristes pour ce quart de travail
De 10 à 50	1 secouriste
De 51 à 150	2 secouristes
151 ou plus	À partir de ce nombre, ajouter un secouriste pour chaque centaine ou fraction de centaine de travailleurs supplémentaires

Nombre de secouristes dans une entreprise de sylviculture	
Nombre de travailleurs affectés à un quart de travail donné	Nombre minimal obligatoire de secouristes pour ce quart de travail
5 ou moins	1 secouriste
De 6 à 10	2 secouristes
11 ou plus	À partir de ce nombre, ajouter un secouriste pour chaque groupe ou portion de groupe de 5 travailleurs

Nombre minimal de secouristes et

Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours

Le lieu de travail, la fonction, et les nom et prénom du ou des secouristes travaillant dans l'établissement ou sur le chantier de construction doivent être inscrits sur une affiche placée dans un endroit facilement visible et accessible aux travailleurs.

Sur un chantier de construction, le ou les secouristes doivent être désignés par une croix sur leur casque de sécurité.

Note

Les établissements du réseau des affaires sociales, au sens de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), qui ont à leur service du personnel médical ou infirmier qualifié ne sont pas soumis à cette règle.

Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours

Le *Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours* est un outil d'information qui peut être utile tant à l'employeur qu'au travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou ayant éprouvé un malaise.

C'est un indicateur de la situation de l'entreprise en matière de santé et de sécurité du travail. Il permet à l'employeur d'organiser de façon efficace les premiers secours dans le milieu et d'orienter son action en matière de prévention. En outre, il devient un outil de référence pour le travailleur en cas d'aggravation de ses blessures ou de lésions professionnelles répétitives.

Obligations de l'employeur

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (RLRQ, chapitre A-3.001) prévoit à l'article 280 que l'employeur doit inscrire dans un registre les accidents du travail « qui surviennent dans son établissement et qui ne rendent pas le travailleur incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée sa lésion professionnelle; il présente ce registre au travailleur afin que celui-ci y appose sa signature pour confirmer qu'il a été victime de l'accident et la date de celui-ci ».

Afin de prévenir les accidents, on recommande fortement d'y inscrire également les incidents.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (RLRQ, chapitre S-2.1) stipule à l'article 78,7 que le comité de santé et de sécurité doit tenir un registre des accidents du travail et des événements qui auraient pu causer de tels accidents.

Nombre minimal de secouristes et Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours

Obligations du secouriste

En vertu de l'article 15 du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins, le secouriste qui donne les premiers secours à un travailleur blessé a l'obligation de remplir le registre. Tous les événements concernant les blessures et les malaises, même mineurs, doivent y être consignés, ainsi que les premiers secours donnés.

Les renseignements suivants doivent y figurer : les nom et prénom du secouriste, la date, l'heure, la description de l'accident ou de l'incident, une description de la blessure ou du malaise ainsi que la nature des premiers secours donnés.

Le registre doit être signé par le secouriste et par la personne secourue.

Le registre doit être placé dans un endroit accessible et bien visible, préférablement près de la trousse de premiers secours.

Exemple de registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours							
Date et heure de l'accident ou de l'incident		Lieu de l'accident ou de l'incident et métier ou fonction de la personne secourue	Description et causes de l'accident ou de l'incident	Blessure ou malaise	Premiers secours et transport	Signatures	
Inscrire la date et l'heure exacte auxquelles l'accident ou l'incident s'est produit.		Préciser à quel endroit ou poste de travail s'est produit l'accident ou l'incident. Décrire le métier ou la fonction de la personne secourue.	Décrire comment l'accident ou l'incident est arrivé et en préciser la cause. Décrire la tâche exécutée au moment de l'accident.	Décrire la blessure ou le malaise en précisant la région du corps touchée.	Décrire les premiers secours donnés (p. ex. nettoyage avec eau et savon) et inscrire le mode de transport (p. ex. ambulance, automobile).	Faire signer la personne secourue et le secouriste	
J	M	A				Personne secourue	Secouriste
Heure							
J	M	A				Personne secourue	Secouriste
Heure							
J	M	A				Personne secourue	Secouriste
Heure							

RÉGLEMENTATION 3

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

[A-3.001, r.10]

À jour au 1^{er} avril 2014

Ce document a valeur officielle

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Québec 

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins



© Éditeur officiel du Québec

À jour au 1er avril 2014
Ce document a valeur officielle.

chapitre A-3.001, r. 10

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

(chapitre A-3.001, a. 454, par. 4)

Loi sur la santé et la sécurité du travail

(chapitre S-2.1, a. 173 et 223)

SECTION I

INTERPRÉTATION ET CHAMP D'APPLICATION

1. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

- a) «chantier de construction»: un lieu où s'effectuent des travaux de fondation, d'érection, d'entretien, de rénovation, de réparation, de modification ou de démolition de bâtiments ou d'ouvrages de génie civil exécutés sur les lieux mêmes du chantier et à pied d'oeuvre, y compris les travaux préalables d'aménagement du sol, les autres travaux déterminés par règlement et les locaux mis par l'employeur à la disposition des travailleurs de la construction à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs;
- b) «Commission»: la Commission de la santé et de la sécurité du travail instituée en vertu de l'article 137 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1);
- c) «établissement»: l'ensemble des installations et de l'équipement groupés sur un même site et organisés sous l'autorité d'une même personne ou de personnes liées, en vue de la production ou de la distribution de biens ou de services, à l'exception d'un chantier de construction; ce mot comprend notamment une école, une entreprise de construction ainsi que les locaux mis par l'employeur à la disposition du travailleur à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs, à l'exception cependant des locaux privés à usage d'habitation;
- d) «infirmière» ou «infirmier»: une infirmière ou un infirmier au sens de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (chapitre I-8);
- e) «maître d'oeuvre»: le propriétaire ou la personne qui, sur un chantier de construction, a la responsabilité de l'exécution de l'ensemble des travaux;
- f) «secouriste»: le détenteur d'un certificat valide de secourisme octroyé par un organisme reconnu par la Commission et dont la nature du travail ne compromet en rien son intervention rapide et efficace;
- g) «trousse»: trousse de premiers secours consistant en une boîte portative divisée en compartiments pour ranger le matériel de premiers secours exigé dans le présent règlement et dont l'extérieur est marqué d'une croix et porte les mots «premiers secours» en caractères facilement lisibles.

D. 1922-84, a. 1.

2. Sous réserve de la section IX, le présent règlement s'applique à tout établissement à l'exception des

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

établissements du réseau des affaires sociales, au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), où il y a du personnel médical ou infirmier qualifié pour donner les premiers secours nécessaires aux travailleurs de l'établissement en cas de lésion professionnelle, ainsi qu'à tout chantier de construction occupant simultanément au moins 10 travailleurs à un moment donné des travaux.

D. 1922-84, a. 2.

SECTION II

SECOURISTES ET TROUSSES DANS UN ÉTABLISSEMENT

3. L'employeur dans un établissement doit assurer la présence en tout temps durant les heures de travail d'au moins un secouriste par quart de travail où sont affectés 50 travailleurs ou moins, et d'un secouriste supplémentaire pour chaque centaine ou fraction de centaine de travailleurs additionnelle affectés à ce quart de travail.

Malgré le premier alinéa, l'employeur dans un établissement du secteur «Sylviculture» visé au paragraphe B de l'annexe 1 doit s'assurer qu'au moins un travailleur sur 5 est secouriste.

D. 1922-84, a. 3; D. 688-85, a. 1; D. 1798-87, a. 1.

4. L'employeur doit munir son établissement d'un nombre adéquat de trousse.

Les trousse doivent être situées dans un endroit facile d'accès, situées le plus près possible des lieux de travail et disponibles en tout temps.

Le contenu minimal d'une trousse est le suivant:

- a) un manuel de secourisme approuvé par la Commission;
- b) les instruments suivants:
 - 1 paire de ciseaux à bandage,
 - 1 pince à écharde,
 - 12 épingles de sûreté (grandeurs assorties);
- c) les pansements suivants (ou de dimensions équivalentes):
 - 25 pansements adhésifs (25 mm × 75 mm) stériles enveloppés séparément,
 - 25 compresses de gaze (101,6 mm × 101,6 mm) stériles enveloppées séparément,
 - 4 rouleaux de bandage de gaze stérile (50 mm × 9 m) enveloppés séparément,
 - 4 rouleaux de bandage de gaze stérile (101,6 mm × 9 m) enveloppés séparément,
 - 6 bandages triangulaires,
 - 4 pansements compressifs (101,6 mm × 101,6 mm) stériles enveloppés séparément,
 - 1 rouleau de diachylon (25 mm × 9 m);
- d) antiseptique:

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

- 25 tampons antiseptiques enveloppés séparément.

D. 1922-84, a. 4.

5. L'employeur utilisant dans l'exploitation de son établissement un véhicule qui est destiné uniquement au transport ou à l'usage des travailleurs à son emploi et qui se déplace dans les lieux où aucune trousse n'est accessible selon les critères prescrits à l'article 4 doit munir ce véhicule d'une trousse.

Le contenu minimum de la trousse est celui décrit à l'article 4 lorsque la capacité d'accueil dudit véhicule est de plus de 5 travailleurs et lorsque les travailleurs sont à plus de 30 minutes d'un service médical.

Le contenu minimum de la trousse des véhicules qui ne sont pas visés au deuxième alinéa est le suivant:

- a) un manuel de secourisme approuvé par la Commission;
- b) les instruments suivants:
 - 1 paire de ciseaux à bandage,
 - 12 épingles de sûreté (grandeurs assorties);
- c) les pansements suivants (ou de dimensions équivalentes):
 - 5 pansements adhésifs (25 mm × 75 mm) stériles enveloppés séparément,
 - 5 compresses de gaze (101,6 mm × 101,6 mm) stériles enveloppées séparément,
 - 1 rouleau de bandage de gaze stérile (50 mm × 9 m),
 - 1 rouleau de bandage de gaze stérile (101,6 mm × 9 m),
 - 2 pansements compressifs (101,6 mm × 101,6 mm) stériles enveloppés séparément,
 - 2 bandages triangulaires,
 - 1 rouleau de diachylon (25 mm × 9 m);
- d) antiseptique:
 - 5 tampons antiseptiques enveloppés séparément.

D. 1922-84, a. 5; D. 1798-87, a. 2.

6. L'employeur dans un établissement doit s'assurer que toute trousse soit maintenue propre, complète et en bon état.

D. 1922-84, a. 6.

SECTION III

SECOURISTES ET TROUSSES SUR UN CHANTIER DE CONSTRUCTION

7. Le maître d'œuvre sur un chantier de construction doit assurer la présence en tout temps durant les heures de travail d'au moins un secouriste par quart de travail où sont affectés de 10 à 50 travailleurs, et d'un secouriste supplémentaire pour chaque centaine ou fraction de centaine de travailleurs additionnelle affectés à ce quart de travail.

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

D. 1922-84, a. 7; D. 688-85, a. 2.

8. Le maître d'oeuvre doit munir son chantier de construction d'un nombre adéquat de trousse.

Les trousse doivent être disponibles en tout temps.

Un chantier de construction est muni d'un nombre adéquat de trousse lorsque le temps requis pour y avoir accès est approximativement de 5 minutes pour tous les travailleurs.

Le contenu minimal d'une trousse est celui décrit à l'article 4.

D. 1922-84, a. 8.

9. Le maître d'oeuvre utilisant dans l'exploitation de son chantier de construction un véhicule qui est destiné uniquement au transport ou à l'usage des travailleurs à son emploi et qui se déplace dans les lieux où aucune trousse n'est accessible selon les critères prescrits à l'article 8 doit munir ce véhicule d'une trousse.

Le contenu minimum de la trousse est celui décrit à l'article 4 lorsque la capacité d'accueil dudit véhicule est de plus de 5 travailleurs et lorsque les travailleurs sont à plus de 30 minutes d'un service médical.

Le contenu minimum de la trousse des véhicules qui ne sont pas visés au deuxième alinéa est celui décrit à l'article 5.

D. 1922-84, a. 9; D. 1798-87, a. 3.

10. Le maître d'oeuvre sur un chantier de construction doit s'assurer que toute trousse soit maintenue propre, complète et en bon état.

D. 1922-84, a. 10.

SECTION IV

LOCAL À L'USAGE DU SECOURISTE

11. L'employeur dans un établissement de plus de 100 travailleurs ou le maître d'oeuvre sur un chantier de construction de plus de 100 travailleurs doit aménager un local où le secouriste peut dispenser les premiers secours. Ce local doit être disponible et facile d'accès en tout temps durant les heures de travail, maintenu propre et en bon état, ventilé, éclairé, chauffé adéquatement et pourvu d'eau.

Ce local doit être équipé notamment:

- a) d'une civière;
- b) d'une table et de 2 chaises;
- c) de savon et de brosses à ongles;
- d) d'essuie-mains en papier;
- e) au minimum, du contenu de la trousse prévu à l'article 4.

Le présent article ne s'applique pas à un employeur dont l'établissement est doté d'une salle de premiers soins aménagée conformément au sous-paragraphe *b* du paragraphe 1 de l'article 21, ni au maître d'oeuvre dont le chantier de construction est doté d'une telle salle.

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

D. 1922-84, a. 11.

SECTION V

COMMUNICATION AVEC LES SERVICES DE PREMIERS SOINS

12. L'employeur doit munir son établissement et le maître d'œuvre son chantier de construction d'un système de communication disponible immédiatement aux fins de communications avec les services de premiers soins.

La façon d'entrer en communication avec les services de premiers soins doit être clairement indiquée à proximité des installations de ce système.

D. 1922-84, a. 12.

SECTION VI

AFFICHAGE

13. Un affichage adéquat doit permettre une localisation facile et rapide des trousse et du système de communication prévu au présent règlement ainsi que de tout autre équipement de premiers secours.

D. 1922-84, a. 13.

14. Le lieu de travail, la fonction, le nom et prénom du ou des secouristes oeuvrant dans l'établissement doivent être inscrits sur une affiche placée dans un endroit facilement visible et accessible aux travailleurs. Sur un chantier de construction, le ou les secouristes doivent s'identifier par le port d'un casque de sécurité marqué d'une croix.

D. 1922-84, a. 14.

SECTION VII

REGISTRE

15. Le secouriste qui dispense les premiers secours à un travailleur a l'obligation de remplir un rapport contenant son nom ainsi que celui du travailleur blessé, la date, l'heure et la description de la blessure ou du malaise ainsi que la nature des premiers secours dispensés.

Ce rapport doit être remis à l'employeur dans un établissement et au maître d'œuvre sur un chantier de construction et conservé, par ces derniers, dans un registre tenu à cette fin.

D. 1922-84, a. 15.

16. Toute information concernant un travailleur contenue au registre prévu à l'article 15 doit être accessible à ce travailleur.

D. 1922-84, a. 16.

17. Les dispositions qui précèdent n'affectent en rien les obligations de l'accidenté et de l'employeur en cas de lésion professionnelle quant à l'avis d'accident et à l'assistance médicale qui doit être prodiguée, conformément à la Loi.

D. 1922-84, a. 17.

SECTION VIII

FINANCEMENT

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

18. L'employeur dans un établissement ou le maître d'oeuvre sur un chantier de construction, assume les coûts reliés à l'instauration et au maintien des services de premiers secours avec appareils et pièces prévus aux sections II à VII.

D. 1922-84, a. 18.

19. La personne désignée par l'employeur dans un établissement ou par le maître d'oeuvre sur un chantier de construction pour être secouriste qui n'est pas détentrice d'un certificat valide de secourisme octroyé par un organisme reconnu par la Commission peut s'absenter de son travail sans perte de salaire, le temps nécessaire à l'obtention ou au renouvellement d'un tel certificat.

Les frais nécessaires au déplacement de la personne désignée pour être secouriste sont assumés par l'employeur dans un établissement et par le maître d'oeuvre sur un chantier de construction dans la mesure où les cours de formation ou de recyclage en secourisme peuvent être dispensés à pas plus de 40 km de l'établissement ou du chantier de construction où oeuvre cette personne.

D. 1922-84, a. 19.

SECTION IX

INFIRMIÈRE, INFIRMIER ET LOCAL

20. Aux fins prévues par la présente section, sont établies les catégories d'établissement et de chantiers de construction suivantes:

1. tout établissement visé à l'annexe 1, où:

a) oeuvrent au moins 100 travailleurs; ou

b) oeuvrent plus de 20 travailleurs et d'où il n'est pas possible d'atteindre dans un délai de 30 minutes, par voie terrestre et dans des conditions normales, un service ambulancier, un centre hospitalier, un centre local de services communautaires, une clinique ou polyclinique médicale ou autres services médicaux d'urgence, y compris les services de santé d'un établissement ou d'un chantier de construction;

2. tout établissement du secteur «Sylviculture» visé au paragraphe B de l'annexe 1, où oeuvrent 20 travailleurs ou moins;

3. tout chantier de construction où oeuvrent simultanément au moins 25 travailleurs à un moment donné des travaux et d'où il n'est pas possible d'atteindre dans un délai de 30 minutes, par voie terrestre et dans des conditions normales, un centre hospitalier, un centre local de services communautaires, une clinique ou polyclinique médicale ou autres services médicaux d'urgence, y compris les services de santé d'un établissement ou d'un chantier de construction;

4. tout autre établissement ou chantier de construction.

D. 1922-84, a. 20; D. 1798-87, a. 4.

20.1. 1. Dans un établissement du secteur «Sylviculture» visé au paragraphe B de l'annexe 1 où oeuvrent de 21 à 100 travailleurs, un véhicule de premiers soins routier ou aérien conforme aux normes minimales des véhicules de premiers soins décrites à l'annexe 2, et qui est desservi par 2 préposés aux véhicules de premiers soins ou par un tel préposé et une infirmière ou un infirmier est réputé être un service ambulancier au sens du sous-paragraphe b du paragraphe 1 de l'article 20 si l'employeur établit avec le centre hospitalier, le centre local de services communautaires ou la clinique ou polyclinique médicale le plus près, les protocoles suivants:

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

- a) un protocole permettant de prévenir un médecin qui doit venir à la rencontre du véhicule de premiers soins sur évaluation de l'état du blessé par un préposé au véhicule de premiers soins ou par l'infirmière ou l'infirmier;
 - b) un protocole de communication entre le véhicule de premiers soins et ce centre hospitalier, ce centre local de services communautaires ou cette clinique ou polyclinique médicale;
2. Malgré le paragraphe 1, dans un établissement du secteur «Sylviculture» visé au paragraphe B de l'annexe 1 où oeuvrent plus de 50 travailleurs et situé à plus d'une heure par voie terrestre et dans des conditions normales d'un centre hospitalier, d'un centre local de services communautaires, d'une clinique ou polyclinique médicale ou autres services médicaux d'urgence un véhicule de premiers soins routier ou aérien conforme aux normes minimales des véhicules de premiers soins décrites à l'annexe 2, et qui est desservi par 2 préposés au véhicule de premiers soins dont l'un doit être une infirmière ou un infirmier est réputé être un service ambulancier au sens du sous-paragraphe b du paragraphe 1 de l'article 20 si l'employeur établit avec le centre hospitalier, le centre local de services communautaires ou la clinique ou polyclinique médicale le plus près, les protocoles suivants:
- a) un protocole permettant de prévenir un médecin qui doit venir à la rencontre du véhicule de premiers soins sur évaluation de l'état du blessé par un préposé au véhicule de premiers soins;
 - b) un protocole de communication entre le véhicule de premiers soins et ce centre hospitalier, ce centre local de services communautaires ou cette clinique ou polyclinique médicale.

D. 1798-87, a. 5.

20.2. Pour pouvoir agir à titre de préposé au véhicule de premiers soins, une personne doit occuper un emploi qui ne compromet en rien son intervention rapide et efficace et avoir suivi avec succès un cours de formation dont le programme est celui décrit à l'annexe 3.

D. 1798-87, a. 5.

21. 1. L'employeur dans un établissement visé au paragraphe 1 de l'article 20 ou le maître d'oeuvre sur un chantier de construction visé au paragraphe 3 de l'article 20 doit:

- a) maintenir à ses frais, sur place, une infirmière ou un infirmier oeuvrant à temps plein durant les heures régulières du quart de travail de jour et, lorsqu'oeuvrent simultanément plus de 20 travailleurs en dehors des heures régulières du quart de travail de jour, maintenir alors les services d'une infirmière ou d'un infirmier sur place ou sur appel;
- b) aménager à ses frais une salle de premiers soins qui doit être disponible et facile d'accès en tout temps, maintenue propre et en bon état, chauffée adéquatement et pourvue d'installations sanitaires et d'eau. De plus, cette salle doit être munie des instruments, du matériel et de l'équipement requis pour l'examen et le traitement d'urgence des travailleurs blessés ou malades, ainsi que des fournitures et de l'ameublement nécessaires pour que le personnel puisse dispenser les premiers soins et s'acquitter de ses autres fonctions.

Ce local doit notamment contenir les éléments suivants:

Équipements:

1 trousse de réanimation comportant les 3 pièces d'équipement de base:

- 1. inhalateur avec tube à intubation (type guédelle);
- 2. Nécessaire d'oxygénothérapie à pression positive capable de fournir de l'oxygène à usage médical à un débit constant d'au moins 6 litres par minute, pendant une période minimale de 25 minutes à des

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

températures ambiantes variant de -20 °C à 40 °C. Ce volume est déterminé à une température de 20 °C et à une pression de 101 kPa. Ce nécessaire doit comprendre un appareil permettant d'administrer l'oxygène au patient de telle façon que le mélange inhalé ait une concentration en oxygène d'au moins 50% en volume, mesurée pour un débit inspiratoire de 0,25 litre par seconde.

Le nécessaire d'oxygénothérapie doit être conforme aux normes de l'Association Canadienne de Normalisation (A.C.N.O.R.);

3. dispositif d'aspiration.

1 civière

1 table d'examen

1 stérilisateur à instruments ou l'équivalent

1 lit avec matelas et oreillers

1 trousse de premiers soins complète, adaptée aux besoins

1 cabinet pour instruments et fournitures médicales

2 couvertures de laine

1 poubelle avec couvercle actionné à pédale

1 lavabo avec eau courante (chaude et froide) avec adaptateur pour douche oculaire

1 lampe grossissante

1 planche orthopédique ou l'équivalent

1 petit réfrigérateur

1 table

2 chaises

Instruments:

1 stéthoscope

1 otoscope

1 sphygmomanomètre

1 lampe de poche

ensemble d'attelles d'immobilisation temporaire

béquilles ajustables

1 paire de ciseaux à bandage

1 paire de ciseaux à suture

3 bassins en acier inoxydable

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

1 bassin pour bain de pieds

1 contenant d'une capacité de 1 litre

1 bain d'oeil

2 thermomètres

1 sac à glace

1 pince mousse

1 pince à échardes

1 pince à griffes

2 pinces hémostatiques

1 pince sécateur

Fournitures médicales:

pansements adhésifs de grandeurs assorties

pansements compressifs

pansements ophtalmiques

compresses de gaze de grandeurs assorties

bandages triangulaires

bandages tubulaires de grandeurs assorties

rouleaux de bandage élastique de grandeurs assorties

dermoplast aérosol

rouleaux de bandage de gaze stérile de grandeurs assorties

diachylons de rapprochement

rouleaux de diachylon de largeurs assorties (réguliers et hypoallergiques)

rouleaux de coton absorbant

éclisses de grandeurs assorties

tampons ouatés

tiges montées stériles

abaisse-langue

épingles de sécurité

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

garrots

alcool éthylique dénaturé

brosses chirurgicales

assortiment de seringues et aiguilles à usage unique

Divers:

savon

solutions antiseptiques

essuie-main en papier

solution de trempage pour les yeux

gants de vinyle à usage unique

manuel de secourisme

Tout médicament ou tout autre matériel requis pour répondre aux besoins spécifiques de l'établissement ou du chantier de construction.

2. L'employeur dans un établissement visé au paragraphe 2 de l'article 20 doit établir avec le service ambulancier le plus près un protocole d'évacuation et de transport des blessés. Une copie de ce protocole et de chacun de ses renouvellements doit être transmise par cet employeur à la Commission dès sa signature.

3. L'employeur dans un établissement ou le maître d'oeuvre sur un chantier de construction visé au paragraphe 4 de l'article 20 peuvent offrir les services de premiers soins prévus aux paragraphes 1 et 2.

D. 1922-84, a. 21; D. 1798-87, a. 6.

21.1. Une vérification périodique de la qualification des préposés au véhicule de premiers soins visés aux articles 20.1 et 20.2 doit être faite par l'employeur de l'établissement concerné conformément au programme de formation du préposé au véhicule de premiers soins visé à l'article 20.2.

D. 1798-87, a. 7.

22. L'infirmière ou l'infirmier qui dispense les premiers soins à un travailleur a l'obligation de remplir un rapport contenant son nom ainsi que celui du travailleur blessé, la date, l'heure et la description de la blessure ou du malaise ainsi que la nature des premiers soins dispensés.

Ce rapport doit être remis à l'employeur dans un établissement et au maître d'oeuvre sur un chantier de construction et conservé, par ces derniers, dans un registre tenu à cette fin.

D. 1922-84, a. 22.

23. Toute information concernant un travailleur contenue au registre prévu à l'article 22 doit être accessible à ce travailleur.

D. 1922-84, a. 23.

24. Les articles 22 et 23 n'affectent en rien les obligations de l'accidenté et de l'employeur en cas de

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

lésion professionnelle quant à l'avis d'accident et à l'assistance médicale qui doit être prodiguée, conformément à la Loi.

D. 1922-84, a. 24.

SECTION X

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

25. L'employeur est réputé avoir satisfait à l'obligation découlant de l'article 3 et le maître d'oeuvre est réputé avoir satisfait à l'obligation découlant de l'article 7, s'il désigne pour être secouriste le nombre adéquat de personnes et s'il s'assure qu'elles s'inscrivent auprès d'un organisme reconnu par la Commission pour l'obtention d'un certificat de secourisme.

D. 1922-84, a. 25.

26. Le présent règlement remplace le Règlement sur les services de premiers secours (R.R.Q., 1981, c. A-3, r. 12).

D. 1922-84, a. 26.

27. (*Omis*).

D. 1922-84, a. 27.

ANNEXE 1

(a. 3, 20 et 20.1)

A) Bâtiment et travaux publics:

1. Entrepreneurs généraux:

Cette catégorie comprend les entreprises générales de construction, dont l'activité principale est la construction de bâtiments, routes et grands ouvrages d'art tels que les installations maritimes et fluviales, les barrages et les centrales hydro-électriques. Les établissements qui s'occupent accessoirement de construction mais dont l'activité économique dominante s'exerce dans un autre domaine, tel que l'exploitation d'un service d'utilité publique, la fabrication, ou l'extraction minière, sont exclus.

a) Bâtiment:

Entreprises générales de construction, dont l'activité principale est la construction ou la rénovation et la réparation de bâtiments, maisons, bâtiments de ferme et édifices publics, industriels et commerciaux. Cette catégorie comprend également les entreprises générales de construction, dont l'activité principale est la construction de bâtiments dans un but de spéculation.

b) Construction de ponts et de voies publiques:

Entreprises générales de construction, dont l'activité principale est la construction et la réparation de routes, d'échangeurs routiers, rues, ponts, viaducs et aéroports. Les entreprises générales de construction, ainsi que les chantiers de construction où elles oeuvrent, dont l'activité principale est l'entretien de routes et de rues (asphalte, arrosage, comblement de nids de poule, déneigement) sont exclus.

c) Autres travaux de construction:

Entreprises générales de construction, dont l'activité principale consiste en travaux d'adduction d'eau, de

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

construction, de canalisations de gaz, égouts, centrales hydro-électriques, lignes de transport d'énergie, lignes téléphoniques, canalisations électriques, barrages, digues, ports et canaux (y compris le dragage), quais et môles, dans la réalisation d'autres travaux maritimes et fluviaux, la construction de pylônes de radio, voies ferrées et ouvrages ferroviaires, et d'autres ouvrages d'art non classés ailleurs.

2. Entrepreneurs spécialisés:

Cette catégorie comprend les entreprises spécialisées de construction. Les entrepreneurs spécialisés exécutent seulement une partie des travaux habituellement exécutés par un entrepreneur général au titre d'un marché. Tout sous-traitant qui participe aux travaux d'entreprise générale est classé dans cette catégorie, de même que les travaux à forfait exécutés directement pour le compte des propriétaires. Les entrepreneurs spécialisés font souvent sur place des travaux de réparation et d'entretien de bâtiments de tous genres. Cependant, les travaux d'entretien ou de réparations exécutés par le personnel même de l'établissement où s'effectuent ces travaux ne sont pas compris dans cette catégorie. Les établissements qui s'occupent principalement d'une autre activité telle que la fabrication d'éléments de charpente en acier, mais qui assurent également le montage au chantier sont exclus. Les entreprises spécialisées de construction classées dans cette catégorie, comprennent celles qui s'occupent des domaines suivants: briquetage, menuiserie-charpente, travail du ciment, installation électrique, lattage, plâtrage, crépissage, peinture, décoration, plomberie, chauffage, installation de climatisation, toiture, pose de terrazzo, montage de charpente d'acier, excavation, planchéage, pose de vitres, de matériaux isolants, de bourrelets isolants, démolition de bâtiments, forage de puits d'eau, tôlerie, pose de moquette, pose de carrelages, pose de marbre et de pierre.

B) Sylviculture:

1. Exploitation forestière

Établissement dont l'activité principale est l'abattage et le tronçonnage, l'empilage, le cubage, l'expédition et le chargement de grumes et établissements dont l'activité principale est la récupération des billes perdues, y compris des billes immergées. Les établissements dont l'activité principale est le transport du bois par camions grumiers, ainsi que le flottage, le guidage, le tri, le flottage en trains et le remorquage du bois entrent également dans cette rubrique (sauf s'il s'agit d'établissements détenant une licence de transporteur public), de même que les entreprises d'écorçage qui s'occupent de la production de bois à pâte complètement ou partiellement écorcée.

2. Services forestiers

Établissements, privés ou publics, dont l'activité principale consiste à patrouiller les forêts, à les inspecter en vue de la prévention des incendies, à lutter contre les incendies, et à s'occuper de pépinières forestières, de reboisement et d'autres services forestiers.

C) Mines, carrières et puits de pétrole:

1. Mines métalliques:

a) Placers d'or: Établissements dont l'activité principale est l'extraction d'or alluvionnaire par traitement hydraulique ou par d'autres procédés. Cette catégorie comprend également les établissements dont l'activité principale est la préparation et l'enrichissement du minerai et la production de lingots à la mine même.

b) Mines de quartz aurifère: Établissements dont l'activité principale est l'exploitation de mines d'or filonien. Cette catégorie comprend également les établissements dont l'activité principale est la préparation et l'enrichissement du minerai et la production de lingots à la mine même.

c) Mines d'uranium: Établissements dont l'activité principale est l'extraction du minerai d'uranium ou de radium, ainsi que la préparation et l'enrichissement de ces minerais.

d) Mines de fer: Établissements dont l'activité principale est l'extraction de minerais de fer, ainsi que la

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

préparation et l'enrichissement de ces minerais.

e) Mines métalliques diverses: Établissements dont l'activité principale est l'extraction de minerais métalliques non catégorisés ailleurs, ainsi que la préparation et l'enrichissement de ces minerais. Entrent dans cette catégorie les mines d'argent, de cuivre-or-argent, de nickel-cuivre, d'argent-cobalt, d'argent-plomb-zinc, de molybdène, de chromite, de manganèse, de mercure, de tungstène, de titane, de cérium, de terres rares, de columbium, de tantale, d'antimoine, de magnésium et de béryllium.

2. Combustible minéraux:

a) Mines de charbon: Établissements dont l'activité principale est l'extraction du charbon (anthracite, charbon bitumineux ou lignite). Cette catégorie comprend les établissements où l'on broie, lave, trie ou prépare le charbon pour qu'il soit propre à servir de combustible, que ces établissements soient exploités par une entreprise de charbonnage ou qu'ils soient exploités sous contrat.

b) Industries du pétrole brut et du gaz naturel: Établissements dont l'activité principale est l'exploitation de puits de pétrole ou de gaz naturel, ou de schistes pétrolifères et de sables bitumineux de surface. Les établissements dont l'activité principale est la récupération de naphte contenu dans le gaz naturel entrent aussi dans cette catégorie. Ces établissements produisent du pentane et d'autres hydrocarbures liquides plus lourds et des gaz de pétrole liquéfiés tels que du butane, du propane, et des mélanges butane-propane. Dans certains cas, ils obtiennent également du soufre élémentaire. Les établissements dont l'activité principale est la fabrication de gaz de houille, lorsqu'ils ne sont pas exploités conjointement avec un haut fourneau ou une usine de produits chimiques sont exclus de même que les établissements dont l'activité principale est la distribution de gaz manufacturé ou naturel aux consommateurs par un réseau de canalisations.

3. Mines non métalliques (sauf mines de charbon):

a) Mines d'amiante: Établissements dont l'activité principale est l'extraction et le traitement des fibres d'amiante.

b) Tourbières: Établissements dont l'activité principale est la récupération et le traitement de la tourbe.

c) Mines de gypse: Établissements dont l'activité principale est l'extraction du gypse. Les établissements dont l'activité principale est la fabrication de produits du gypse et qui extraient aussi du gypse sont exclus.

d) Mines non métalliques diverses: Établissements dont l'activité principale est l'extraction et le traitement de minerais non métalliques non classés ailleurs. Entrent dans cette catégorie, les mines de stéatite et de talc, de barytine, de terre à diatomées, de mica, d'ocre et d'oxyde de fer, de feldspath, de syénite néphélinique, de quartz, de silice, de spath-fluor, de sel, de potasse, de sulfate de sodium, de lithine, de magnésite, de brucite, de gemmes, de pierre ponce, de poussières volcaniques, de blanc d'Espagne, de pouzzolane, de cyanite, de natronalun, de carbone de sodium, de sulfate de magnésium, d'actinote, de serpentine, de strontium, de graphite, de phosphate et de pyrite.

4. Carrières et sablières:

a) Carrières: Établissements dont l'activité principale est l'extraction et le broyage de roches ignées (telles que le granit), et de roches sédimentaires (pierre à chaux, marbre, schiste, ardoise et grès). Les établissements dont l'activité principale est la taille, le façonnage et le polissage de la pierre sont exclus.

b) Sablières et gravières: Établissements dont l'activité principale est l'extraction, le broyage et le criblage du sable et du gravier des sablières ou des gravières.

5. Services miniers:

a) Forage de puits de pétrole à forfait: Établissements dont l'activité principale est le forage à forfait de

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

puits de pétrole ou de gaz. Cette catégorie comprend les établissements qui se spécialisent dans le commencement du forage des puits et dans le montage, la réparation et le démontage des installations de forage.

b) Autre forage à forfait: Établissements dont l'activité principale est le forage au diamant à forfait.

c) Services miniers divers: Établissements dont l'activité principale consiste à fournir les services nécessaires à l'exploitation des gisements de pétrole et de gaz, tels que: descendre, couper et retirer les tuyaux, le tubage et les tiges; cimenter les puits; dynamiter les puits; perforer le tubage; effectuer des traitements à l'acide ou à d'autres produits chimiques; nettoyer, vider et pomper à vide les puits; forer des puits pour l'injection d'eau. Cette catégorie comprend également les établissements dont l'activité principale consiste à fournir des services aux exploitants de mines métalliques et de mines non-métalliques, comme le traçage, y compris l'enlèvement du mort-terrain et le fonçage des puits. On classe dans cette catégorie la prospection du type traditionnel, mais les relevés géophysiques, les levés par gravimétrie et les levés sismographiques sont exclus.

D. 1922-84, Ann. I; D. 1798-87, a. 8.

ANNEXE 2

(a. 20.1)

NORMES MINIMALES DES VÉHICULES DE PREMIERS SOINS

Le véhicule de premiers soins doit:

a) S'il s'agit d'un véhicule routier, être muni du matériel médical et de l'équipement de sauvetage énuméré ci-dessous et ne servir qu'à des fins de secours d'urgence. De plus, l'employeur doit faire reconnaître par la Société de l'assurance automobile du Québec son véhicule de premiers soins comme véhicule d'urgence conformément au Règlement sur les véhicules d'urgence et les véhicules munis de feux jaunes clignotants ou pivotants (chapitre C-24.2, r. 49). Cette reconnaissance assurera que ledit véhicule puisse être équipé de feux rouges clignotants et d'une sirène et que le conducteur, dans l'exercice de ses fonctions puisse être exempt des obligations relatives aux cessions de passage, aux arrêts obligatoires, aux stationnements interdits et aux limites de vitesse;

b) s'il s'agit d'un véhicule aérien, l'habitacle doit permettre l'utilisation du matériel médical énuméré ci-dessous et le transport sécuritaire d'un travailleur accidenté en permettant notamment qu'il puisse être transporté sur une civière.

Normes minimales du véhicule routier

Au minimum, tout nouveau véhicule, à compter du 1^{er} mars 1988:

1° Doit être de type fourgonnette, 3/4 de tonne, de la série d'assemblage.

L'ensemble des exigences figurant dans le Code de la sécurité routière s'appliquent au véhicule.

2° Avant la conversion, le véhicule doit avoir un volume de chargement minimum de 8,4 m³.

3° Les portes arrières et les portes latérales du côté droit doivent être du type «porte à charnières» avec dispositif de retenue lorsqu'ouvertes. Toutes ces portes doivent pouvoir s'ouvrir de l'intérieur en tout temps et de l'extérieur si non verrouillées.

4° La transmission doit être automatique à 3 vitesses et de la meilleure qualité qu'offre le fabricant. Elle doit avoir un système auxiliaire ou complémentaire efficace de refroidissement de l'huile.

5° Le système de freinage doit être le plus efficace de ceux offerts par le fabricant et il doit être assisté.

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

6° Le système de direction doit être assisté.

7° Les sièges du compartiment-conducteur doivent être du type baquet avec dossiers hauts.

8° Le système de batterie doit être divisé en un système principal alimentant le véhicule dans son usage régulier et en un système secondaire. Ce dernier doit être branché de façon «charge sans décharge» et peut faire démarrer le moteur en cas de panne du système principal. Toutes les batteries visées dans cet article doivent être aménagées à l'extérieur du compartiment réservé aux personnes transportées et du compartiment-conducteur. Toutes les batteries doivent être de type robuste et le plus puissant offert dans les options du fabricant. Elles doivent également être de type scellé ou de type sans entretien.

9° L'alternateur doit pouvoir produire une charge minimale de 100 A à plein régime et de 60 A au ralenti. Tout le système électrique doit correspondre à la puissance de l'alternateur demandé.

10° Un avertisseur lumineux rouge clignotant ou rotatif, visible sur 360 ° doit être installé conformément au Code de la sécurité routière (chapitre C-24.2). Pour les véhicules avec cellule-ambulance surélevée du compartiment-conducteur, cachant la visibilité arrière de ces rayons lumineux, des avertisseurs additionnels doivent être placés sur les coins à l'arrière de façon que ces flux lumineux rouges soient visibles sur 360 °.

Deux lumières clignotantes rouges de 100 mm de diamètre doivent être placées dans la grille avant du capot au niveau des phares réguliers du véhicule, symétriquement au centre de la grille. Sur demande, ceux-ci doivent clignoter alternativement avec les phares du véhicule.

11° Doit être muni de 3 phares de chargement ou de déchargement ajustables produisant de chaque côté et à l'arrière une puissance minimum de 800 chandelles de type «FLOOD». Ces 3 phares doivent être situés:

- à l'arrière du véhicule de façon à éclairer l'aire de travail près des portes arrières et fonctionnant quand les portes sont ouvertes ou lorsque le véhicule est en position de recul;
- un sur le côté droit fonctionnant quand la porte du côté droit doit être ouverte;
- un sur le côté gauche.

12° La cabine et la cellule-ambulance doivent être de couleur «Jaune pour véhicule prioritaire».

13° Les mots «véhicule de premiers soins» doivent être écrits 4 fois de couleur BLEU PRIMAIRE réfléchissant sur fond blanc réfléchissant; une fois à l'arrière, une fois de chaque côté et une fois à l'avant inversé aux mêmes dimensions qu'à l'arrière.

14° Un avertisseur sonore spécial aux ambulances doit être installé à l'extérieur de la cabine. Il doit être commandé par un interrupteur à rappel d'utilisation, à la disposition du conducteur.

15° Doit être équipé d'une alarme de recul.

16° Doit être équipé d'un système de chauffage à contrôle indépendant pour le compartiment arrière.

17° Doit être équipé de phares halogènes et de 2 phares à brume.

18° Doit être équipé d'un radio émetteur-receveur adapté aux besoins du lieu d'utilisation. Il doit être équipé en plus d'un système antiparasite permettant une réception parfaite.

19° Les pneus doivent être de type radial, de construction «garanti de première qualité» en fonction du poids total maximal.

Le pneu de secours devra être du même type. Les pneus de secours temporaires sont interdits.

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Le véhicule devra être équipé d'un cric et des outils nécessaires pour changer un pneu.

20° Tout véhicule, à compter du 1^{er} mars 1988, doit contenir les équipements et fournitures médicales énumérés ci-après:

MATÉRIEL MÉDICAL

	Quantité
I. BASE	
- Civière articulée	1
- Civières type brancard	1
- Planches dorsales longues	2
- Colliers de support cervicaux	2 p. 2 m. 2 g.
- Attelles carton ciré ajustables	6
- Sacs de sable de 2 kg	6
- Couvertures de laine	6
- Draps	5
- Oreillers plastifiés et taies	2
- Courroies pour planche dorsale	8
- Gants jetables	1 bte
- Gants stériles	3
	gr. 7-8-9
- Urinal	1
- Bassine	1
- Bandages triangulaires	12
- Solutés	
• Lactate Ringer 1 000 cc	5
• Dextrose 5% 500 cc	5
- Tubulures à perfusion	4
- Garrots pour intra-veineuse	3
- Aiguilles cathéter à infusion intra-veineuse (grandeurs assorties)	20
- Aiguilles papillon (grandeurs assorties)	20

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

- Prép. d'alcool	1 bte
- Suction électrique	
• fixe	1
• portatif	1
• cathéters à suction (14-16-18)	6
• tige rigide	1
- Ciseau universel	1
- Pansements compressifs	6
- Bandes élastiques 10 cm	6
- Gaze 10 x 10 cm	50
- Rubans adhésifs non allergènes	2
• 2,5 cm	
- Toile pour grand brûlé, en teflon	1
- Piqués	10
- Tampon iodoformés	1 bte
- Sacs de plastique	10
- Cerceau à broder	1
- Tampons combinés 12,7 x 20,3 cm	25
- Pochettes de sucre	12
II. TROUSSE DE SUPPORT VITAL	
- Stéthoscope	1
- Appareil à tension artérielle	1
- Ensemble de canules oropharyngées	1
- Trousse (pack sac médical)	1
- Ciseau tout usage	1
- Compresses 10 x 10 cm	30
- Tampons combinés 12,7 x 20,3 cm	30
- Rubans adhésifs	
• 2,5 cm anti-allergènes	2
• 5 cm anti-allergènes	2

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

- Bandes de gaze en rouleau	
• 5 cm	6
• 10 cm	6
- Pansements compressifs (type armée)	5
- Bandes triangulaires	12
- Bandes élastiques	
• 10 cm	3
• 15 cm	3
- Épingles de sûreté	12
- Compresses gaze stérile	
• 7,6 cm ²	20
- Bassin réniforme moyen	1
- Abaisse-langues	12
- Tampons oculaires	6
- Verres de carton	5
- Pansements adhésifs	1 bte
- Masques pour réanimation avec protection anti-reflux	2
III. MATÉRIEL D'OXYGÉNOTHÉRAPIE	
- Chaque véhicule devra contenir suffisamment d'oxygène pour assurer un débit de 10L/min pour le parcours le plus long	
- Régulateurs	
• conformes au sous-paragraphe 1 de l'article 21	2
- Masques à oxygène à concentration variable	2
- Ambus avec masque	1
- Lunettes nasales	2
- Support pour bonbonne d'oxygène portative	1
ÉQUIPEMENT DE SAUVETAGE	
Équipement de sauvetage	
- Extincteurs	
• à poudre sèche ABC de 2,27 kg	2
- Ensemble d'outils comprenant tournevis, pince, clé à molette, etc.	1

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

- Tringles phosphorescents avec support	3
- Lampes	
• scellées 6 V	2
• de signalisation 6 V	3
• 12 V (type Q-Beam)	1
• à piles sèches	2
- Chaîne à grosses mailles 9,525 mm et crochets	1
- Câbles de polyamide-polyester (9,525 mm, 50 pi)	2
- Tirfor et palan	1
- Grilles antidérapantes	2
- Hache	1
- Barre métallique (Crow-bar) (1 m)	1
(1,5 m)	1
- Pelle	1
- Corset de dégagement et d'immobilisation	1
- Ensemble de câbles de démarrage	1

D. 1798-87, a. 9.

ANNEXE 3

(a. 20.2 et 21.1)

PROGRAMME DE FORMATION DU PRÉPOSÉ AU VÉHICULE DE PREMIERS SOINS

1. Établissements visés

Ce programme s'applique aux établissements du secteur «Exploitation forestière» où l'employeur est tenu d'avoir des préposés au véhicule de premiers soins en vertu du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (chapitre A-3.001, r. 10).

2. But du programme

Permettre à toute personne désignée par son employeur pour être préposé au véhicule de premiers soins d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques en soins préhospitaliers, dans le but d'intervenir de façon rapide et efficace, dès les premiers instants de l'accident, auprès de toute personne nécessitant des soins d'urgence sur les lieux de travail.

3. Objectif opérationnel

L'employeur est réputé avoir satisfait à l'obligation d'avoir des préposés au véhicule de premiers soins, s'il

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

s'assure que le nombre adéquat de personnes a suivi et réussi la formation de base requise par le programme et le recyclage pratique et théorique selon la fréquence exigée.

4. Contenu du programme

	Heures
Rôles et responsabilités	1
Aspect légal	2
Terminologie médicale	3
Introduction aux systèmes	4
Examen physique du bénéficiaire (travailleur)	8
Réanimation cardio-respiratoire	12
Système respiratoire	4
Système cardio-vasculaire	6
Système nerveux (tête-colonne)	9
Blessures aux yeux	3
Système locomoteur	10
Système digestif	3
Lésions des tissus mous	5
Troubles du métabolisme	2
Aspects psychologiques	3
Sauvetage - Désincarcération, manipulation de civière et simulation	30
Opération d'un véhicule ambulancier	12
Oxygénothérapie	5
Fluides et solutés	5
Véhiculer un bénéficiaire en fonction de son état (transport)	2
Communications	1
Stage	30
	160
Recyclage (pratique: 16 heures; théorique: 8 heures):	24 hres/année

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins

D. 1798-87, a. 9.

RÉFÉRENCES

D. 1922-84, 1984 G.O. 2, 4429

D. 688-85, 1985 G.O. 2, 2303

D. 1798-87, 1987 G.O. 2, 6695

L.Q. 1990, c. 19, a. 11

Bibliographie

- BERKOW, Robert et collaborateurs. *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique*. Éditions Sidem-T.M., 2009, 2650 pages.
- BLED SOL, PORTER, CHERRY. *Essentials of Paramedic Care*, Brady, 3^e édition, 2010.
- BRYAN, PORTER, CHERRY, DWAYNE. *Essentials of Paramedic Care*, Brady, 3^e édition, 2008, 2088 pages.
- CANADA. *Code criminel canadien*, L.R.C., (1985), ch. C-46.
- COMITÉ NATIONAL SUR LA RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE. *Un système à mettre en place*, Urgences préhospitalières, Québec, 2000, 314 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Conformité avec les exigences québécoises du SIMDUT*, Gouvernement du Québec, 1995, 24 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Guide d'utilisation d'une fiche signalétique*, Gouvernement du Québec, 2002, 86 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Guide du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention*, Gouvernement du Québec, 2012, 154 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Secourisme en milieu de travail*, 6^e édition, Les Publications du Québec, Québec, 2008, 280 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *SIMDUT : dossier pour travailler en sécurité avec les matières dangereuses*, Gouvernement du Québec, 1989, 8 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *SIMDUT : un passeport pour la santé et la sécurité*, Gouvernement du Québec, 2003.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL ET CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES. *Que faire lors d'une exposition au sang?*, Gouvernement du Québec, 2006.
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA. *Heartsaver CPR-AED*, American Heart Association, 2011, 51 pages.
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC DU CANADA. *Points saillants des lignes directrices 2010 en matière de réanimation cardiorespiratoire et de soins d'urgence cardiovasculaire de l'American Heart Association*, 2010, 28 pages.
- HAZINSKI ME, NOLAN JP, BILLI JE, et AL. *Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations*. *Circulation*.

Bibliographie

- MARIEB Éline N. *Anatomie et physiologie humaines*, 4^e édition, Éditions du nouveau pédagogique, Montréal, 2010, 1264 pages.
- MCKENNA, K et M. SANDERS. *Paramedics Textbook*, Mosby Lifeline, 3^e édition, 2009, 768 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics*, 3^e édition, Québec, août 2007, 262 pages.
- NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. *PHTLS: Basic and Advanced Pre-Hospital Trauma Life Support*, Mosby Lifeline, 2003, 464 pages.
- NOLAN JP, HAZINSKI MF, BILLI JE, et AL. *Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Resuscitation*.
- QUÉBEC. *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ, 1975, chapitre 6, C-12, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Code civil du Québec*, C.c.Q., 1991, C-64, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, chapitre S-2.1, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, 1994, chapitre A-3.001, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*, Décret 885-2001, 4 juillet 2001, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, Décret 1922-84, 22 août 1984, 1984, G.O., 4429, [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- QUÉBEC. *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, 1996, dernière modification : le 1^{er} mars 1998, (A-3, r.8.2), [Québec], Éditeur officiel du Québec.
- SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX QUÉBEC. *Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique*. Formation pour les intervenants scolaires et autres témoins, 2011, document PowerPoint de 28 diapositives.

<http://rcr-fmc.ca/>

www.csst.qc.ca

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-MADELEINE

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 :

http://www.csst.qc.ca/nous_joindre