



La formation des
secouristes
en milieu de travail

8^e ÉDITION

Secourisme en milieu de travail

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.

Révision et rédaction :

Céline Deschênes
Hélène Morin
Consultantes en soins préhospitaliers d'urgence

Illustrations :

Ronald DuRepos

Photographies :

Tayaout-Nicolas

Reproduction autorisée avec mention de la source

© Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-550-80079-8 (PDF)

Mai 2018

Pour obtenir l'information la plus à jour,
consultez notre site Web à **cnesst.gouv.qc.ca**.

8^e ÉDITION

Secourisme en milieu de travail

La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) 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 (RNMPSPS) (ci-après « le Règlement »).

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 paramédics) 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* ainsi qu'à l'application mobile. Il vise à faciliter l'acquisition des connaissances et des habiletés nécessaires pour répondre aux besoins de divers milieux de travail et à les soutenir 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 paramédics sur la presque totalité du territoire habité. La fonction de secouriste consiste donc à faire les gestes essentiels visant à alerter les services préhospitaliers d'urgence, à maintenir la personne blessée en vie, à empêcher l'aggravation de ses blessures et à 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 huitième 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* et dans l'application mobile.

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 et collaboration spéciale

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont, d'une façon ou d'une autre, collaboré aux éditions précédentes du manuel *Secourisme en milieu de travail*.

Collaboration spéciale

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

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

Table des matières

Introduction	13
Présentation du manuel	14
Démarche proposée	15
Chaîne d'intervention préhospitalière	16
Prévention des accidents, des incidents du travail et des maladies professionnelles	17
 LA RESPONSABILITÉ DES SECOURISTES EN MILIEU DE TRAVAIL	
Le secouriste doit intervenir	24
Le comportement fautif du secouriste et sa conséquence légale	25
Trousses, formations et registres	26
 INTERVENTION	
Approche utilisée pour l'intervention	31
Approche utilisée pour l'intervention	33
Séquence d'intervention.....	33
Légende utilisée dans les protocoles d'intervention	36
Protection des intervenants.....	38
Gestion du stress en situation d'intervention	41
Gestion du stress d'intervention	43
Stress post-traumatique	44
 ÉVALUATION	
Étapes de l'évaluation de la situation	49
Sécuriser les lieux (dangers possibles)	52
Évaluer le nombre de personnes à secourir.....	52
Sécuriser les espaces de travail.....	53
Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires	53
Assurer sa protection comme secouriste	53
Évaluer la nature du besoin.....	54
Prévenir rapidement les services préhospitaliers d'urgence si la situation comporte des dangers.....	55
Résumé des étapes au moment de l'évaluation de la situation	55

Table des matières

Chapitre 1 : Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique	57	
PROTOCOLE 1.1 (problème médical)	58	
PROTOCOLE 1.2 (problème traumatique)	59	
Appréciation primaire	60	
Appréciation secondaire	64	
Évaluation des signes vitaux	66	
Protocole d'intervention approprié	67	
Réappréciation primaire régulière	67	
Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence	68	
Protocole 1.1 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème médical)	68	
Protocole 1.2 : Interventions au moment de l'appréciation de la condition clinique (problème traumatique)	69	
PROBLÈMES MÉDICAUX		
Chapitre 2 : Altération de l'état de conscience	73	
PROTOCOLE MÉDICAL 2	74	
Causes	75	
Spécificités	75	
Interventions en cas d'altération de l'état de conscience	76	
Accident vasculaire cérébral	78	
Chapitre 3 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte		79
PROTOCOLE MÉDICAL 3	80	
Arrêt cardiaque	81	
Spécificités	81	
Causes	82	
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire	82	
Arrêt respiratoire	85	
Défibrillation	86	

Table des matières

Chapitre 4 : Convulsions	89
PROTOCOLE MÉDICAL 4	90
Causes	91
Spécificités	91
Interventions en cas de convulsions	92
 Chapitre 5 : Difficulté respiratoire	93
PROTOCOLE MÉDICAL 5	94
Causes	95
Spécificités	95
Interventions en cas de difficulté respiratoire	96
Situation particulière : hyperventilation	96
 Chapitre 6 : Douleur thoracique	99
PROTOCOLE MÉDICAL 6	100
Spécificités	101
Interventions en cas de douleur thoracique	102
 Chapitre 7 : Hypothermie	103
PROTOCOLE MÉDICAL 7	104
Spécificités	105
Interventions en cas d'hypothermie	106
 Chapitre 8 : Intoxication professionnelle	107
PROTOCOLE MÉDICAL 8	108
Intoxication par absorption cutanée	109
Intoxication par inhalation	109
Intoxication par ingestion	110
Intoxication par injection	110
Spécificités	110
Interventions en cas d'intoxication professionnelle	112
Information sur les intoxications par le cyanure	113

Table des matières

Chapitre 9 : Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient	115
PROTOCOLE MÉDICAL 9.1 (adulte conscient)	116
PROTOCOLE MÉDICAL 9.2 (adulte inconscient)	117
Causes	118
Spécificités	118
Protocole médical 9.1 : Obstruction des voies respiratoires (adulte conscient)	119
Protocole médical 9.2 : Obstruction des voies respiratoires (adulte inconscient)	122
Chapitre 10 : Problème de santé mentale	125
PROTOCOLE MÉDICAL 10	126
Causes	127
Spécificités	128
Interventions en cas de problème de santé mentale	128
Ressources en santé mentale	130
Prévention des problèmes de santé mentale au travail	131
Chapitre 11 : Problème diabétique	133
PROTOCOLE MÉDICAL 11	134
Spécificités	135
Interventions en cas de problème diabétique	136
Chapitre 12 : Problème lié à la chaleur	137
PROTOCOLE MÉDICAL 12	138
Spécificités	139
Interventions en cas de problème lié à la chaleur	140
Chapitre 13 : Réaction allergique	141
PROTOCOLE MÉDICAL 13	142
Causes possibles	143
Spécificités	143
Interventions en cas de réaction allergique	144

Table des matières

PROBLÈMES TRAUMATIQUES

Chapitre 14 : Blessures aux yeux	149
---	-----

PROTOCOLE TRAUMATIQUE 14	150
---------------------------------------	-----

Spécificités	151
--------------------	-----

Corps étranger pénétrant et autres lésions	151
--	-----

Brûlures	151
----------------	-----

Interventions en cas de blessures aux yeux.....	152
---	-----

Chapitre 15 : Brûlures	155
-------------------------------------	-----

PROTOCOLE TRAUMATIQUE 15	156
---------------------------------------	-----

Brûlures thermiques	157
---------------------------	-----

Brûlures chimiques	157
--------------------------	-----

Brûlures électriques	157
----------------------------	-----

Brûlures par inhalation.....	157
------------------------------	-----

Spécificités	157
--------------------	-----

Interventions en cas de brûlures	159
--	-----

Chapitre 16 : Engelures	163
--------------------------------------	-----

PROTOCOLE TRAUMATIQUE 16	164
---------------------------------------	-----

Spécificités	165
--------------------	-----

Interventions en cas d'engelures	166
--	-----

Chapitre 17 : État de choc	167
---	-----

PROTOCOLE TRAUMATIQUE 17	168
---------------------------------------	-----

Spécificités	169
--------------------	-----

Interventions en cas d'état de choc	170
---	-----

Chapitre 18 : Hémorragie	171
---------------------------------------	-----

PROTOCOLE TRAUMATIQUE 18	172
---------------------------------------	-----

Spécificités	173
--------------------	-----

Hémorragie externe	173
--------------------------	-----

Hémorragie interne	176
--------------------------	-----

Table des matières

Chapitre 19 : Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale	179
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 19	180
Traumatismes à la tête.....	181
Traumatismes à la colonne vertébrale	182
Interventions en cas de traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale	183
 Chapitre 20 : Traumatismes aux extrémités	185
PROTOCOLE TRAUMATIQUE 20	186
Spécificités	187
Interventions en cas de traumatismes aux extrémités	189
 TECHNIQUES	
Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale	193
TECHNIQUES MANUELLES DE DÉPLACEMENT	194
Marche assistée	195
Transport sur le dos	196
Chaise à quatre mains	196
Transport sous les aisselles	197
 Immobilisation de la tête et de la colonne vertébrale : Déplacement d'une personne présentant des risques de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale	199
TECHNIQUE 1.1 : Planche dorsale longue	200
TECHNIQUE 1.2 : Matelas immobilisateur	201
Technique 1.1 : Immobilisation sur une planche dorsale	203
Technique 1.2 : Immobilisation dans un matelas immobilisateur	204
 Interventions en cas de plaies complexes	207
TECHNIQUE 2	208
Plaie avec corps étranger	209
Plaie au thorax.....	210
Sectionnement d'un membre ou d'une partie d'un membre.....	211
Plaie à l'abdomen (éviscération)	212
Particularités.....	213

ANNEXES

Annexe 1 : Méthode de triage <i>START</i>	217
 Annexe 2 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté	221
Annexe 2.1 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté	222
Spécificités	223
Arrêt cardiorespiratoire (DEA).....	224
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un enfant.....	224
Annexe 2.2 : Obstruction des voies respiratoires : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté – conscient	228
Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)	229
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant conscient).....	229
Annexe 2.3 : Obstruction des voies respiratoires : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté – inconscient	231
Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)	232
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (enfant inconscient).....	232
 Annexe 3 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an	233
Annexe 3.1 : Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an	234
Spécificités	235
Arrêt cardiorespiratoire	236
Interventions en cas d'arrêt cardiorespiratoire chez un bébé.....	236
Annexe 3.2 : Obstruction des voies respiratoires : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an – conscient	240
Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)	241
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (bébé conscient).....	241
Annexe 3.3 : Obstruction des voies respiratoires : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an – inconscient	243
Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)	244
Interventions en cas d'obstruction des voies respiratoires (bébé inconscient)	244

Table des matières

Annexe 4 : Oxygénothérapie	247
Conditions nécessitant d'emblée un supplément d'oxygène	250
Matériel nécessaire	250
Matériel d'oxygénothérapie.....	251
Mesures de sécurité	252
 Annexe 5 : Produits dangereux – SIMDUT 2015	253
SIMDUT	254
L'étiquette.....	256
Fiche de données de sécurité (FDS)	256
Formation et information des travailleurs	257
 Annexe 6 : Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique	259
 RÉGLEMENTATION	
Réglementation 1 : Trousse et local de premiers secours	269
Trousse de premiers secours	270
Local de premiers secours	274
 Réglementation 2 : Nombre minimal de secouristes et Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours	277
Nombre minimal de secouristes en milieu de travail	278
Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours	279
 Bibliographie	281



Introduction

Présentation du manuel

Le présent manuel est mis à la disposition du secouriste en milieu de travail. Il constitue un outil de référence pour la formation et un complément d'information pour soutenir le secouriste dans son action.

Le secouriste en milieu de travail doit être formé par un organisme reconnu par la CNESST (consulter le site Internet de la CNESST pour connaître la liste des organismes reconnus par région). Cette formation, d'une durée de seize heures (y compris les heures de repas et de pause), lui permet d'acquérir les connaissances minimales nécessaires 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. Cependant, certains milieux de travail spécialisés tels que les secteurs maritime et forestier exigent une formation spécifique des secouristes.

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, de manière à tenir ses connaissances à jour et à revoir l'application des protocoles ;
- consulter le guide ou l'application mobile en cas de doute quant à la nature des gestes à poser dans des situations d'urgence ; et
- consulter le guide ou l'application mobile 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 seize 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 tête et de la colonne vertébrale ou les produits dangereux utilisés au travail (SIMDUT) 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* et 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 post-intervention.

L'approche « signes et symptômes » se fonde principalement 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 construit 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 :

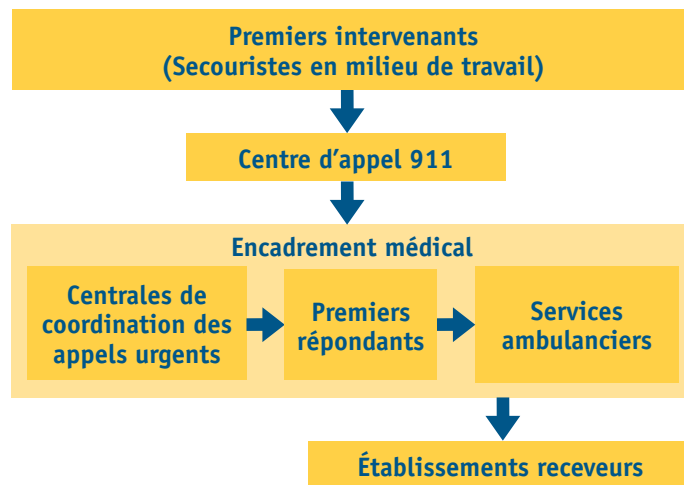
- Protocole d'intervention ;
- Brève description du sujet ou du problème abordé ;
- Causes et spécificités :
 - Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents permettant de déterminer la nature du problème, s'il y a lieu) ; et
- Interventions particulières nécessaires.

Les signes et les symptômes énumérés ne se manifestent pas toujours tous à la fois, ni dans un ordre précis d'apparition, 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 aux principes d'action, qui sont très stricts.

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



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.

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.

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

Prévention des accidents, des incidents du travail et des maladies professionnelles

Responsabilité de l'employeur

Les employeurs ont la responsabilité d'assurer, par des mesures concrètes, la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans leur milieu de travail.

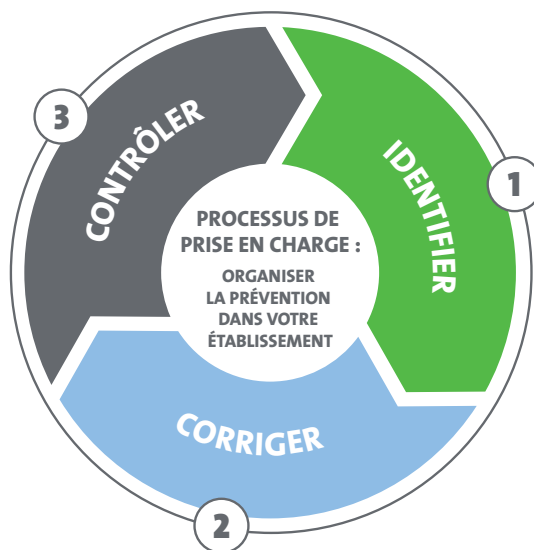
Le but de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) est d'éliminer les dangers à la source. Pour atteindre cet objectif, cette loi établit des mécanismes de participation pour favoriser la prise en charge de la SST. Mais que veut-on dire par « prise en charge de la SST » ? La prise en charge, c'est mettre en place les mesures nécessaires pour respecter ses obligations légales, c'est-à-dire identifier, corriger et contrôler les risques, et favoriser la participation des travailleurs dans cette démarche de prévention.

Démarche de prévention

Une prise en charge efficace consiste à mettre en place deux types d'activités :

- Des activités pour identifier, corriger et contrôler les risques, par exemple en rendant les équipements sécuritaires et conformes à la réglementation ;
- Des activités pour organiser la prévention, par exemple en réalisant des enquêtes sur les accidents.

Le résultat de cette démarche de prévention permettra de mettre en place ou de mettre à jour un programme de prévention adapté à l'établissement, et par le fait même de rendre le milieu de travail sécuritaire. Lorsqu'on parle de programme de prévention, on fait également référence à un plan d'action en santé et sécurité du travail, c'est-à-dire un document faisant état des dangers, des risques, des priorités ainsi que des corrections à apporter. Bien entendu, il faut désigner des responsables et établir un échéancier de réalisation.



Identifier

Identifier les dangers signifie les repérer, puis les analyser pour établir les priorités.

Il existe plusieurs moyens pour identifier les risques. On peut, par exemple, se baser sur :

- les inspections périodiques ;
- le registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours ;
- l'analyse des tâches ;
- les commentaires, les plaintes, les suggestions des travailleurs, des contremaîtres ou du comité de santé et de sécurité ;
- l'expérience des autres entreprises de votre secteur ou celle des autres membres de votre mutuelle de prévention ;
- l'analyse de risques.

L'utilisation de plusieurs moyens permet de mieux dresser le portrait des risques présents dans votre milieu de travail. Minimale, il faut respecter la réglementation.

Vous pouvez également choisir d'identifier les risques selon leur type. On dénombre six types de risques : chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques, psychosociaux et liés à la sécurité. Voici un résumé de chaque type de risques :

- **Risques chimiques** : Toutes les matières premières et les sous-produits d'un procédé ou d'un produit qui résultent d'une action mécanique, de l'évaporation, de la combustion, de la décomposition ou d'une réaction chimique ;
- **Risques biologiques** : Organismes vivants tels que les plantes, les animaux et les agents biologiques (virus, bactéries, parasites, champignons) qui peuvent avoir un effet toxique ;
- **Risques physiques** : Formes d'énergie ou forces telles que le bruit, les vibrations, l'électricité, la température, la pression et le rayonnement ;
- **Risques ergonomiques** : Tâches répétitives, utilisation d'équipement dont la conception n'est pas adaptée, effort excessif, postures inconfortables ou statiques ;
- **Risques psychosociaux** : Facteurs liés à la nature ou à l'organisation du travail tels que harcèlement, violence et agression, ambiguïté des rôles, manque de respect, surcharge de travail, rythme de travail élevé, complexité de la tâche et formation non adéquate ;
- **Risques liés à la sécurité** : Pièces mobiles des machines et de l'équipement, angles rentrants, formes des pièces et des matériaux, manipulation d'outils et d'équipement, travail en hauteur ou en espace clos, planchers glissants ou irréguliers, véhicules, clientèle agressive, projection de matériaux, résistance mécanique inadéquate, incendies et explosions.

Vous pouvez identifier les risques en faisant une analyse des tâches qui sont effectuées. Pour y parvenir, il faut analyser quatre composantes du travail :

- L'individu;
- Les tâches;
- L'environnement;
- Le matériel.

Le schéma 1 présente les quatre éléments à analyser selon ITEM. L'utilisation de l'aide-mémoire ITEM pour l'analyse de tâches permet au travailleur de se poser les questions suivantes, avant d'accomplir une nouvelle tâche :

- **I : Individu** (Suis-je : Formé ? Supervisé ? En forme ?);
- **T : Tâche** (Nouvelle ? Occasionnelle ? Habituelle ? Est-ce que je sais comment faire ? Risques ?);
- **E : Environnement** (Dégagé ? Sécuritaire ? Bruit ? Contaminé ? Température extrême ?);
- **M : Matériel** (Bons outils ? Bon état ? Bonne protection ? Produits dangereux ?).

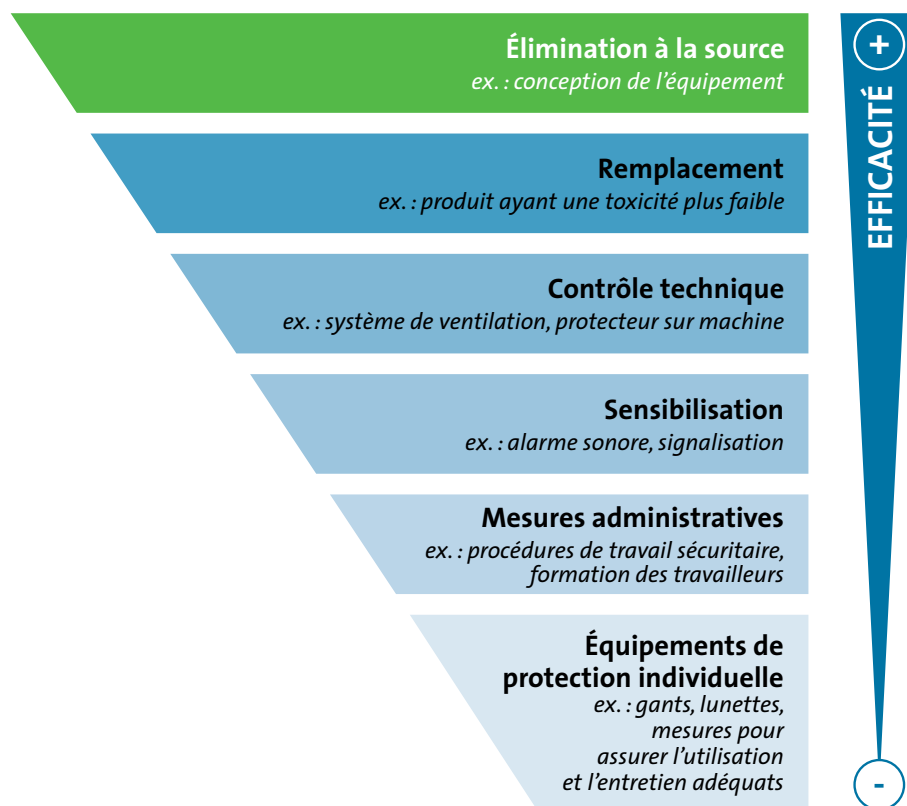


Schéma 1 : ITEM

Après avoir repéré le risque, il faut l'analyser, c'est-à-dire qu'il faut se prononcer sur la probabilité qu'un événement survienne et sur ses conséquences possibles. Pour réaliser cette étape efficacement, il est essentiel de faire preuve d'objectivité et de faire participer les personnes concernées. Il faut également faire appel à des experts si des situations nécessitent une analyse plus détaillée, par exemple lorsqu'il est difficile d'identifier les risques de façon précise ou de déterminer les mesures de correction efficaces. Plusieurs méthodes d'analyse du risque existent. Vous pouvez consulter la norme ISO 31010 : *Gestion des risques : techniques d'évaluation des risques*.

Corriger

Une fois les risques identifiés et priorisés, il faut choisir les correctifs et les moyens de prévention à mettre en place. Il faut d'abord chercher à éliminer le risque à la source. Si ce n'est pas possible, il faut suivre le cheminement présenté ci-dessous. Il est souvent nécessaire de combiner plusieurs mesures pour assurer la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur. Minimale, il faut s'assurer que les mesures mises en place respectent la réglementation.



Contrôler

Contrôler signifie qu’une fois les correctifs apportés, il faut s’assurer qu’ils restent en place et qu’ils demeurent efficaces. C’est ce qu’on appelle la « permanence des correctifs ».

Dix moyens de contrôle existent :

1. Information
2. Formation, formation d’appoint
3. Inspection
4. Supervision
5. Entretien préventif
6. Politique d’achat
7. Politique de sous-traitance
8. Politique d’ingénierie
9. Surveillance de la qualité du milieu de travail
10. Surveillance de la santé des travailleurs

Le résultat de cette démarche de prévention (IDENTIFIER – CORRIGER – CONTRÔLER) permet de mettre en place ou de mettre à jour un programme de prévention adapté à votre établissement, et par le fait même, de rendre le milieu de travail sécuritaire. Plusieurs outils, dont des capsules de formation, sont disponibles pour vous aider dans cette démarche de prévention. Pour consulter le site Internet : **cnesst.gouv.qc.ca/priseencharge**.



La responsabilité des secouristes en milieu de travail

La responsabilité des secouristes en milieu de travail

Le secouriste doit intervenir

L'obligation de secourir est prévue dans la Charte des droits et libertés de la personne (ci-après « la Charte »)². La Charte exige que tout citoyen, sur le territoire québécois, porte secours à celui dont la vie est en danger³. Cette obligation de secourir s'applique évidemment dans les interventions du secouriste en milieu de travail, peu importe l'endroit où il se trouve. Le secouriste pourra s'acquitter de son obligation de secours en prodiguant les premiers secours et en appelant les services d'urgence, selon la situation.

À titre d'exemple, lors d'une demande de secours en milieu de travail, le secouriste devra se rendre auprès de la personne, si sa sécurité n'est pas compromise. Il devra porter assistance à la personne directement, en appliquant les techniques apprises lors de la formation et, selon les circonstances, appeler les services d'urgence.

Le comportement auquel on s'attend d'un secouriste consiste en une intervention qui est favorable pour la personne blessée ou présentant un malaise. Lors d'une demande d'aide, le secouriste doit répondre et tenter d'aider la personne.

Le secouriste qui refuse d'intervenir

Comme mentionné précédemment, le secouriste doit porter assistance à une personne dans le besoin. S'il ne le fait pas, il peut être tenu d'expliquer son inaction devant un tribunal.

À titre d'exemple, un secouriste pourrait être poursuivi pour ne pas être intervenu au motif qu'il croit que la personne est contaminée par le VIH, et ce, malgré la possibilité d'utiliser les mesures de protection universelles (gants, lunettes de protection et masque pour la réanimation). Il en est de même pour le secouriste qui ne tente pas de joindre les secours.

Cependant, si la vie du secouriste peut être mise en danger, il peut s'abstenir d'intervenir⁴.

La situation d'urgence

En matière de premiers secours, la situation d'urgence commande d'intervenir. Par définition, l'urgence est une situation soudaine et imprévue qui crée à l'égard du secouriste une obligation impérieuse de secours immédiat⁵. On ne peut pas retarder l'intervention de premiers secours lorsque la vie ou l'intégrité de la personne est en danger, à moins que cette intervention ne soit pas sécuritaire pour le secouriste.

2. RLRQ, c. C-12.

3. R. c. Neumann, 2014 QCCM 41.

4. Québec (ministère de la Sécurité publique) et Gagnon, 2011 QCCLP 3062.

5. Carignan c. Boudreau, 1987 CanLII 500 (QC CA).

Le comportement fautif du secouriste et sa conséquence légale

La responsabilité du secouriste sera engagée si l'on peut prouver qu'un dommage subi par la personne est lié directement au comportement fautif du secouriste. Pour démontrer un comportement fautif du secouriste, on doit établir un manquement lors de son intervention.

Le comportement attendu du secouriste en milieu de travail

La formation donnée au secouriste repose sur des techniques approuvées par les autorités médicales et consignées dans des protocoles d'intervention à l'usage des secouristes. Si un secouriste déroge de l'application de ces protocoles, sans motif valable apparent, il peut alors être possible de prétendre que son comportement n'est pas celui auquel on s'attend de la part d'un secouriste.

Il suffit de comparer son action avec celle d'un secouriste possédant la même formation, la même expérience et, en pareilles circonstances, pour déterminer si le comportement d'un secouriste, dans une situation donnée, a été fautif.

À titre d'exemple, en l'absence d'urgence ou de danger imminent, un secouriste décide de déplacer, sans l'immobiliser, une personne pour qui l'on craint une blessure à la colonne vertébrale. Les protocoles d'intervention en secourisme indiquent pourtant de ne pas déplacer la personne sans l'immobiliser au préalable. Dans cet exemple, le fait de déplacer la personne sans justification va à l'encontre de l'enseignement reçu et des protocoles et ne correspond pas au comportement attendu du secouriste en milieu de travail, mais plutôt une faute pouvant engager sa responsabilité advenant qu'il cause un dommage à la personne.

Cependant, l'état d'urgence, comme mentionné plus haut, peut justifier et, par conséquent, atténuer la responsabilité du secouriste dans certaines circonstances.

À titre d'exemple, lors de l'exécution de réanimation cardiorespiratoire, le secouriste qui se trompe dans la séquence d'application des compressions thoraciques pourra difficilement être tenu responsable des dommages causés à la personne. L'urgence, le peu d'expérience ainsi que la nervosité sont des facteurs qui pourront être considérés pour justifier une erreur dans la séquence.

L'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 reconnu à titre de lésion professionnelle au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (ci- après « LATMP »)⁶, 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, comme il appert de l'article 442 LATMP, qui stipule que :

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 assujéti 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.

Sauf en cas de négligence criminelle⁷, il faut donc retenir que le secouriste sera immunisé contre toute poursuite civile pour les soins apportés dans le cas d'un accident du travail reconnu comme une lésion professionnelle.

Le secouriste qui agit avec rigueur et professionnalisme, dans l'intérêt de la personne, en s'assurant de respecter la limite de ses compétences, a très peu de probabilités de se faire reprocher ses gestes lorsqu'il est intervenu auprès d'un travailleur.

Trousses, formations et registres

Les obligations de l'employeur

Le Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins⁸ oblige l'employeur à assurer en tout temps, dans son milieu de travail, la présence d'un certain nombre de secouristes formés⁹. De plus, l'employeur doit munir ses établissements d'un nombre suffisant de trousses de premiers secours ayant un contenu minimal¹⁰. C'est à l'employeur de vérifier le contenu de ces trousses et de s'assurer que le secouriste qu'il désigne y a accès rapidement et qu'il a reçu la formation nécessaire. Ces obligations de l'employeur incombent également au maître d'œuvre sur un chantier de construction¹¹.

6. RLRQ, c. A-3.001.

7. RLRQ, c. A-3.001, article 441.

8. RLRQ, c. A-3.001, r. 10.

9. RLRQ, c. A-3.001, article 3.

10. RLRQ, c. A-3.001, r. 10, articles 4 à 6.

11. RLRQ, c. A-3.001, r. 10, articles 7 à 10.

La responsabilité des secouristes en milieu de travail

Le registre de premiers secours

Le secouriste qui donne les premiers secours à un travailleur doit remplir le registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours¹². Il doit y indiquer ses nom et prénom, les nom et prénom du travailleur blessé, la date, l'heure et la description de la blessure ou du malaise ainsi que la nature des premiers secours dispensés.

La responsabilité concernant l'utilisation du matériel de premiers secours

En plus des trousse dans certains milieux de travail, il est possible que le secouriste puisse avoir à sa disposition du matériel spécialisé, tel que de l'oxygène, un défibrillateur cardiaque, un collet cervical, une planche dorsale, un matelas immobilisateur et tout autre matériel qui n'est pas énoncé dans le Règlement. Considérant que l'employeur met ce matériel à la disposition des secouristes, il doit s'assurer qu'ils ont reçu une formation complémentaire spécifique qui leur permet d'utiliser ces appareils et qu'ils en connaissent les mises en garde.

L'administration de certains médicaments en situation d'urgence

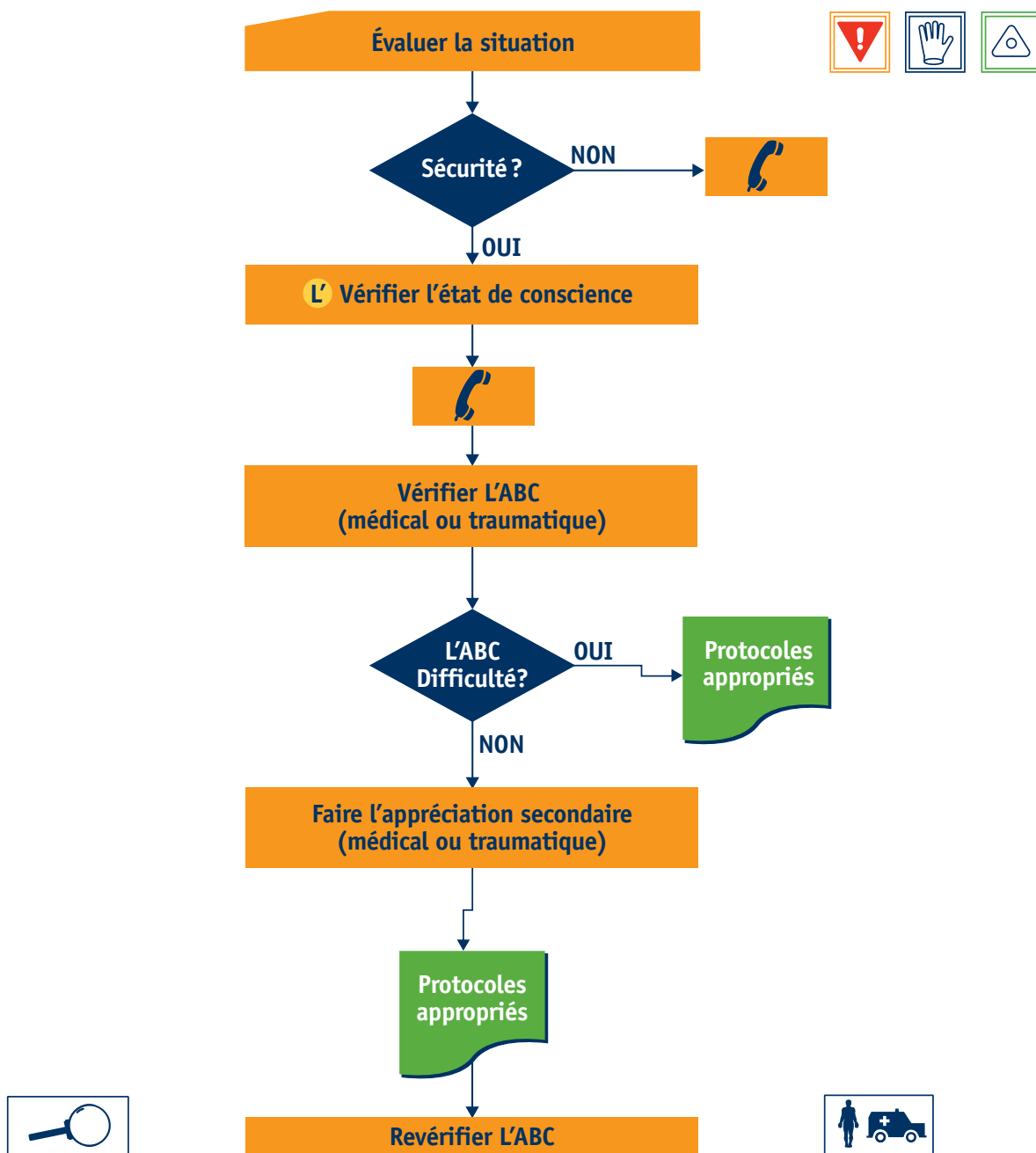
L'employeur ne doit pas mettre de médicaments dans les trousse à la disposition des secouristes. Cependant, sur recommandation médicale, dans des situations particulières et après avoir reçu une formation complémentaire spécifique (pour certains antidotes) ou la formation de base (par exemple, l'épinéphrine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

12. RLRQ, c. A-3.001, r. 10, articles 15 à 17.



Intervention

Approche utilisée pour l'intervention



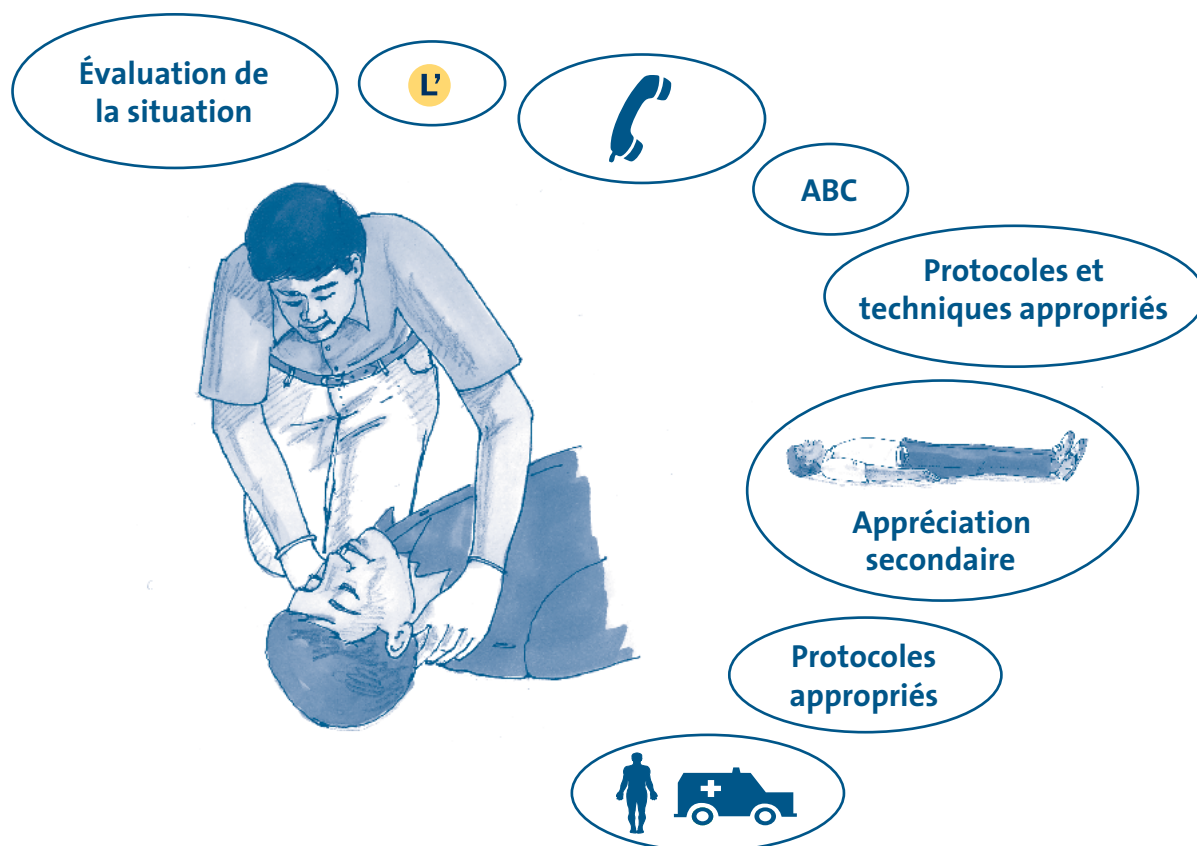
Le secouriste doit intervenir selon la séquence prévue par les protocoles d'intervention.

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 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

Après la réalisation des étapes de l'évaluation de la situation, le protocole d'appréciation de la condition clinique est le canevas de l'ensemble des interventions du secouriste. Les gestes de premiers secours spécifiques viennent s'y greffer, selon les signes et les symptômes présentés par la personne en détresse, et constituent chacun des autres protocoles.



Évaluation de la situation

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

Si la sécurité des lieux n'est pas assurée, le secouriste doit se retirer et aviser immédiatement les services d'urgence, puis attendre leur arrivée avant d'intervenir.

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 qu'elle 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, les autres secouristes et demander à un témoin de rester près de lui, afin qu'il puisse 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 les fonctions vitales de la personne secourue et d'entreprendre les interventions prioritaires destinées à maintenir ses fonctions respiratoires et circulatoires.

Protocoles appropriés

Le résultat de l'appréciation primaire de la personne secourue permet au secouriste de se reporter prioritairement aux protocoles appropriés.

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.

Protocoles appropriés

Le résultat de l'appréciation secondaire de la personne secourue permet au secouriste de se reporter aux protocoles ou aux techniques appropriés et d'intervenir efficacement.

Note

Comme il a été mentionné auparavant, il importe de se reporter aux protocoles 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 primaire 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, puis à intervenir prioritairement selon l'évolution de l'état de la personne s'il y a lieu.

Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence

Le secouriste doit transmettre verbalement, aux premiers répondants ou aux techniciens ambulanciers paramédics, l'information concernant son appréciation de l'état de la personne secourue et son intervention, pour assurer une continuité des soins prodigués.

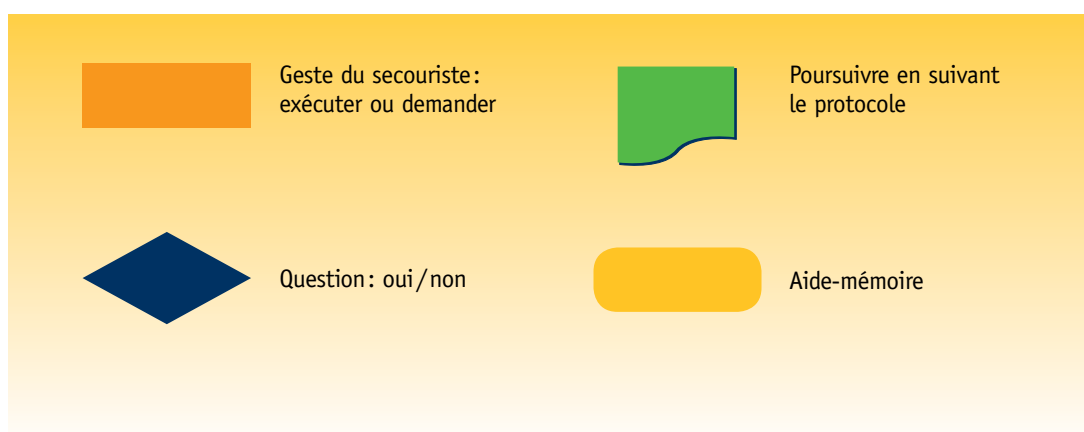
Légende utilisée dans les protocoles d'intervention

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 les voies d'accès);
- 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);
- L'état de conscience de la personne secourue, si possible;
- Difficultés pouvant retarder l'évacuation, s'il y a lieu;
- Nom et numéro de téléphone de la personne qui appelle (les services préhospitaliers d'urgence pourront la rappeler si des renseignements additionnels sont nécessaires).

Le secouriste doit laisser l'interlocuteur raccrocher le premier, de manière à 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 vomissures. S'il s'agit d'un traumatisme, la position latérale de sécurité décrite dans le diagramme ne doit pas être utilisée. Dans cette situation, il faut éviter le plus possible de bouger la personne secourue.



Surveiller la personne

Le secouriste doit surveiller la personne secourue constamment en attendant l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence. Il doit réévaluer ses fonctions vitales, c'est-à-dire réappliquer la séquence de l'appréciation primaire (L'ABC) régulièrement, puis intervenir prioritairement, s'il y a lieu.



Attendre les services préhospitaliers d'urgence

Les premiers répondants, les techniciens ambulanciers paramédics ou les autres intervenants doivent avoir rapidement accès à la personne secourue. 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.



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, pour la personne secourue 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 selon la situation.

* L'astérisque

Lorsqu'il est utilisé, il réfère à une note en bas du protocole.

DEA : Défibrillateur externe automatique

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 par 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 causée 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 chaque intervention et avant et après le port de gants, l'utilisation de gants jetables, de masques de poche ainsi que le port de lunettes et d'un masque de protection. Il doit faire preuve de prudence lorsqu'il manipule des aiguilles ou des objets souillés et lorsqu'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, puis 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 doit 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 avant et après une intervention. Les bactéries se multiplient très rapidement sur des mains gantées étant donné l'humidité.

Note

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'obstacles aux agents microbiens lors de la manipulation de matières ou d'objets pouvant être contaminés. 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 jetable 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, 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 protection 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 suivre les étapes suivantes :

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 lésée le plus rapidement possible avec de l'eau et du savon doux, sans brosser, et rincer 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. Informer la personne responsable.
5. Se rendre rapidement à l'hôpital (délai de consultation de deux heures suivant l'exposition).
6. Apporter sa carte de vaccination ou son carnet de santé.
7. Mentionner à l'accueil qu'il s'agit d'une exposition professionnelle au sang ou à un liquide biologique.
8. Obtenir une évaluation médicale.

On peut télécharger la fiche *Que faire lors d'une exposition au sang?* (DC100-498-2) à partir d'Internet. Elle peut être ajoutée au contenu de la trousse de premiers secours.

Gestion du stress en situation d'intervention

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 physiologiquement 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.

Rapidement, la personne devient en état de survie, prête à fuir ou à trouver des solutions pour contrer la situation. Le stress est donc une réaction normale de l'organisme à un agent agresseur 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 que constitue une maladie professionnelle, un problème de santé au travail ou un accident du travail.

Le secouriste devra donc ajuster son comportement en fonction de la ou des réactions qu'il constate, c'est-à-dire :

- *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. »
- *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. »
- *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 encore tenter de le frapper.
- *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

Une situation d'intervention peut entraîner un certain niveau de stress chez le secouriste. Dans cette situation, le temps de réaction, la pensée et l'efficacité peuvent être affectés au plus haut point. Ainsi, la réponse émotionnelle du secouriste peut se traduire de l'une ou l'autre des façons suivantes :

- *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 ;
- *Étirement du temps* : Pendant le déroulement de l'intervention, les minutes semblent devenir des heures, particulièrement dans l'attente des renforts ou des secours ;
- *Manifestations physiques* : L'organisme est en état d'alerte et cela peut se traduire par des tremblements incontrôlables ou des nausées subites ;

- *Désordre général* : Le secouriste veut tout faire à la fois. Il oublie des éléments importants ; sa mémoire le trahit. Ce type de réaction est des plus nuisibles, car, souvent, elle gêne le déroulement de l'intervention, conduisant ainsi à des erreurs majeures dans l'application des procédures, des séquences d'intervention et des techniques de soins ;
- *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 ;
- *Abandon* : Le secouriste arrive à la conclusion qu'il n'y a plus rien à faire, qu'il est trop tard ;
- *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 d'intervention

La gestion du stress en situation d'urgence peut grandement contribuer à améliorer 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 et le chaos peuvent s'installer et l'empêcher d'intervenir adéquatement.

De manière à mieux gérer son stress, le secouriste doit :

- s'assurer que le matériel de premiers secours est toujours prêt et accessible rapidement ;
- relire périodiquement le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention* ou l'application mobile ou le présent manuel ;
- pratiquer régulièrement les séquences et les techniques d'intervention ;
- réviser mentalement la procédure et la séquence d'intervention, anticiper la scène et tenter de se calmer en se rendant sur les lieux de l'urgence ;
- 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 ;
- parler calmement, lentement, clairement et sur un ton rassurant. Éviter de crier plus fort que la personne secourue ;

- apprécier la dangerosité du comportement de la personne secourue (perturbateur, destructeur, dangereux) si elle semble agitée ou agressive. Tenter de 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. Essayer d'attirer son attention sur l'action en cours ;
- 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 ;
- parler régulièrement à la personne secourue, lui expliquer, si possible, les gestes posés pour la rassurer et rester en contact visuel avec elle, si elle est consciente ;
- demeurer en rapport constant avec les autres secouristes et travailler en collaboration ;
- parler de son expérience et participer à une rencontre de rétroaction si possible après l'intervention.

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 CLSC ou au centre de crise de sa région ou en faisant appel à des services privés.

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.

Stress post-traumatique

Une réaction de stress post-traumatique peut survenir à la suite de l'exposition à une situation exceptionnellement stressante ou dans certains cas à une situation plus banale, voire ordinaire.

Il est possible qu'un secouriste réagisse habituellement bien aux situations d'urgence dans lesquelles il intervient et qu'il soit en plein contrôle quant à la gestion de son stress. Il est aussi possible à un moment donné qu'une situation soit pour lui plus marquante qu'une autre et provoque une réaction de stress post-traumatique.

Différents facteurs peuvent entrer en ligne de compte dans le déclenchement d'un tel problème de santé. En effet, le type de situation, le type de victime, le type de blessure, l'état physique et psychologique du secouriste ou certaines circonstances de sa vie peuvent influencer sa capacité d'adaptation et sa façon de réagir à ce qu'il a vécu.

Les manifestations de stress post-traumatique sont nombreuses et diversifiées. Elles ne se présentent pas de la même façon et selon la même intensité chez les différentes personnes. Ces manifestations ne sont pas non plus toutes présentes dans un même tableau clinique.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Anxiété (apparition ou exacerbation de troubles anxieux) ;
- Remémoration constante de l'événement ;
- Révision constante de l'intervention et sentiment de ne pas avoir tout fait ce qu'il fallait faire ;
- Peur d'une future intervention ;
- Trouble du sommeil (insomnie, cauchemars) ;
- Perte d'appétit ;
- Problèmes de santé : brûlements gastriques, maux de tête, nausées, vomissements, troubles intestinaux, tachycardie (augmentation du rythme cardiaque), sensation de difficulté respiratoire, etc.

Prévention du stress post-traumatique

- Mettre en pratique l'ensemble des éléments proposés dans la *Gestion du stress d'intervention* de ce manuel ;
- Adopter de saines habitudes de vie : bien s'alimenter, bien se reposer et bien se divertir ;
- Adopter une attitude positive ;
- Partager son vécu et ses expériences.

Il est important pour le secouriste de demeurer à l'affût des manifestations du stress post-traumatique pour lui et pour ses confrères secouristes et de consulter ou d'encourager à consulter s'il pense qu'il y a lieu de le faire.

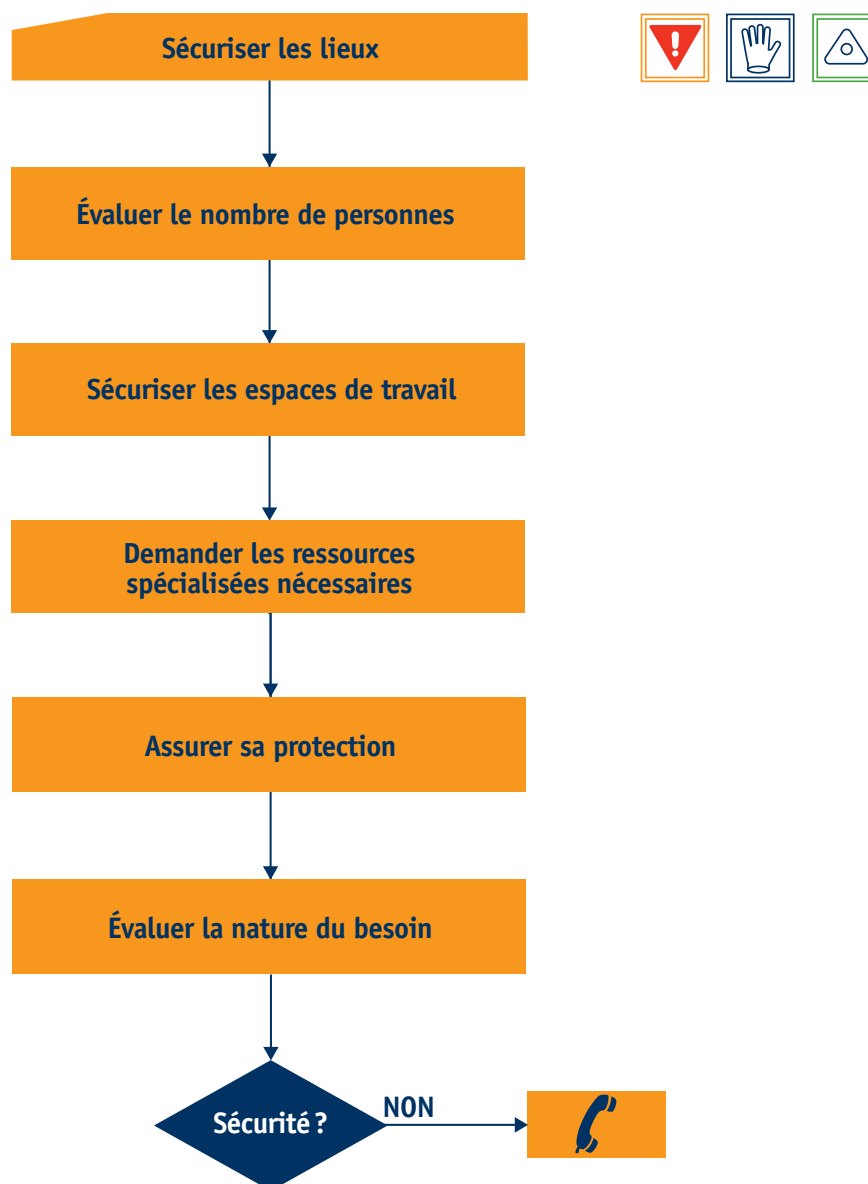
Différentes autres situations peuvent créer du stress au travail

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

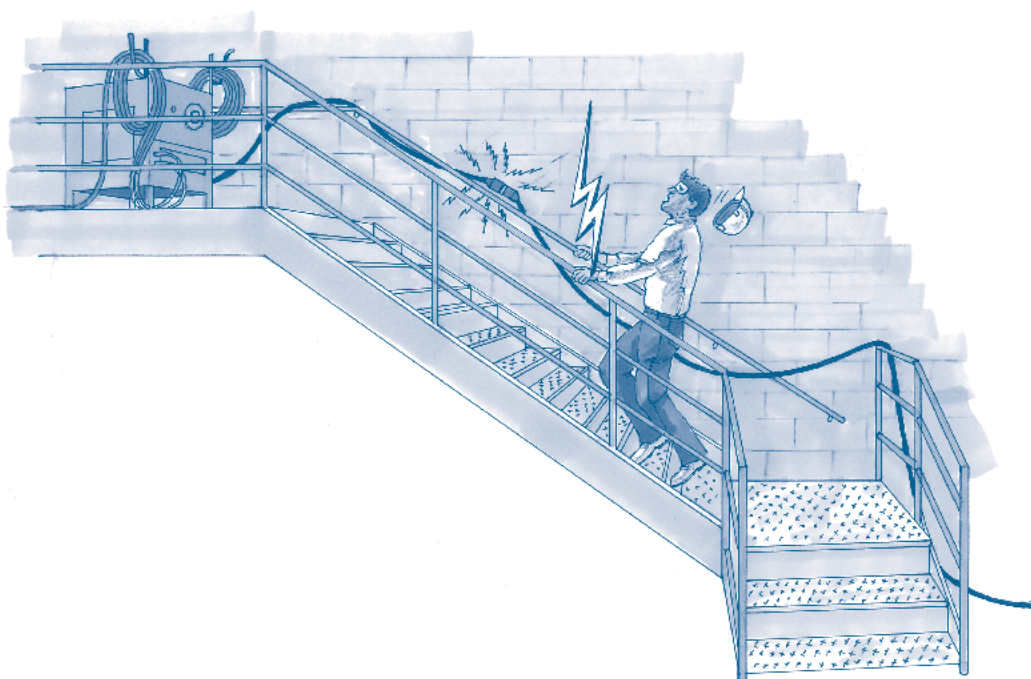
Étapes de l'évaluation de la situation



Étapes de l'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 :

1. Sécuriser les lieux (dangers possibles);
2. Évaluer le nombre de personnes à secourir;
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 rapidement 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.

Il peut recourir à l'outil d'identification des risques élaboré par la CNESST pour accomplir cette tâche en se posant les questions suivantes : existe-t-il des dangers d'ordre chimique, physique, biologique, ergonomique ou liés à la sécurité ?

En présence d'un danger d'explosion, d'incendie, d'effondrement, d'intoxication, d'électrocution, d'exposition à des températures extrêmes ou des matières dangereuses, 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 (silo, fosse à purin, etc.).

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 la personne en détresse. La sécurité du secouriste constitue une priorité pour la CNESST.

Évaluer le nombre de personnes à secourir

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.

Dans une telle situation, il importe de 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

Le secouriste qui n'a pas suivi cette formation complémentaire et qui fait face à une situation impliquant plusieurs personnes doit demander rapidement l'aide de ses confrères secouristes et des témoins sur place, puis faire aviser rapidement les services préhospitaliers d'urgence. En attendant leur arrivée, il doit intervenir au meilleur de sa connaissance et de sa compétence.

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 sécuritaire si la situation l'exige. L'espace de travail doit donc être suffisamment grand et stable, exempt de risques de blessure ou de chute, ou de risques d'inflammabilité, d'explosion, d'électrocution, ou encore d'électrisation, d'intoxication, d'effondrement, de glissement ou d'agression (pour des exemples de dangers, consulter l'outil d'identification des risques).

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 paramédics 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 appelées dès que le secouriste constate ou appréhende un danger.

Le secouriste doit aussi alerter ou faire 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, de manière à maximiser son intervention.

Assurer sa protection comme secouriste

Le secouriste doit assurer sa protection contre les risques infectieux présents dans les contacts directs avec le sang, les liquides biologiques ou toute autre substance. Pour se protéger, il doit se laver les mains avant et après une intervention, porter des gants, utiliser tout autre moyen de protection disponible (masque, lunettes et blouse de protection) et se servir d'un masque de poche pour pratiquer la respiration artificielle.

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 les informations pertinentes 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 ?

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. À titre d'exemple, considérons une chute et l'impact d'un objet. Ces deux types d'accidents peuvent laisser soupçonner des blessures différentes. Dans son évaluation, le secouriste doit tenir compte, selon la situation, des éléments qui suivent :

S'il s'agit d'une chute :

- La personne à secourir portait-elle un équipement de protection (casque, harnais, lunettes, etc.) ? En l'absence de protection, 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 ?

S'il s'agit d'un 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 équipement de protection ?
- Selon l'impact, quelle partie du corps de la personne a été touchée en premier ?

Il en est de même pour tous les types d'accidents. Ce genre d'analyse peut guider le secouriste dans sa recherche des signes et des symptômes et lui permettre de découvrir des blessures importantes qui auraient passer inaperçues, et mettre ainsi la vie de la personne en danger.

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

Les services préhospitaliers d'urgence doivent normalement être prévenus à la suite de l'appréciation de l'état de conscience de la personne en détresse si la situation le permet.

Dans une situation où un danger réel ou potentiel est présent avant d'intervenir, le secouriste doit aviser rapidement les services préhospitaliers d'urgence et attendre leur arrivée avant d'intervenir auprès de la personne.

Résumé des étapes au moment de l'évaluation de la situation

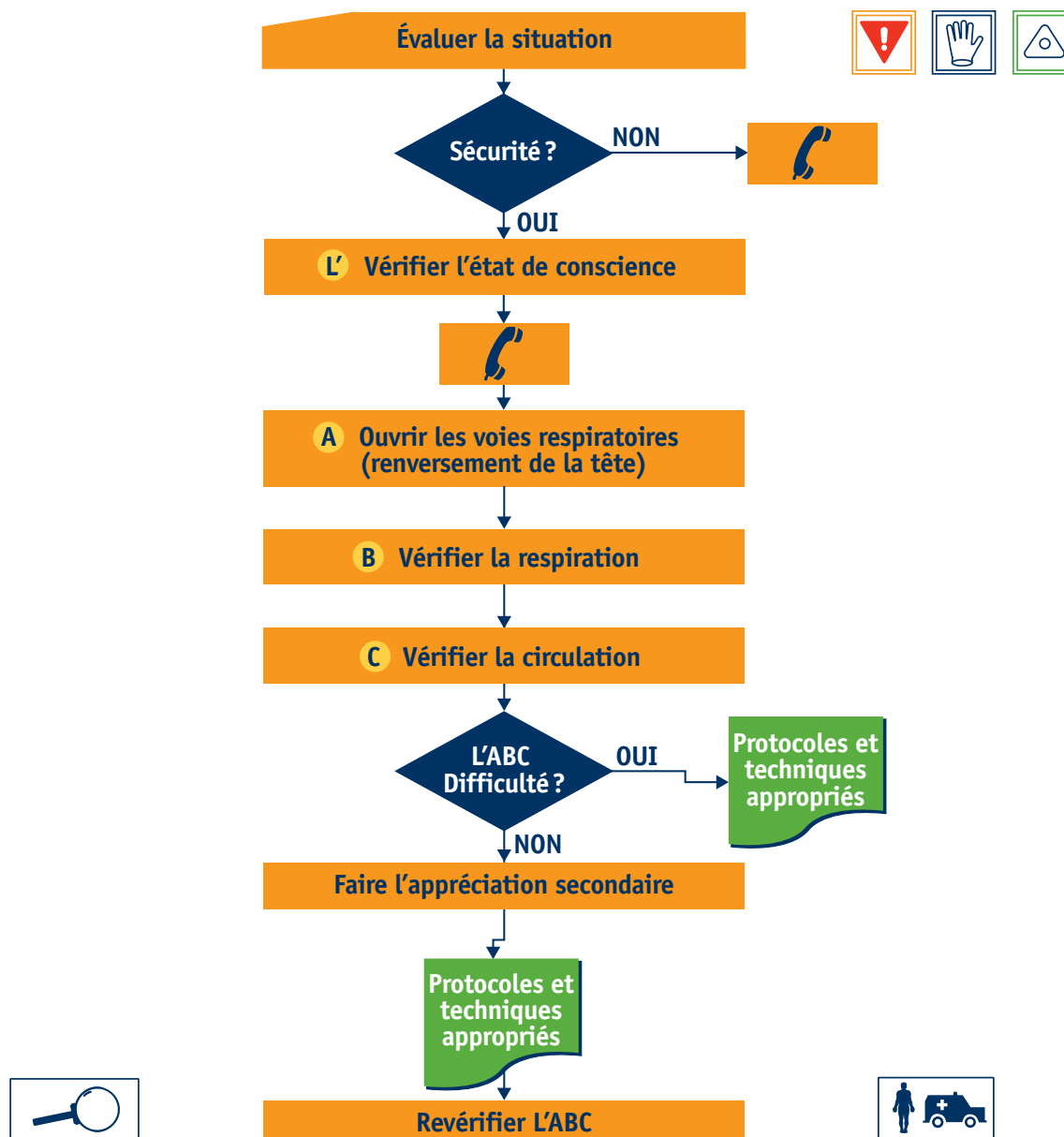
1. Sécuriser les lieux (dangers possibles).
2. Évaluer le nombre de personnes à secourir.
3. Sécuriser les espaces de travail.
4. Faire appel aux ressources spécialisées nécessaires.
5. Assurer sa protection comme secouriste.
6. Évaluer la nature du besoin.
7. Prévenir rapidement les services préhospitaliers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

CHAPITRE 1

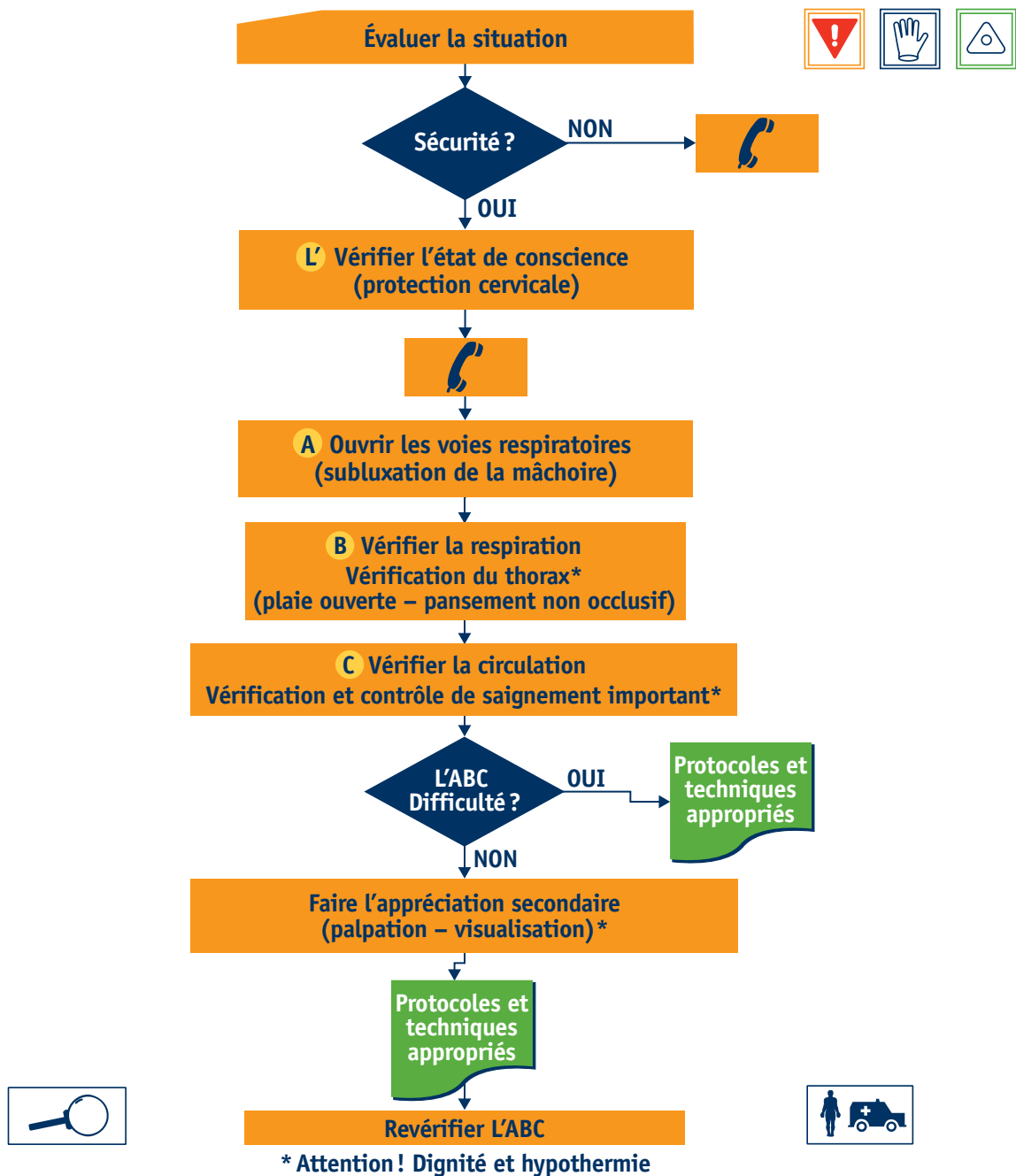
Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique



PROTOCOLE 1.1 (PROBLÈME MÉDICAL)



PROTOCOLE 1.2 (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. Elle permet au secouriste de déceler 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 traumatique est constaté. L'approche correspondant au type de problème rencontré, qu'il soit médical ou traumatique, doit être utilisée.

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

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

Le secouriste doit respecter cette séquence et l'appliquer dans cet ordre (L'ABC), 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 (L'CAB) en l'absence de respiration ou si la respiration est agonale.

L' Vérifier l'état de conscience

À cette étape de l'appréciation clinique, le secouriste détermine si la personne est consciente ou inconsciente.

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 les trapèzes afin de vérifier si elle réagit à la douleur.

Si la personne secourue est alerte ou éveillée, elle est consciente. Il est indiqué pour le secouriste de se présenter, en précisant sa fonction, puis de demander à la personne de



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

se nommer et de commencer la collecte d'information. Il est important d'expliquer à la personne en détresse toutes les étapes de l'intervention, pour la sécuriser et obtenir sa collaboration.

Si la personne n'est pas alerte ou éveillée, il est préférable d'assurer la protection de la colonne cervicale manuellement avant de la stimuler, pour éviter un mouvement de la tête et de la colonne.

Si la personne secourue est inconsciente, il est essentiel alors d'alerter les services préhospitaliers d'urgence immédiatement.

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.

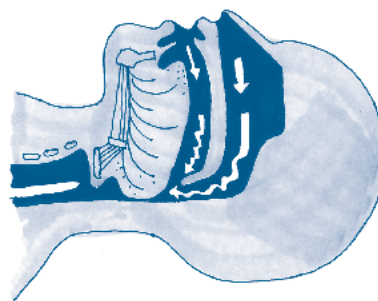


A Ouvrir les voies respiratoires

La respiration est possible uniquement si les voies respiratoires sont ouvertes. Si la personne secourue est consciente, le secouriste doit lui demander d'ouvrir la bouche pour 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, en l'absence de traumatisme, 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 subluxation de la mâchoire, pour 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 Vérifier la respiration

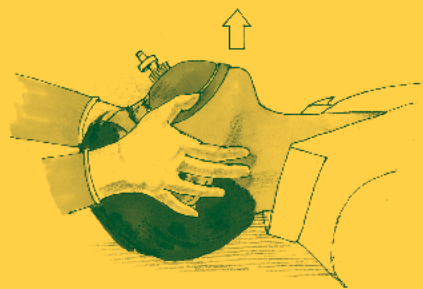
À cette étape, le secouriste détermine si la personne secourue respire ou si sa respiration est absente ou agonale. Pour ce faire, il doit vérifier la présence de mouvements thoraciques en observant si le thorax se soulève à chaque respiration.

Si la personne respire, le secouriste doit évaluer succinctement la qualité de sa respiration, en vérifiant si elle semble respirer 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 et inefficace, le secouriste doit appliquer immédiatement des compressions thoraciques et la séquence de RCR.



Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

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



En présence d'une difficulté respiratoire ou d'une douleur au thorax à la suite d'un traumatisme, le secouriste doit visualiser la cage thoracique*, rechercher une blessure ou une plaie et vérifier si le thorax se soulève également des deux côtés.

Une plaie ouverte doit être traitée immédiatement par l'application d'un pansement non occlusif. Consulter la technique 2, « Interventions en cas de plaies complexes ».

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

* **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, 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.

Si la personne n'est pas alerte ou éveillée, il est possible que l'ouverture des voies respiratoires (renversement de la tête ou subluxation de la mâchoire) doive être maintenue manuellement tout au long de l'intervention.

Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

C Vérifier la circulation

Après la vérification de la respiration, le secouriste doit vérifier les signes de circulation suivants :

- Les mouvements respiratoires ;
- La coloration et la température de la peau.
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 rechercher tous les signes d'hémorragie ou de saignements importants*. 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.

*** Attention ! Dignité et hypothermie**

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'apprécier 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 de santé ou la blessure de la personne secourue. Les principaux renseignements à recueillir touchent les circonstances de l'événement, les signes et les symptômes, les allergies et la prise de médicaments. 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, aux animaux, ou d'autres types d'allergies ? Si oui, lesquelles ?

M Médication

La personne prend-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 respiration (fréquence et qualité), le pouls (fréquence cardiaque et qualité) et la tension artérielle. Dans le contexte des interventions de premiers secours en milieu de travail, le secouriste doit surtout mettre l'accent sur la respiration et le pouls.

Respiration

Chez un adulte, la respiration normale varie entre 12 et 20 respirations par minute.

Pour vérifier la fréquence respiratoire, le secouriste doit observer les mouvements respiratoires (soulèvement de la cage thoracique) et calculer le nombre de respirations sur un intervalle de 30 secondes, puis multiplier par 2 pour obtenir la fréquence pour une minute. Si la personne éprouve une difficulté respiratoire quelconque, il est plus juste de calculer le nombre de respirations sur une minute.

Une appréciation très succincte de la qualité de la respiration a été réalisée dans L'ABC en **B**. Il convient donc ici d'en faire une appréciation plus approfondie en vérifiant si la respiration est rapide ou lente, superficielle ou profonde, bruyante, irrégulière et difficile (la personne utilise des muscles accessoires du cou ou de la cage thoracique pour respirer).

Pouls

Chez un adulte, le pouls normal varie entre 60 et 100 pulsations par minute.

Le pouls est perceptible sur le trajet des artères au moment d'une contraction du cœur. Il est possible de le prendre lorsque l'artère passe sur un os ou lorsqu'elle est superficielle (en surface). Ainsi, l'artère radiale, à la face interne du poignet du côté du pouce, et l'artère carotidienne, à la face antérieure du cou, de chaque côté de la trachée, sont les sites les plus facilement accessibles.

Pour vérifier la fréquence cardiaque, le secouriste doit calculer le nombre de pulsations sur un intervalle de 15 secondes et multiplier par 4 pour obtenir la fréquence pour une minute. Si le pouls est difficilement perceptible, il est plus juste de calculer le nombre de pulsations sur une minute.

La qualité du pouls s'apprécie en vérifiant si le pouls est rapide ou lent, superficiel ou filant, bondissant (frappé fort), bien frappé, régulier ou irrégulier.

Appréciation de la condition clinique : problème médical et problème traumatique

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, mais pouvant contribuer à une détérioration rapide de son état si non repérée rapidement.

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, une hémorragie 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 qui saigne, appliquer un pansement non occlusif) ;
- 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 dorsale ou sur un matelas immobilisateur, par des secouristes formés, 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

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

Réappréciation primaire régulière

Le secouriste doit revérifier L'ABC régulièrement, pour noter tout changement dans l'état de la personne ou toute détérioration de son état et réagir en fonction des protocoles d'intervention.

Rapport verbal aux services préhospitaliers d'urgence

Pour 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 ;
- Éléments pertinents de la réappréciation primaire.

Protocole 1.1 : 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 1.2 : 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 non occlusif).
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 (L'CAB).



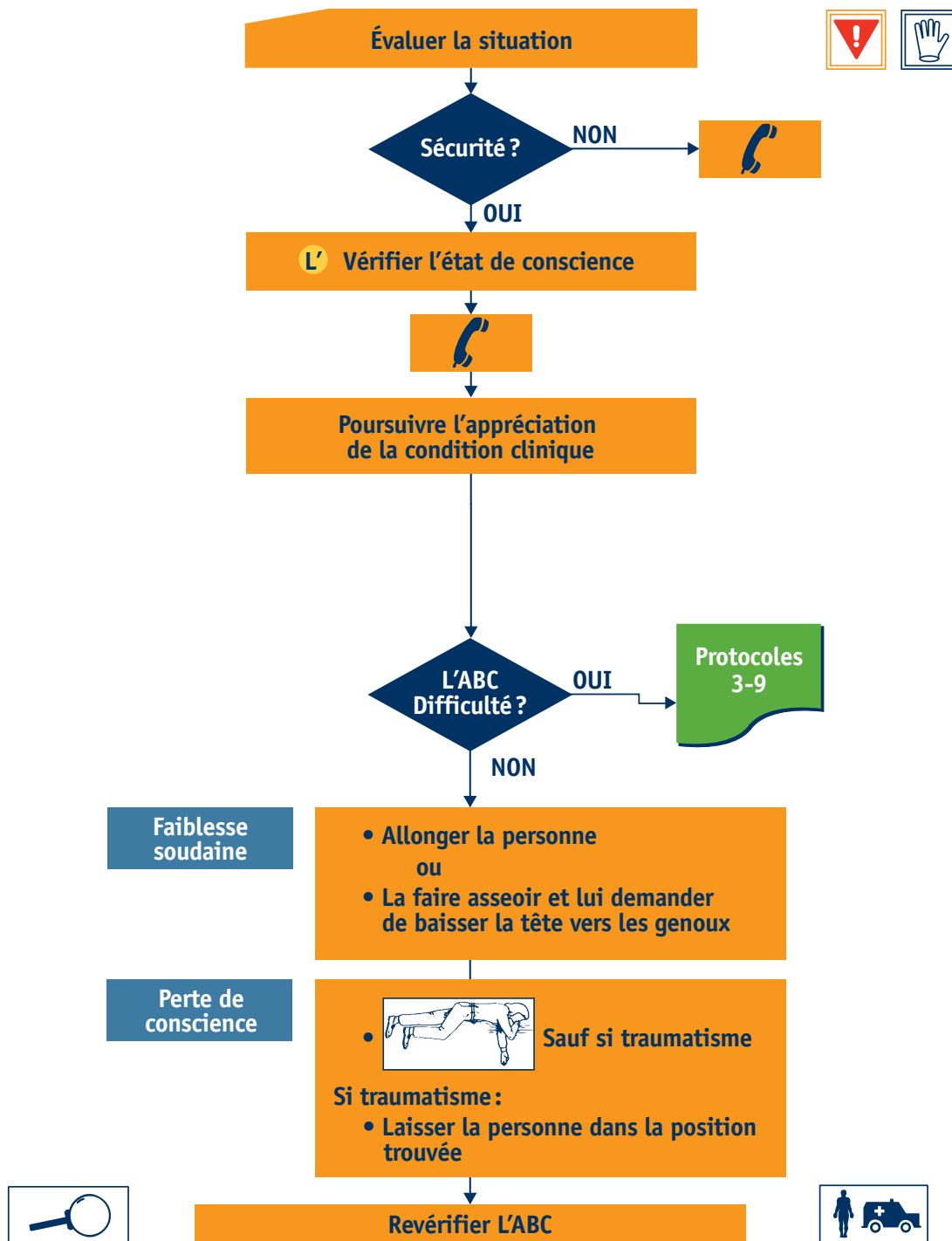
Problèmes médicaux

CHAPITRE 2

Altération de l'état de conscience



PROTOCOLE MÉDICAL 2



Des modifications de l'état de conscience peuvent survenir à la suite de différents problèmes de santé tels qu'un traumatisme, 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 est consciente ou inconsciente.

- La personne consciente est alerte, éveillée et réagit à ce qui l'entoure;
- La personne inconsciente ne réagit pas à la voix et peut ne pas réagir à la douleur.

Une altération de l'état de conscience peut se manifester de différentes façons. La personne peut sembler somnolente et s'éveiller plus ou moins facilement.

Le secouriste doit surveiller constamment l'état de conscience de la personne en lui parlant, en l'interrogeant fréquemment et en notant ses réactions.

Causes

Il existe plusieurs causes possibles d'une altération de l'état de conscience. En voici quelques exemples :

- Un problème respiratoire;
- Une blessure à la tête;
- Un problème cardiaque;
- Un état de choc;
- Un problème de santé comme un AVC, le diabète, l'épilepsie ou autres;
- Une intoxication (alcool, drogues ou autres).

Spécificités

Une altération de l'état de conscience peut aussi se présenter sous la forme d'une faiblesse soudaine ou d'une perte de conscience.

Faiblesse soudaine

La faiblesse se caractérise par une perte de force physique et de vigueur inhabituelle. D'apparition soudaine, elle est habituellement généralisée, mais dans certaines situations, elle peut aussi être localisée.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Confusion (désorientation soit dans le temps ou l'espace) ;
- 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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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.  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.

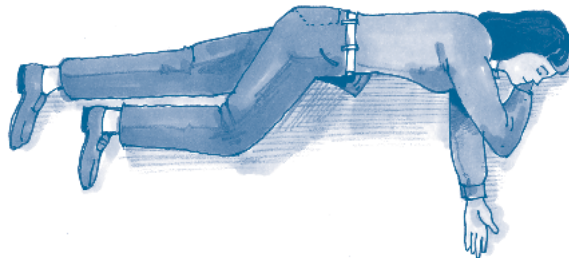
Altération de l'état de conscience

6. Faiblesse soudaine :

- Allonger la personne ; ou
- La faire asseoir et lui demander de baisser sa tête vers ses genoux.

Perte de conscience :

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



- En présence de traumatisme : laisser la personne dans la position où on l'a trouvée.

7. Révérer 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 bouger, 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, pour empêcher que la personne ne bouge. Il doit surveiller constamment sa respiration.

Si la personne est inconsciente et qu'elle respire, maintenir manuellement une protection cervicale et surveiller la respiration et les signes de circulation en attendant les services préhospitaliers d'urgence.

Note

*Assurer une bonne aération de la pièce et couvrir la personne, si c'est possible.
Ne jamais 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 (AVC) peut être une cause de l'altération de l'état de conscience et peut survenir sans aucun avertissement. L'AVC résulte de l'arrêt de la circulation vers ou dans une zone du cerveau. Il peut être dû à la rupture d'un ou de vaisseaux sanguins (accident de type hémorragique) ou à une obstruction (accident de type ischémique).

L'accident ischémique transitoire (AIT) survient lorsque les manifestations cliniques disparaissent en quelques secondes ou en quelques minutes. L'AIT peut être un signal d'alerte d'un futur AVC.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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.

Une prise en charge rapide permet d'augmenter les chances de survie et de limiter les séquelles.

L'acronyme VITE permet aux secouristes de reconnaître rapidement les signes et les symptômes d'un AVC en insistant sur l'urgence d'une telle situation :

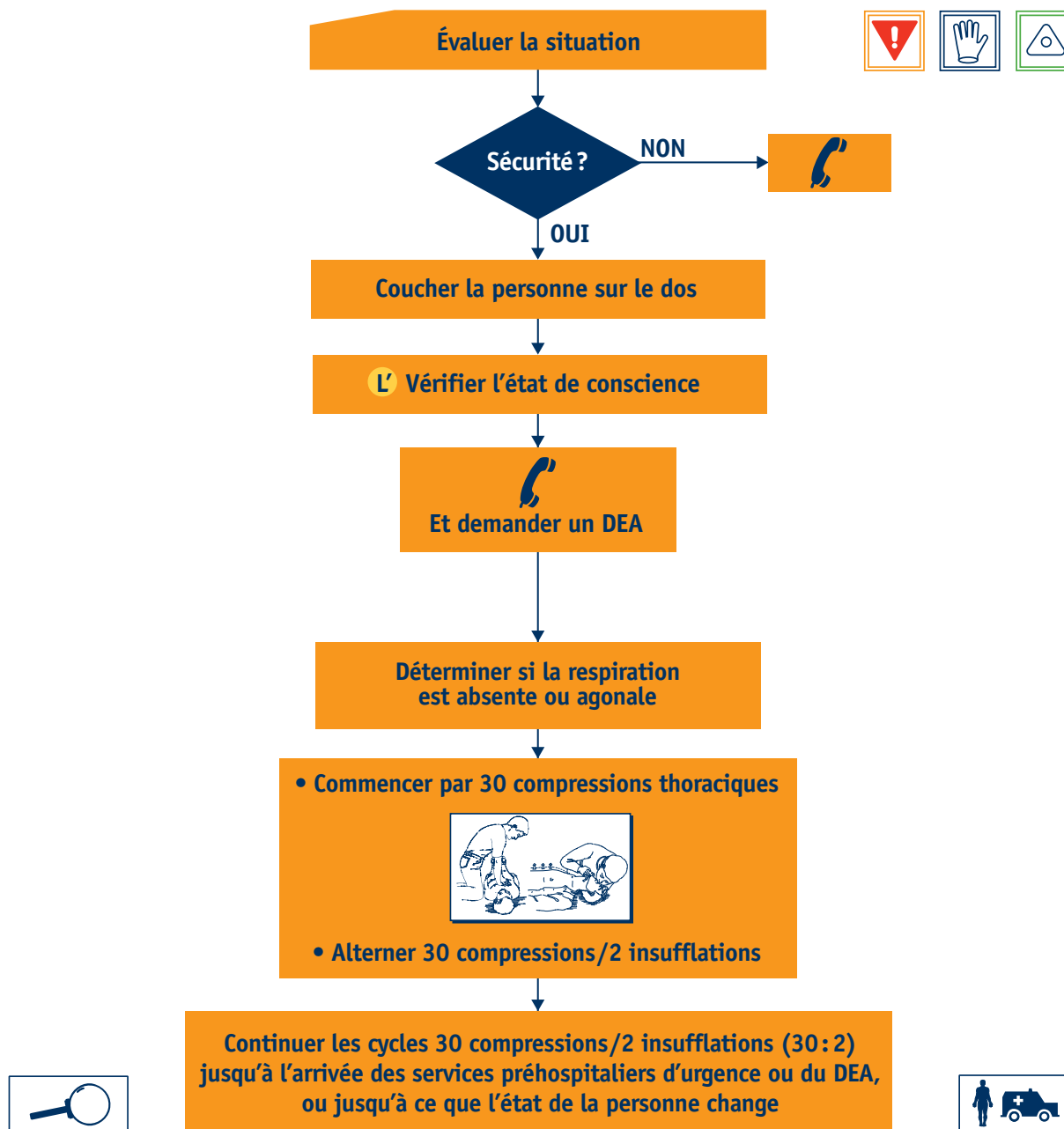
- **V : Visage** (Est-il affaissé ? Y a-t-il une déformation de la bouche ?) ;
- **I : Incapacité** (La personne peut-elle lever les 2 bras en même temps ?) ;
- **T : Trouble de la parole** (La personne a-t-elle des troubles d'élocution ou de prononciation ?) ;
- **E : Extrême urgence** (Appel rapide aux services préhospitaliers d'urgence-911).

CHAPITRE 3

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte



PROTOCOLE MÉDICAL 3



Note : Installer le DEA dès que possible.
Compressions thoraciques avec 2 mains à un rythme de 100-120/minute.
Insufflation 1 seconde/chaque.
Oxygène si disponible (formation complémentaire spécifique).

Arrêt cardiaque

Un arrêt cardiaque survient lorsque le cœur s'arrête ou présente un rythme anormal et ne parvient pas à faire circuler le sang. La grande majorité des arrêts cardiaques surviennent dans les lieux publics et de manière soudaine.

Terminologie utilisée

- *DEA* : Défibrillateur externe automatique ;
- *Défibrillation* : Technique consistant 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 ;
- *Réanimation cardiorespiratoire* : Technique qui consiste à alterner la compression thoracique et la respiration artificielle pour maintenir la circulation du sang et l'apport en oxygène à l'organisme ;
- *Respiration agonale* : Respiration anormale caractérisée par un halètement qui ressemble à un reniflement, à un ronflement ou à un gémissement. Il est un signe d'arrêt cardiaque ;
- *Respiration artificielle* : Technique permettant de faire pénétrer de l'air dans les poumons pour rétablir la respiration. Le bouche à masque pour donner des insufflations en est un exemple.

Une défibrillation rapide avec une réanimation cardiorespiratoire (RCR) de haute qualité peuvent doubler ou tripler les chances de survie.

Spécificités

Les lignes directrices actuelles en matière de RCR recommandent l'application d'une technique de RCR de haute qualité caractérisée par les éléments suivants :

- En l'absence de signes de circulation, commencer rapidement la RCR ;
- Effectuer les compressions thoraciques à un rythme de 100 à 120/minute. Placer les 2 mains sur la moitié inférieure du thorax ;
- Effectuer les compressions thoraciques à une profondeur d'au moins 5 cm (2 pouces) et au maximum de 6 cm (2,4 po) ;
- Permettre la relaxation complète de la cage thoracique après chaque compression ;
- Éviter autant que possible les interruptions pendant les compressions thoraciques (si possible, limiter les interruptions à moins de 10 secondes) ;
- Ventiler en effectuant 2 insufflations après un cycle de 30 compressions thoraciques, compter pas moins d'une seconde par insufflation (insufflation lente). Chaque insufflation doit entraîner un soulèvement de la cage thoracique (éviter l'hyperventilation).

Causes

Les problèmes cardiaques comme un infarctus du myocarde sont les principales causes d'un arrêt cardiaque. D'autres causes non cardiaques comme une noyade, une électrisation, une intoxication, un traumatisme, une hypothermie ou une insuffisance respiratoire peuvent aussi causer un arrêt cardiaque.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Inconscience ;
- Absence de respiration ;
- Mouvements respiratoires inefficaces (respiration agonale) ;
- Peau grisâtre ou bleuâtre.

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 sur une surface ferme et plane.
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 respiration est absente ou agonale.



6. **C** Dénuder le thorax et commencer 30 compressions thoraciques à un rythme de 100-120/minute.



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



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte

8. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde chacune), assez pour que la cage thoracique de la personne se soulève.



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 être faite en utilisant la subluxation de la mâchoire, pour 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.



Note

Si la personne secourue vomit : la tourner sur le côté (en cas de traumatisme, tourner en 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 respiratoire

Si l'arrêt est seulement respiratoire, pratiquer la respiration artificielle avec une insufflation toutes les 5 secondes, soit 12/minute. **L'utilisation d'un masque de poche muni d'une valve unidirectionnelle jetable est la méthode recommandée dans le cadre des premiers secours.**

Même si le risque d'infection associé à la respiration artificielle est faible, la santé publique recommande l'utilisation d'un masque de poche pendant la RCR sur un lieu de travail.

Les masques de poche sont généralement munis d'une valve unidirectionnelle jetable empêchant l'air expiré et les liquides organiques de la personne d'entrer en contact avec le secouriste.

Technique d'utilisation d'un masque de poche muni d'une valve unidirectionnelle

1. Placer la valve unidirectionnelle jetable sur le masque de poche.
2. Se placer sur le côté de la personne.
3. Installer le masque de poche sur le visage de la personne secourue, de façon à couvrir la bouche et le nez.
4. Placer une main sur la partie supérieure du masque et l'autre sur sa base, avec les doigts en crochet sur le menton, pour maintenir une bonne étanchéité.
5. Ouvrir les voies respiratoires en basculant la tête vers l'arrière avec un soulèvement du menton.
6. Insuffler l'air et surveiller le soulèvement du thorax.



S'il s'agit d'un traumatisme, l'ouverture des voies respiratoires doit être faite en utilisant la subluxation de la mâchoire, pour 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 défibrillateur externe automatique (DEA), de manière à 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 de haute qualité et qu'elle soit défibrillée dans les premières minutes, pour diminuer les risques de lésions cérébrales et assurer de meilleures chances de survie.

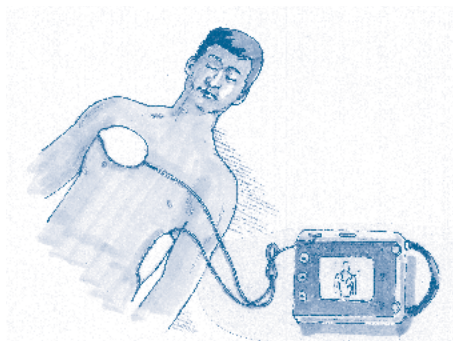
Des études ont démontré que, sans défibrillation, l'efficacité de la réanimation diminue d'une proportion se situant entre 7 % à 10 % par minute. Sans cette intervention essentielle, entre 2 % et 5 % seulement des personnes en détresse survivent plus de 12 minutes.

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 défibrillation externe automatisée soit efficace, l'accès aux appareils de DEA et la formation de secouristes qualifiés doivent faire partie 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 réanimation cardiorespiratoire jusqu'à ce qu'il dispose de l'appareil.

Utilisation du défibrillateur externe automatique (DEA) en cas d'arrêt cardiorespiratoire

1. Ouvrir l'étui et mettre le DEA en marche.
2. Choisir les électrodes appropriées, détacher la membrane protectrice et les placer correctement comme sur les diagrammes de positionnement figurant sur les électrodes.



3. S'éloigner de la personne secourue pour 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.
6. 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 encore 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.

Lors de l'utilisation du DEA, des études ont démontré que l'efficacité du choc est augmentée si le secouriste minimise le temps entre la dernière compression et l'application du choc.

Arrêt cardiorespiratoire (DEA) : adulte

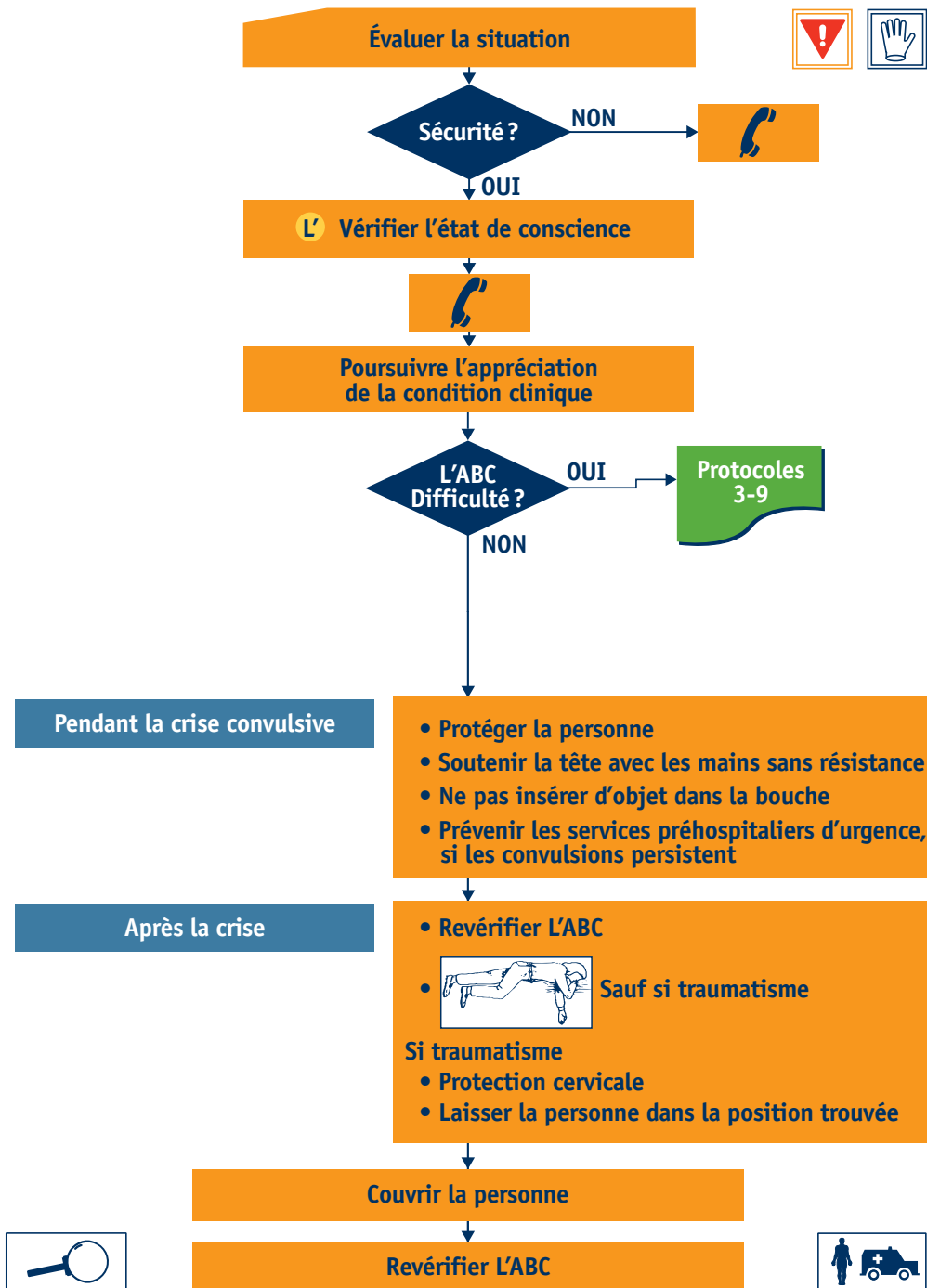
Synthèse de la RCR chez l'adulte	
Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou de respiration agonale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence et demander un DEA
Séquence de RCR	- Compressions thoraciques ; - Ouverture des voies aériennes ; - Ventilation. → CAB
Localisation des compressions	Au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum
Méthode d'exécution des compressions	Avec les 2 mains
Rythme des compressions	100-120 compressions/minute
Profondeur des compressions	5 à 6 cm (2 à 2,4 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 ; - Éviter la ventilation excessive.
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 4

Convulsions



PROTOCOLE MÉDICAL 4



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.

Les convulsions s'accompagnent d'une altération de l'état de conscience.

Les premiers soins lors d'une crise convulsive ont pour but d'éviter des blessures pendant la crise et d'assurer la perméabilité des voies respiratoires après la crise.

Causes

Plusieurs causes peuvent provoquer des convulsions. En voici quelques exemples :

- Épilepsie ;
- Accident vasculaire cérébral (AVC) ;
- Blessure à la tête ;
- Température (fièvre) importante, surtout chez les enfants ;
- Coup de chaleur ;
- Diabète ;
- Intoxication (médicaments, drogues, etc.).

Spécificités

Une crise convulsive est un symptôme, et non une maladie.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Chute et raidissement ;
- Perte de conscience ;
- Contractions involontaires (partielles ou généralisées) ;
- Cyanose des lèvres (coloration bleuâtre) ;
- Respiration bruyante avec écume à la bouche possible.

Interventions en cas de convulsions

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. Pendant la crise convulsive :
 - Protéger la personne secourue ;
 - Lui soutenir la 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 secourue en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme) ;
 - En présence de traumatisme : assurer une protection cervicale ;
 - Laisser la personne secourue 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).

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.

Après la crise :

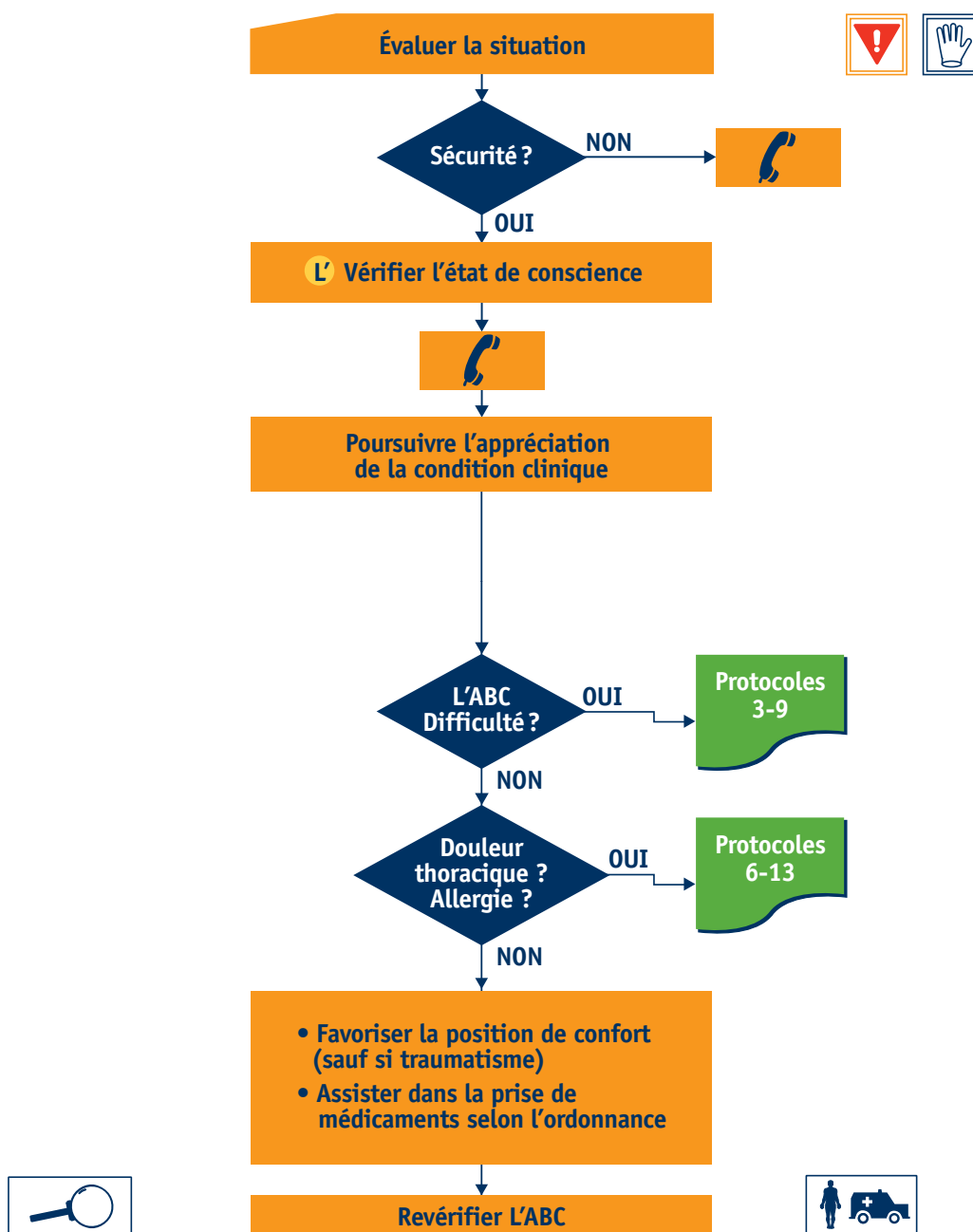
- Le relâchement musculaire qui suit une crise peut entraîner une incontinence urinaire.

CHAPITRE 5

Difficulté respiratoire



PROTOCOLE MÉDICAL 5



La respiration permet les échanges gazeux (apport d'oxygène et élimination du dioxyde de carbone) nécessaires à la vie.

Lorsque la respiration devient difficile à la suite d'une maladie ou d'une blessure, le secouriste doit être en mesure d'en reconnaître rapidement les manifestations cliniques.

Causes

Une personne peut éprouver une difficulté respiratoire pour différentes raisons :

- Une maladie pulmonaire ;
- Une maladie cardiaque ;
- Une allergie ;
- L'inhalation d'une forte concentration d'un produit corrosif ;
- Une obstruction des voies respiratoires ;
- Un traumatisme.

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

Spécificités

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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Difficulté respiratoire ou sensation de manque d'air 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. **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. Si le trouble respiratoire est associé :
 - à un traumatisme, consulter le protocole traumatique 1.2 ;
 - à une douleur thoracique, consulter le protocole médical 6 ;
 - à une obstruction des voies respiratoires, consulter le protocole médical 9.1 ou 9.2 ;
 - à une réaction allergique, consulter le protocole médical 13.
7. Favoriser la position de confort (en l'absence de traumatisme).
8. Assister dans la prise de médicaments selon l'ordonnance.
9. Revérifier L'ABC régulièrement.

Situation particulière : hyperventilation

Le cerveau, par son centre réflexe, peut « commander » une respiration qui devient très rapide, provoquant ainsi une hyperventilation.

L'hyperventilation est responsable d'un déséquilibre dans les échanges gazeux aux poumons et peut entraîner différentes manifestations cliniques.

L'hyperventilation peut être causée par une crise d'anxiété, un stress important, une intoxication ou d'autres types d'atteintes du système nerveux ou d'états psychologiques.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Respiration rapide et profonde ;
- Douleur à la poitrine s'intensifiant avec la respiration ;
- Pouls rapide ;
- Maux de tête ;
- Étourdissements ;
- Picotements dans les doigts, etc.

Interventions en cas d'hyperventilation

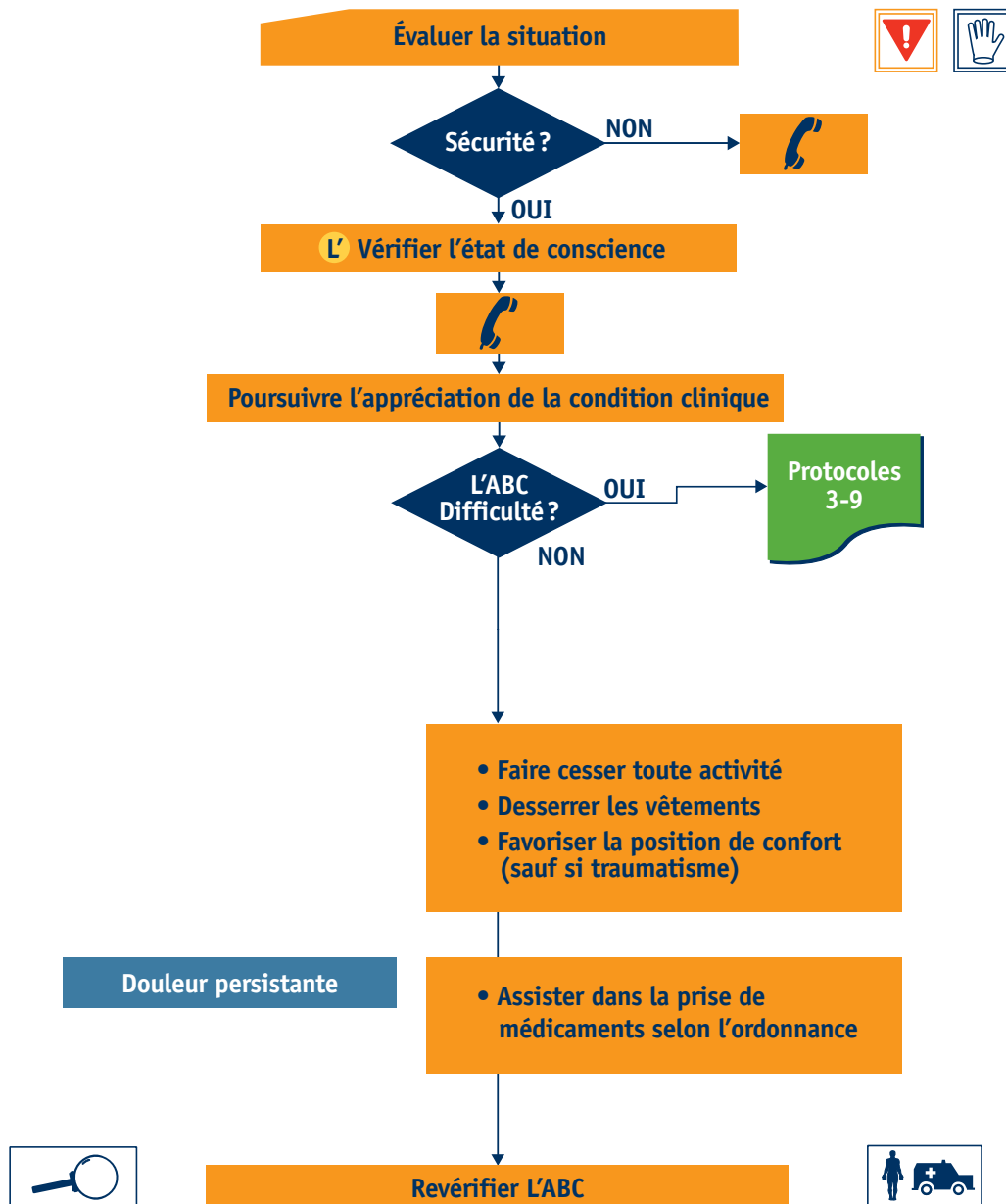
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2.  Vérifier l'état de conscience.
3. Rechercher les signes et les symptômes.
4. Installer la personne confortablement en position assise.
5. Rassurer la personne et l'encourager à ralentir sa fréquence respiratoire en retenant sa respiration même si cela est difficile au début.
6. Respirer normalement soi-même et demander à la personne de respirer au même rythme.
7. Appeler les services préhospitaliers d'urgence si la difficulté respiratoire s'aggrave.

CHAPITRE 6

Douleur thoracique



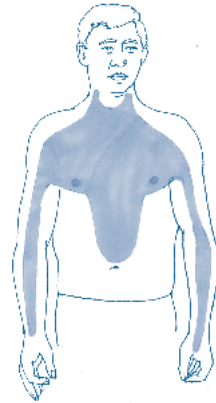
PROTOCOLE MÉDICAL 6



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.

L'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine sont deux maladies fréquentes causant une douleur thoracique d'origine cardiaque.

Il est important pour le secouriste de reconnaître rapidement les manifestations cliniques de ces deux maladies, car plus de 85 % de décès consécutifs à un arrêt cardiaque surviennent dans les premières heures suivant l'apparition des signes et des symptômes.



Spécificités

Il est fréquent de constater que la personne victime d'une première douleur thoracique nie les signes et les symptômes ressentis. De plus, les personnes âgées, les personnes souffrant de diabète et les femmes sont susceptibles de présenter des symptômes vagues ou non spécifiques. Elles peuvent parfois décrire des douleurs entre les omoplates ou une faiblesse.

Le secouriste doit demeurer vigilant et agir rapidement.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Douleur se présentant sous différentes formes : sensation de pesanteur, de pression, de serrement, de brûlure, d'élancement ou d'oppression ;
- Irradiation possible de la douleur (épaule, bras, mâchoire, dos) ;
- Apparition soudaine ou progressive de la douleur ;
- 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 médicaments selon l'ordonnance.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

La nitroglycérine, souvent en usage pour un problème cardiaque, peut se présenter sous différentes formes : comprimé sublingual, vaporisateur, onguent, timbre.

Il ne faut jamais rien donner par la bouche à une personne inconsciente.

Les douleurs thoraciques peuvent provoquer un arrêt cardiorespiratoire.

Particularités concernant l'administration de médicaments

Le secouriste en milieu de travail ne possède pas d'aspirine (ASA) dans sa trousse de premiers secours et n'a pas la responsabilité d'en administrer.

Si la personne secourue présente des douleurs thoraciques que le secouriste soupçonne d'origine cardiaque, ce dernier peut encourager la personne à prendre deux comprimés de 81 mg ou un comprimé de 325 mg d'aspirine à croquer si la personne n'est pas allergique ou qu'elle n'a pas eu d'hémorragie récemment.

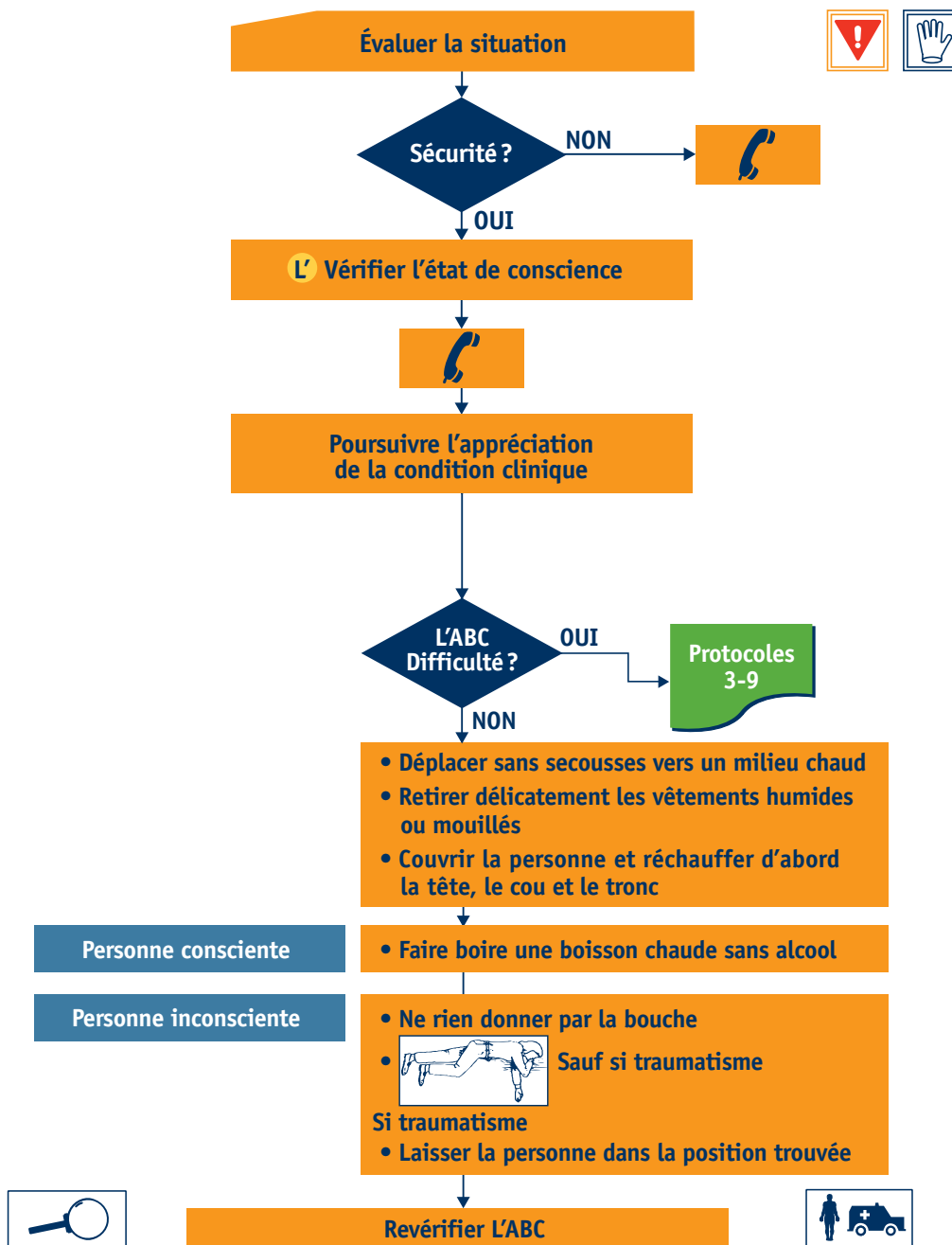
L'administration d'aspirine est efficace pour la reperfusion précoce en cas d'infarctus du myocarde.

CHAPITRE 7

Hypothermie



PROTOCOLE MÉDICAL 7



La température centrale du corps est d'environ 37 °C. Si cette température baisse de quelques degrés, les fonctions de l'organisme sont alors perturbées.

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.

La diminution de la température peut se produire en quelques heures, mais parfois de façon rapide, comme dans le cas d'une immersion en eau froide.

Spécificités

Un refroidissement généralisé du corps (hypothermie) peut provoquer principalement :

- un ralentissement du métabolisme interne ;
- un trouble du rythme cardiaque, car le cœur devient instable ;
- une déshydratation, car les reins ralentissent leur travail.

Le secouriste doit se rappeler que les personnes âgées, les enfants, les personnes malades ou intoxiquées à l'alcool sont plus susceptibles d'être atteintes d'hypothermie.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

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

Interventions en cas d'hypothermie

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. Déplacer la personne secourue, sans secousses, vers un milieu chaud.
7. Retirer délicatement les vêtements humides ou mouillés de la personne secourue.
8. Couvrir la personne secourue 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 lui donner par la bouche ;
 - Installer en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme) ;
 - Si traumatisme, laisser la personne dans la position trouvée.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

Éviter de donner à la personne secourue 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.

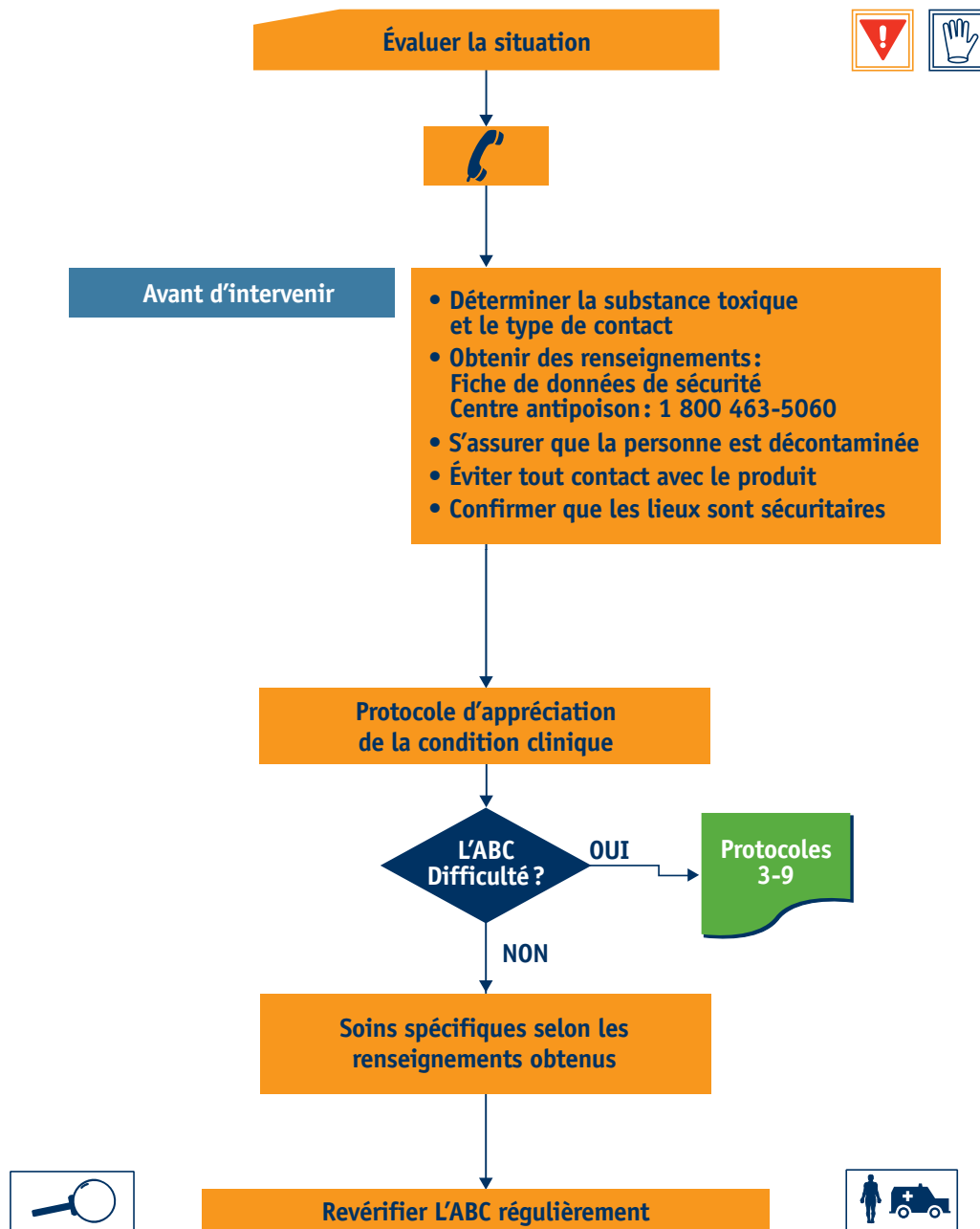
Demander à la personne secourue de s'abstenir de fumer, car la nicotine cause une diminution de la circulation sanguine.

CHAPITRE 8

Intoxication professionnelle



PROTOCOLE MÉDICAL 8



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 produits dangereux utilisés au travail, consulter l'annexe 5, *Produits dangereux – SIMDUT 2015*.

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 par contact avec une coupure, une écorchure ou 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, s'assurer d'abord que l'intervention ne présente aucun risque, et ensuite décontaminer les surfaces, pour prévenir l'intoxication.



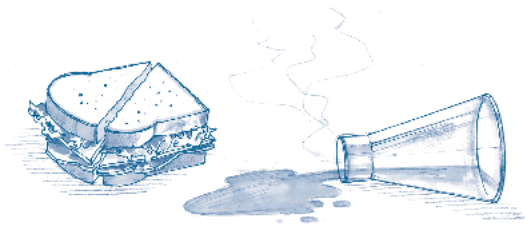
Intoxication par inhalation



Les vapeurs, les fumées, les aérosols ou 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).

Spécificités

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 secourue 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.

Manifestations cliniques de tous les types d'intoxications (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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 (fiche de données de sécurité, étiquette du produit ou 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 selon les renseignements obtenus.
7. Revérifier L'ABC régulièrement.

À l'étape 3 du protocole, le rôle du secouriste est d'empêcher la progression du poison dans l'organisme de la personne contaminée et la contamination des intervenants. Un appel au Centre antipoison du Québec (1 800 463-5060) le guidera dans les précautions à prendre et les premiers soins à donner selon le type d'intoxication.

Éléments importants à obtenir dans la mesure du possible avant l'appel au Centre antipoison du Québec :

- État de la personne (signes et symptômes) ;
- Produit en cause ;
- Quantité absorbée ;
- Voie d'absorption (contact cutané, inhalation, ingestion, injection) ;
- Âge et poids approximatifs de la personne ;
- Circonstance de l'événement (geste accidentel ou volontaire) ;
- Temps écoulé depuis l'absorption ;
- Premiers soins entrepris.

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 de données de sécurité 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 de données de sécurité ou transmise par le Centre antipoison.

Si la personne secourue est victime d'un arrêt cardiorespiratoire à la suite de l'inhalation d'un produit, ne pas utiliser la méthode du bouche à bouche. Assister la ventilation à l'aide d'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 secourue.

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 ses 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 principales 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 des mines utilisent des produits contenant du cyanure. 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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

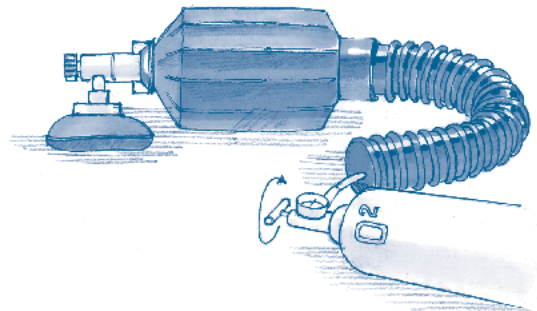
- Faiblesse ;
- Maux de tête (céphalées) ;
- Confusion ;
- Étourdissements ;
- Nausées, vomissements ;
- Difficulté respiratoire ;
- Convulsions ;
- Arrêt cardiorespiratoire.

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 secourue doit être décontaminée le plus rapidement possible. Il faut lui retirer ses vêtements en utilisant des gants appropriés et rincer à grande eau.

L'administration d'oxygène demeure un traitement de choix en attendant l'administration de l'antidote. Si la personne secourue 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. Il faut munir le ballon-masque 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

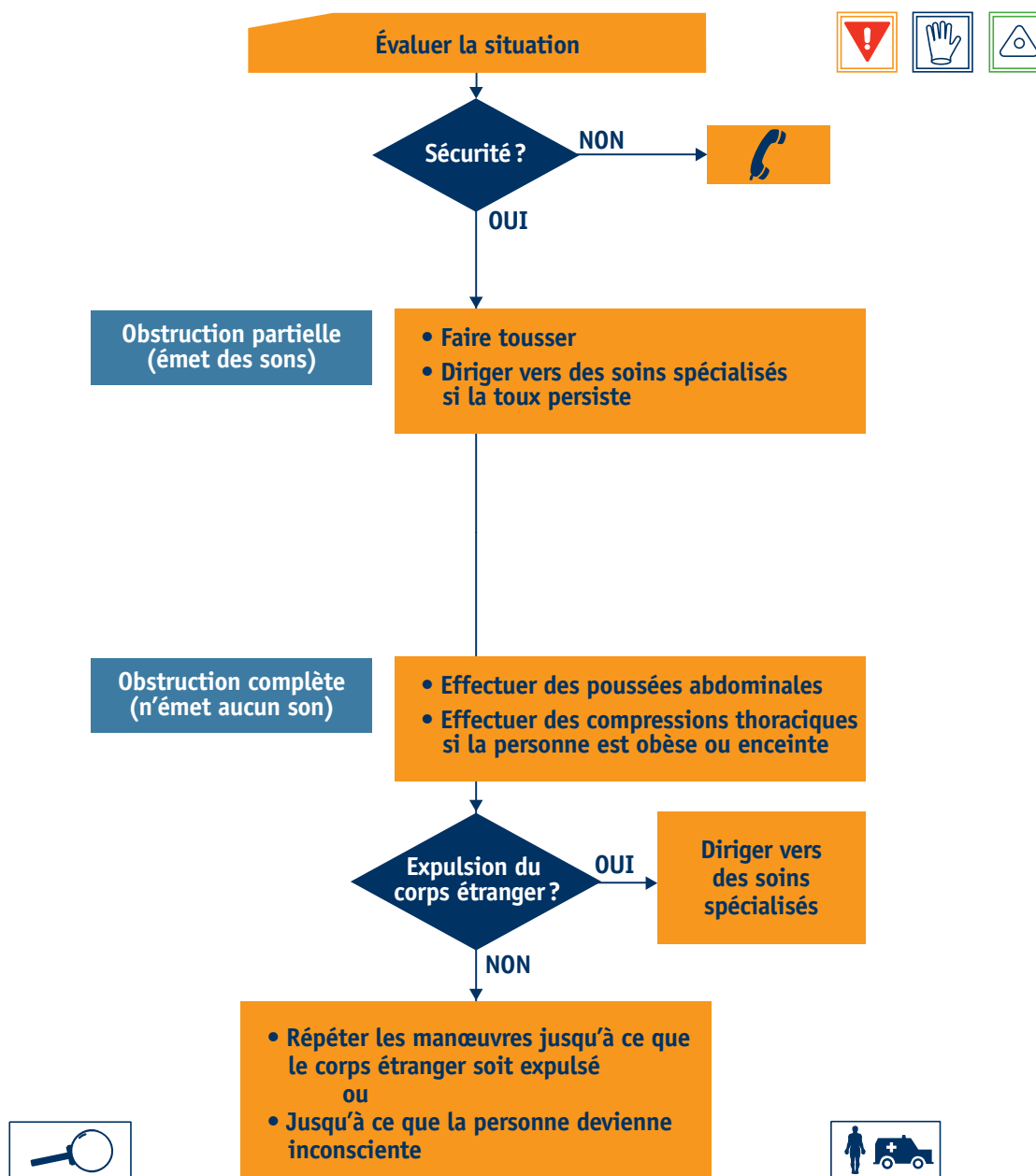
Le cyanure est un contaminant extrêmement dangereux. Pour intervenir auprès d'une personne intoxiquée par ce produit, le secouriste doit avoir reçu une formation complémentaire.

CHAPITRE 9

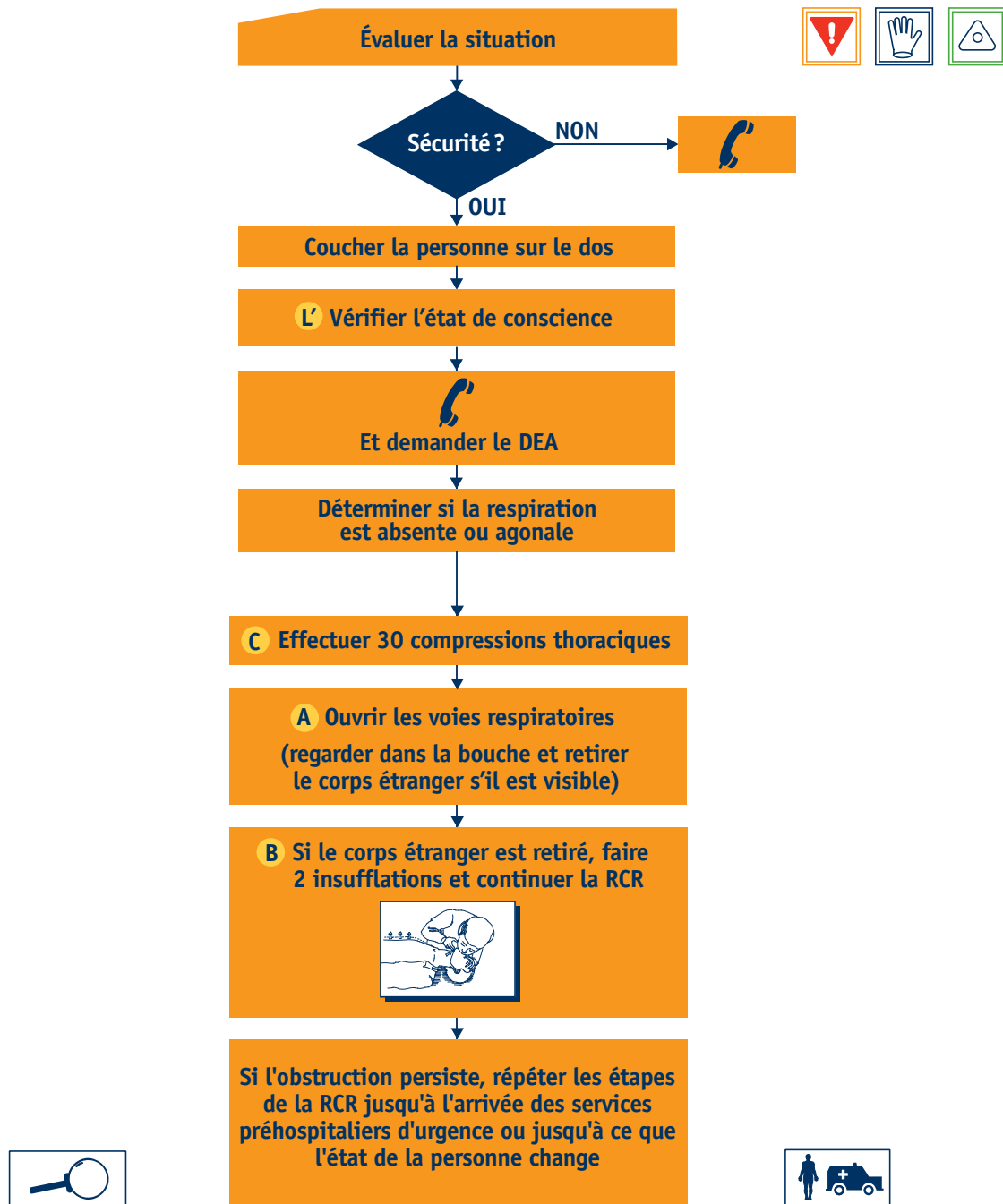
Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient



PROTOCOLE MÉDICAL 9.1 (ADULTE CONSCIENT)



PROTOCOLE MÉDICAL 9.2 (ADULTE INCONSCIENT)



Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

La séquence appliquée pour la désobstruction des voies respiratoires (DVR) est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « cardio secours ». 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. 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 ».

- Lors d'une obstruction partielle, la respiration peut être efficace ou inefficace ;
- Lors d'une obstruction complète, la respiration est absente.

Causes

Les causes d'obstruction respiratoire chez une personne consciente ou inconsciente peuvent être multiples. En voici quelques exemples :

- Corps étrangers (aliments, petits objets, etc.) ;
- Spasme (œdème) ;
- Bascule de la langue ;
- Sécrétions ;
- Vomissements ;
- Sang associé à un traumatisme du visage.

Spécificités

En présence d'une obstruction partielle, les premiers soins consistent à aider la personne à expulser le corps étranger. En présence d'une obstruction complète, les premiers soins ont pour but de dégager les voies respiratoires le plus rapidement possible, et ainsi prévenir un arrêt cardiorespiratoire.

Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Selon le type d'obstruction	Signes et symptômes
Obstruction partielle	• Toux • Bruits respiratoires anormaux (sons aigus, sifflement) • Difficulté à parler et à respirer • Visage rouge foncé • Panique
Obstruction complète	• Incapacité à parler et à tousser • Coloration grisâtre ou bleuâtre de la peau • 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.

Protocole médical 9.1 : Obstruction des voies respiratoires (adulte conscient)

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 :
 - Encourager la personne à tousser tant qu'il y a de bons échanges gazeux.



Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Obstruction complète :

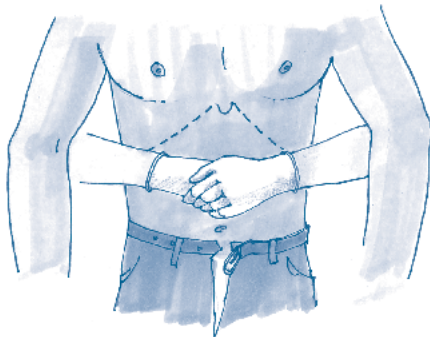
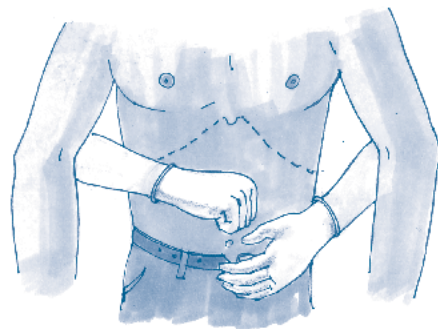
- Informer la personne que vous pouvez l'aider ;
- Exercer des poussées abdominales.



4. Répéter ces manœuvres jusqu'à ce que le corps étranger soit expulsé ou que la personne devienne inconsciente. Il peut être nécessaire d'effectuer plusieurs poussées.

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 à mi-chemin entre le nombril et le bas du sternum.

Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

Fermer le poing et le placer contre l'abdomen de la personne secourue, 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.

Les tapes dans le dos peuvent être une alternative aux poussées abdominales ou thoraciques. L'application de l'une ou l'autre de ces techniques ou une application conjointe est acceptable.

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

Protocole médical 9.2 : Obstruction des voies respiratoires (adulte inconscient)

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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 et que le DEA est demandé.
5. Déterminer si la respiration est absente ou agonale.

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



Obstruction des voies respiratoires : adulte conscient et adulte inconscient

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

- Regarder dans la bouche de la personne secourue et en retirer le corps étranger, s'il est visible.



8. **B** Si le corps étranger est retiré, faire 2 insufflations et continuer la RCR.

9. Si l'obstruction persiste, répéter les étapes de la RCR 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, pour 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.

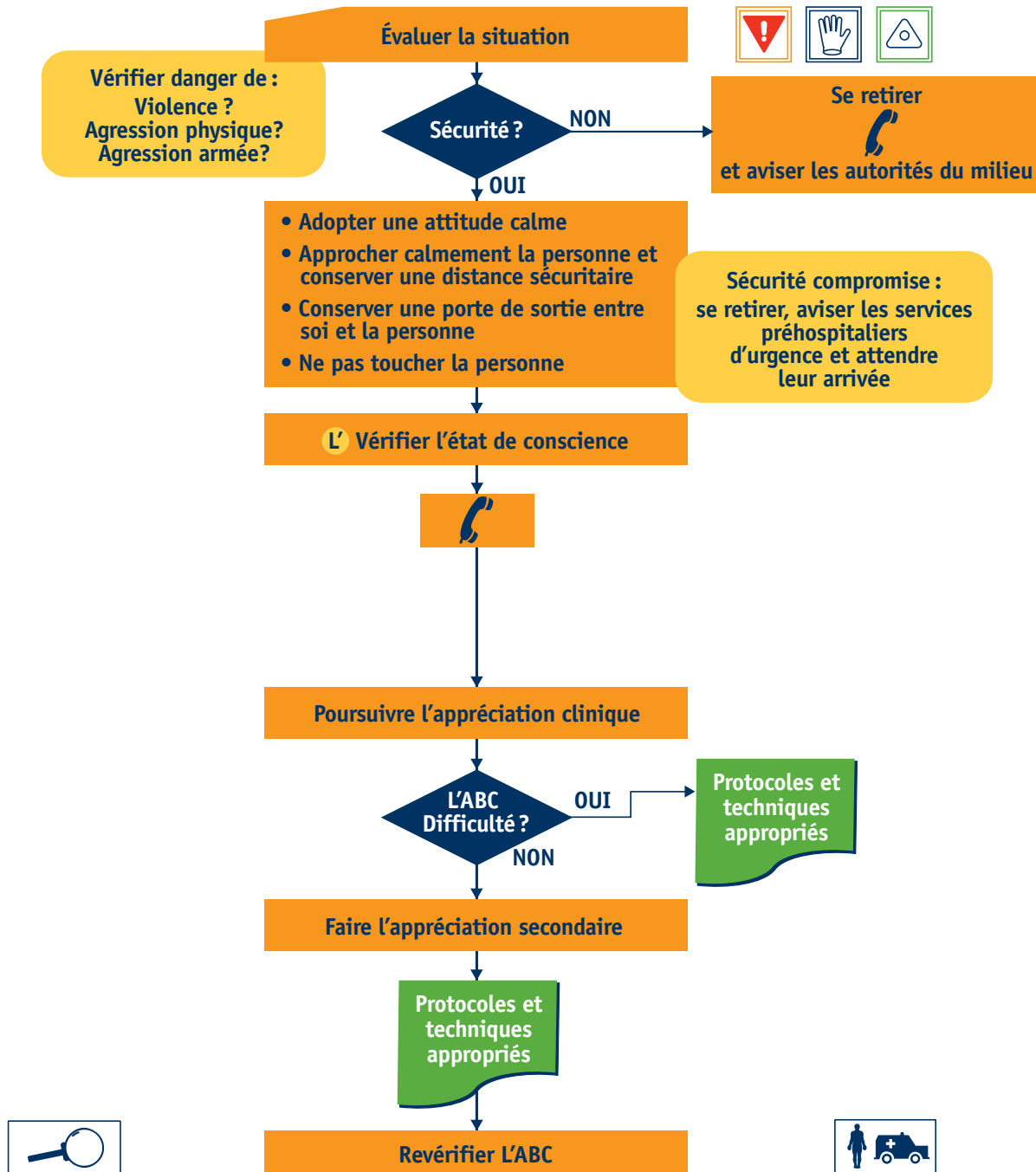


CHAPITRE 10

Problème de santé mentale



PROTOCOLE MÉDICAL 10



Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale correspond à : « un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté. »

Un problème de santé mentale nous réfère à un déséquilibre de cet état de bien-être caractérisé par des troubles de la pensée, de l'humeur ou du comportement (l'un ou l'autre ou les trois), accompagnés parfois de problèmes physiques.

Les problèmes de santé mentale sont multiples, de causes diverses et parfois plus ou moins connues, et peuvent se manifester de différentes façons.

Selon la Fondation des maladies mentales, les problèmes de santé mentale se classifient de la façon suivante (seuls les plus connus sont listés) :

- Troubles de l'humeur (dépression, troubles bipolaires) ;
- Troubles anxieux (anxiété généralisée, panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif, stress post-traumatique) ;
- Troubles psychotiques (schizophrénie) ;
- Troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ;
- Troubles de la personnalité (personnalité paranoïde, schizoïde, antisociale, limite, dépendante).

Causes

Les causes possibles liées aux problèmes de santé mentale peuvent être multiples. Il est plausible de croire que certains facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ou un amalgame des trois sont responsables de ce type de troubles.

Les facteurs biologiques peuvent correspondre à une altération de l'équilibre chimique du cerveau due à un problème de santé physique, à un traumatisme, à un état psychologique particulier comme un stress intense, à la consommation de substances, etc. **Les facteurs psychologiques** nous réfèrent à l'hérédité, au tempérament de la personne, aux traits de caractère, au type de personnalité. **Les facteurs sociaux** concernent plutôt la situation de vie (isolement, itinérance, situation financière), les conditions familiales, les conditions de travail, la situation professionnelle et l'environnement.

Spécificités

Dans certains types de problèmes de santé mentale, il est possible que la personne atteinte ne soit plus en contact avec la réalité. Elle peut percevoir et interpréter des choses à partir de données irréelles et elle peut aussi voir ou entendre des choses qui n'existent pas (hallucinations visuelles ou auditives). Dans cette situation, il est possible que la personne ne comprenne pas ou comprenne mal ce qui se passe autour d'elle, qu'elle soit méfiante et qu'elle ne collabore pas.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Les problèmes de santé mentale peuvent se manifester de différentes façons et les manifestations peuvent varier en intensité selon les personnes, le type de problème et les facteurs bio-psycho-sociaux mis en cause. Un ou plusieurs signes peuvent être présents :

- Troubles du sommeil ;
- Troubles alimentaires (perte d'appétit, boulimie, etc.) ;
- Problèmes de santé physique (nausées, vomissements, amaigrissement, etc.) ;
- Abus de substances (drogues, alcool) ;
- Difficulté à se concentrer ;
- Perte de mémoire ;
- Perte de motivation, d'intérêt ;
- Isolement ;
- Tristesse ou euphorie ;
- Anxiété ;
- Désorganisation dans le travail, la vie familiale ou face au réseau social ;
- Agressivité, colère ;
- Agitation, violence, etc.

Interventions en cas de problème de santé mentale

L'intervention en cas de problème de santé mentale comprend deux volets :

- L'intervention en cas de problème de santé mentale ne présentant pas de dangerosité ; et
- L'intervention en cas de problème de santé mentale présentant de la dangerosité.

L'intervention en cas de problème de santé mentale ne présentant pas de potentiel de dangerosité

L'intervention en cas de problème de santé mentale ne présentant pas de potentiel de dangerosité est requise lorsque le secouriste ou toute autre personne se rend compte qu'un ou une collègue de travail semble vivre des difficultés s'apparentant à un problème de santé mentale.

Le secouriste doit :

1. adopter une attitude calme, bienveillante et exempte de tout jugement.
2. rencontrer la personne seule, dans un endroit privé et calme.
3. faire part à la personne de ses inquiétudes face aux observations qui ont motivé la rencontre.
4. s'adapter au comportement de la personne, ne pas la toucher et lui indiquer qu'elle est importante pour lui, l'équipe de travail, etc.
5. la laisser par la suite diriger la rencontre et écouter ce qu'elle a à dire sans la brusquer.
6. si la personne refuse de parler, respecter son silence.
7. la rassurer et exprimer qu'on est là pour l'aider et lui demander ce qui pourrait l'aider.
8. si possible, la diriger vers des ressources d'aide ou de soins spécialisées.
9. confirmer qu'on demeure disponible pour soutien au besoin.
10. prévoir une autre rencontre dans le temps, au besoin.

L'intervention en cas de problème de santé mentale présentant de la dangerosité

L'intervention en cas de problème de santé mentale présentant de la dangerosité est requise lorsqu'une personne est ou paraît en crise et qu'elle semble avoir un besoin urgent de soins spécialisés ou que sa sécurité ou la sécurité des autres personnes est menacée.

1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger :
 - Vérifier la possibilité de violence, d'agression physique, d'agression armée.

Si la situation semble non sécuritaire :

- Se retirer dans un lieu sécuritaire et aviser l'entourage du danger réel ou potentiel (si possible) ;
- Aviser rapidement les services préhospitaliers d'urgence en précisant la nature du danger et attendre leur arrivée ;
- Aviser dès que possible les autorités du milieu.

Si la situation semble sécuritaire :

- Adopter une attitude calme, bienveillante et exempte de tout jugement ;
- Approcher prudemment la personne en conservant une distance sécuritaire ;
- Conserver une porte de sortie entre soi et la personne ;
- Ne pas toucher la personne ;
- Si la scène devient non sécuritaire, se retirer et aviser les services préhospitaliers d'urgence et attendre leur arrivée.

2.  Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Poursuivre l'appréciation clinique.
5. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
6. Rechercher les signes et les symptômes et vérifier si la personne s'est infligée des blessures, si elle a des idées suicidaires, si elle menace de s'attaquer à quelqu'un ou si elle a pris une substance quelconque.
7. Donner les soins appropriés selon les renseignements obtenus.
8. Revérifier L'ABC régulièrement.

Ressources en santé mentale

En situation d'intervention en cas de problème de santé mentale ne présentant pas de dangerosité :

- Le programme d'aide aux employés (PAE) (si possible dans le milieu) ;
- Le médecin de famille de la personne ;
- Le CLSC ou le centre de crise de la région immédiate ;
- Un service de consultation en psychologie.

En situation d'intervention en cas de problème de santé mentale présentant de la dangerosité :

- Les soins préhospitaliers d'urgence ou toute autre ressource spécialisée selon la situation (exemple : policier).

Prévention des problèmes de santé mentale au travail

La prévention des problèmes de santé mentale au travail doit être une préoccupation des employeurs et des travailleurs.

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* a comme objet l'élimination à la source des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. Pour y parvenir, l'employeur doit, avec l'aide de ses employés des différents secteurs d'activité de son entreprise ou le comité de santé et sécurité, s'il y a lieu, élaborer un programme de prévention incluant la santé mentale, et qui consiste en ces étapes :

- **Identifier** : les dangers ;
- **Corriger** : éliminer les dangers ou réduire le risque ;
- **Contrôler** : empêcher que les dangers ne reviennent.

Chaque milieu de travail devrait pouvoir ainsi mettre en place une politique ou une procédure en matière de santé mentale.

La prévention des problèmes de santé mentale au travail passe d'abord par un milieu de travail bien structuré et bien organisé, mais aussi par une culture d'entreprise saine sur le plan psychologique. Ce type de structure d'entreprise peut adopter différents modèles de gestion, dont les préoccupations principales sont axées majoritairement sur les aspects suivants :

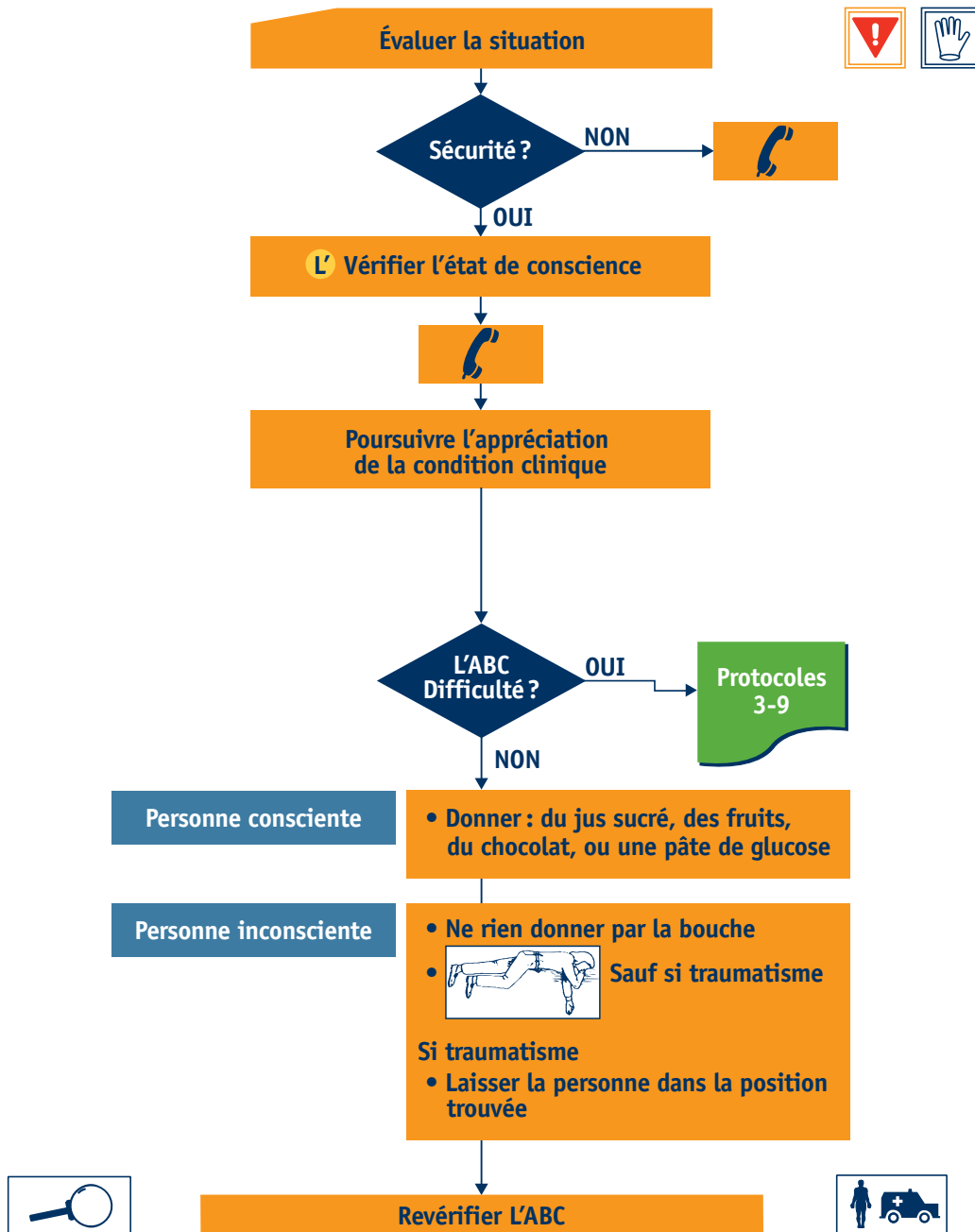
- Le respect et l'implication des employés ;
- Une gestion transparente, des descriptions de tâches et des attentes cohérentes ;
- Des possibilités de formation et de perfectionnement ;
- La participation et des possibilités de transmission ou de transfert de compétences ;
- La valorisation du travail accompli et la reconnaissance.

CHAPITRE 11

Problème diabétique



PROTOCOLE MÉDICAL 11



Le corps produit l'insuline, une hormone qui a pour rôle de contrôler le taux de sucre dans le sang. Le diabète est une maladie liée à des problèmes de sécrétion ou d'utilisation de l'insuline pouvant conduire à certains déséquilibres, dont l'hypoglycémie ou l'hyperglycémie.

- **Hypoglycémie** : Baisse du taux de sucre dans le sang, trop d'insuline ;
- **Hyperglycémie** : Augmentation du taux de sucre dans le sang, manque d'insuline.

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

Spécificités

Le cerveau est très sensible à une variation du taux de sucre dans le sang.

Lorsque la personne présente des manifestations cliniques d'une urgence diabétique liée à un excès ou à un manque de sucre dans le sang, les interventions en premiers secours doivent être rapides et efficaces. En situation d'urgence, le secouriste n'a pas à distinguer si la personne souffre d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, ce qui importe, c'est de s'assurer de procurer rapidement aux cellules du cerveau la quantité de glucose requise à leur fonctionnement. Le traitement demeure donc le même dans les deux situations (hypoglycémie ou hyperglycémie), et le protocole s'applique de la même façon.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Peau moite et pâle ;
- Tremblements ;
- Confusion ;
- Nervosité, irritabilité ;
- Sensation de faim ;
- Soif intense ;
- Transpiration ;
- Altération de l'état de conscience (de l'agitation à l'inconscience) ;
- Convulsions ;
- Nausées, vomissements.

Interventions en cas de problème diabétique

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 :
 - Lui donner du jus sucré, des fruits, du chocolat ou une pâte de glucose.Personne inconsciente :
 - Ne rien lui donner par la bouche;
 - L'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 donner du sucre à une personne qui présente des signes ou symptômes de déséquilibre diabétique.

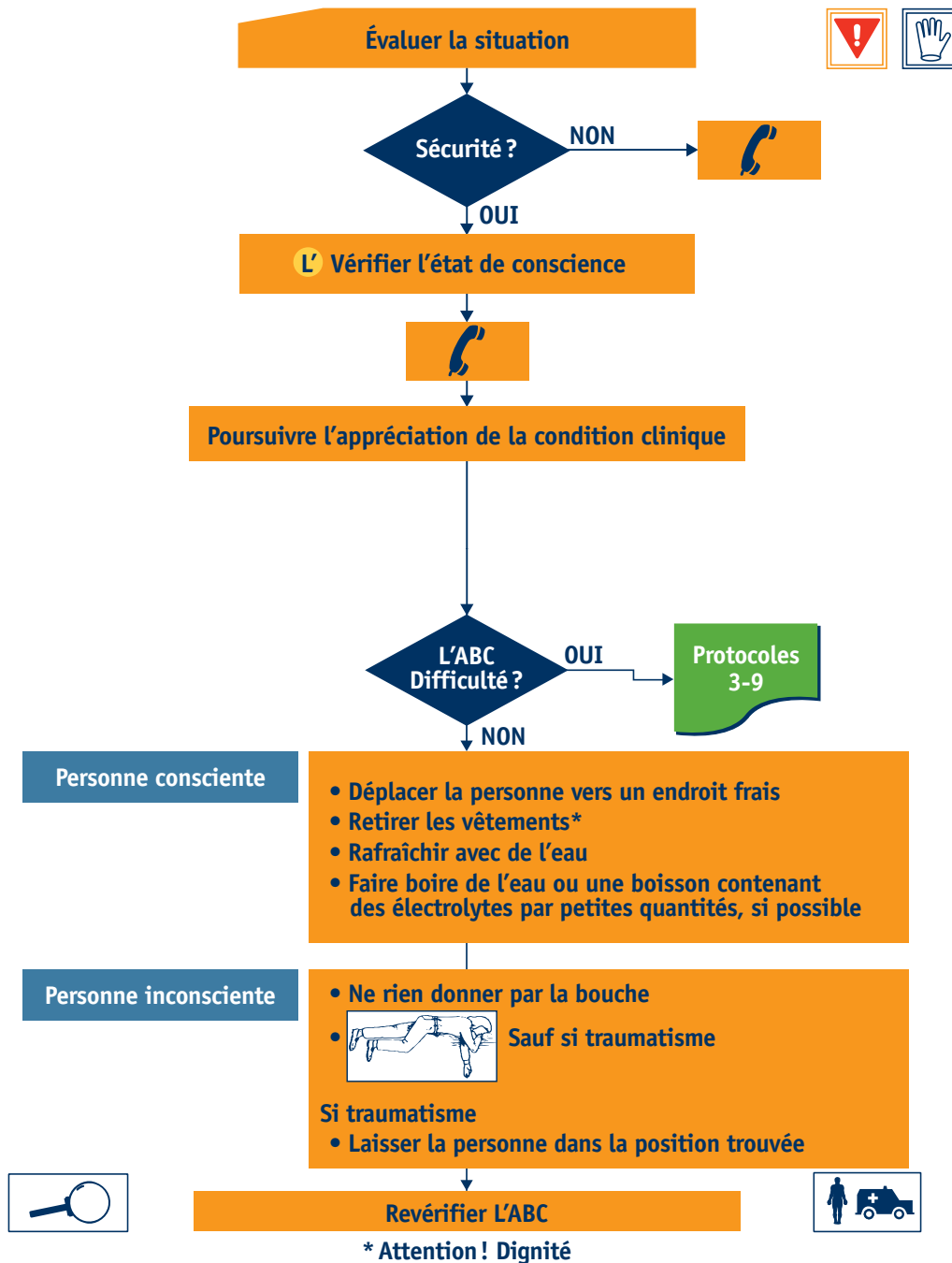
Toute personne diabétique qui éprouve un malaise devrait être dirigée vers des soins spécialisés.

CHAPITRE 12

Problème lié à la chaleur



PROTOCOLE MÉDICAL 12



Le corps humain maintient sa température constante par un mécanisme appelé « thermorégulation ». Ce mécanisme assure l'équilibre entre la perte et la production de chaleur.

Lorsque la température interne augmente, des mécanismes comme la transpiration se déclenchent. Ainsi, une augmentation de température favorise une déshydratation, et la personne peut présenter alors des crampes musculaires, un épuisement par la chaleur ou un coup de chaleur.

Spécificités

L'augmentation de la température corporelle est souvent causée par un travail physique exigeant dans un milieu très chaud et humide. L'épuisement par la chaleur et le coup de chaleur sont des problèmes de santé graves et méritent une attention particulière de la part du secouriste, puisque la mort peut survenir rapidement.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Épuisement par la chaleur

- Transpiration excessive ;
- Peau pâle, chaude et moite ;
- Respiration rapide ;
- Nausées, vomissements ;
- Altération de l'état de conscience.

Coup de chaleur

- Absence de transpiration ;
- Peau chaude et sèche ;
- Respiration rapide ;
- Altération de l'état de conscience ;
- Convulsions.

Interventions en cas de problème lié à la chaleur

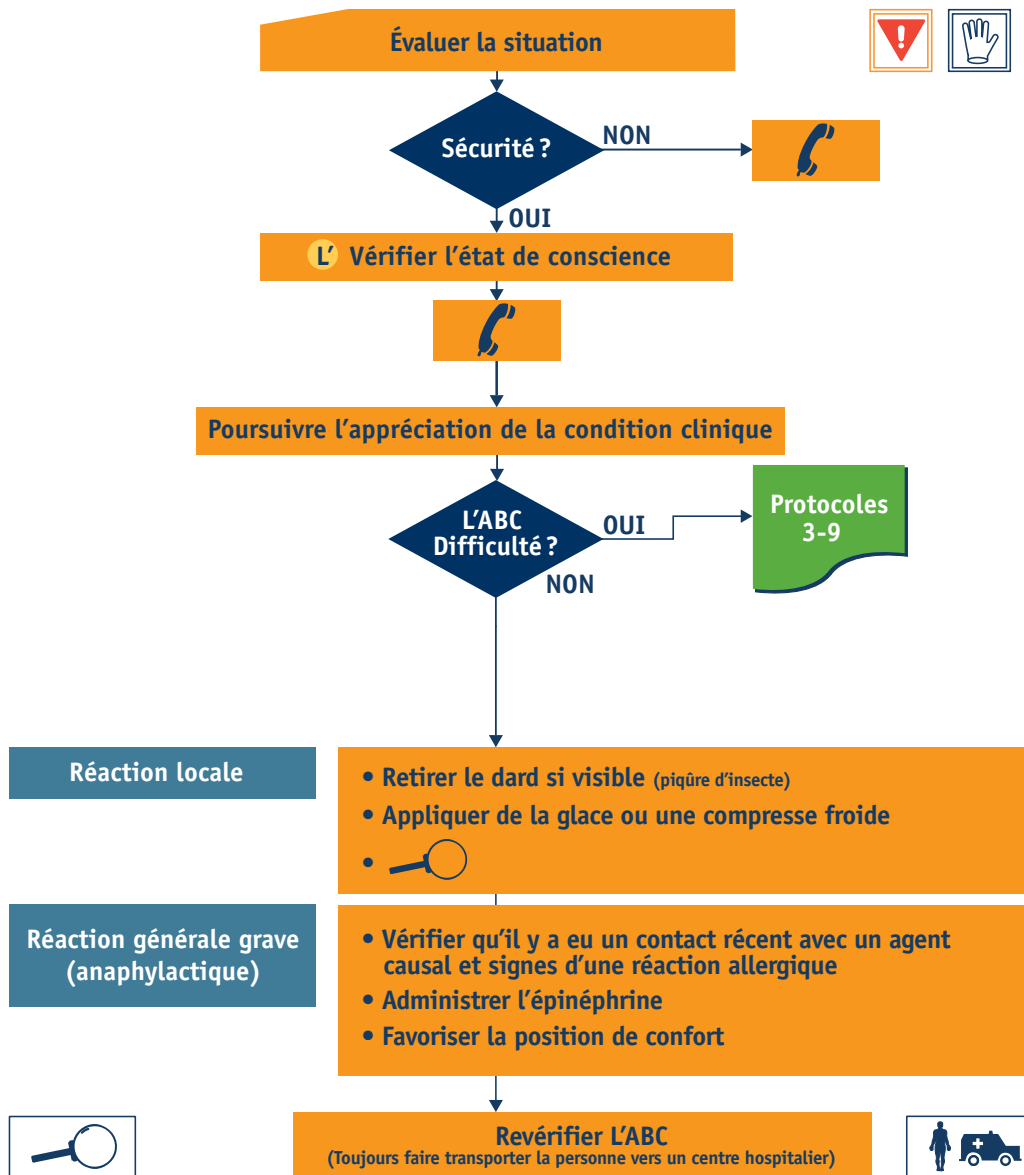
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Rechercher les signes et les symptômes.
6. Personne consciente :
 - La déplacer vers un endroit frais ;
 - Lui retirer ses vêtements ;
 - La rafraîchir avec de l'eau ;
 - Lui faire boire de l'eau ou une boisson contenant des électrolytes par petites quantités, si c'est possible.
- Personne inconsciente :
 - Ne rien lui donner par la bouche ;
 - L'installer en position latérale de sécurité (en l'absence de traumatisme).
7. Revérifier L'ABC régulièrement.

CHAPITRE 13

Réaction allergique



PROTOCOLE MÉDICAL 13



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 (annexe 6).

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.

La réaction peut être locale ou générale, plus ou moins grave, parfois même mortelle, comme le choc anaphylactique (difficulté respiratoire, altération de l'état de conscience, pâleur, pouls rapide, baisse de la tension artérielle, etc.).

Causes possibles

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

Spécificités

Les signes et les symptômes de l'allergie diffèrent selon que la réaction de l'organisme est 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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Réaction locale ou générale moins grave

- Douleur;
- Rougeurs;
- Démangeaison;
- Urticaire, eczéma;
- Enflure au site de la piqûre s'il s'agit d'une piqûre d'insecte;
- Éternuements, écoulement nasal;
- Éruptions cutanées.

Réaction générale grave de type anaphylactique

- Difficulté respiratoire ;
- Détresse respiratoire ;
- Altération de l'état de conscience ;
- État de choc (peau pâle, froide et moite, pouls rapide, respiration rapide, etc.) ;
- Nausées, vomissements, diarrhée ;
- Douleur abdominale ;
- Enflure (œdème) ;
- Rougeur ;
- Anxiété, sensation de mort imminente.

Note

Une réaction générale grave peut évoluer rapidement vers le choc anaphylactique, qui 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.  Vérifier l'état de conscience.
3. En présence de 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 piqûre 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 agent causal dans les quatre (4) heures précédentes et détresse respiratoire ou défaillance circulatoire ou deux des signes et symptômes suivants :
 - urticaire ou enflure (oedème),
 - difficulté respiratoire,
 - défaillance respiratoire (ex. : grande faiblesse),
 - problèmes gastro-intestinaux;
- Administrer l'épinéphrine prescrite.



8. En présence d'un seul intervenant : s'assurer que les services préhospitaliers sont prévenus.
9. Favoriser la position de confort.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.
11. Dans le cas d'une réaction générale grave de type anaphylactique, **toujours faire transporter la personne vers un centre hospitalier.**

Note

Situations particulières

- *Détérioration de l'état de la personne : Répéter l'administration toutes les 5 minutes;*
- *Non-amélioration : Répéter l'administration toutes les 10 minutes.*

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 : Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique (MSSS 2016) (Annexe 6).



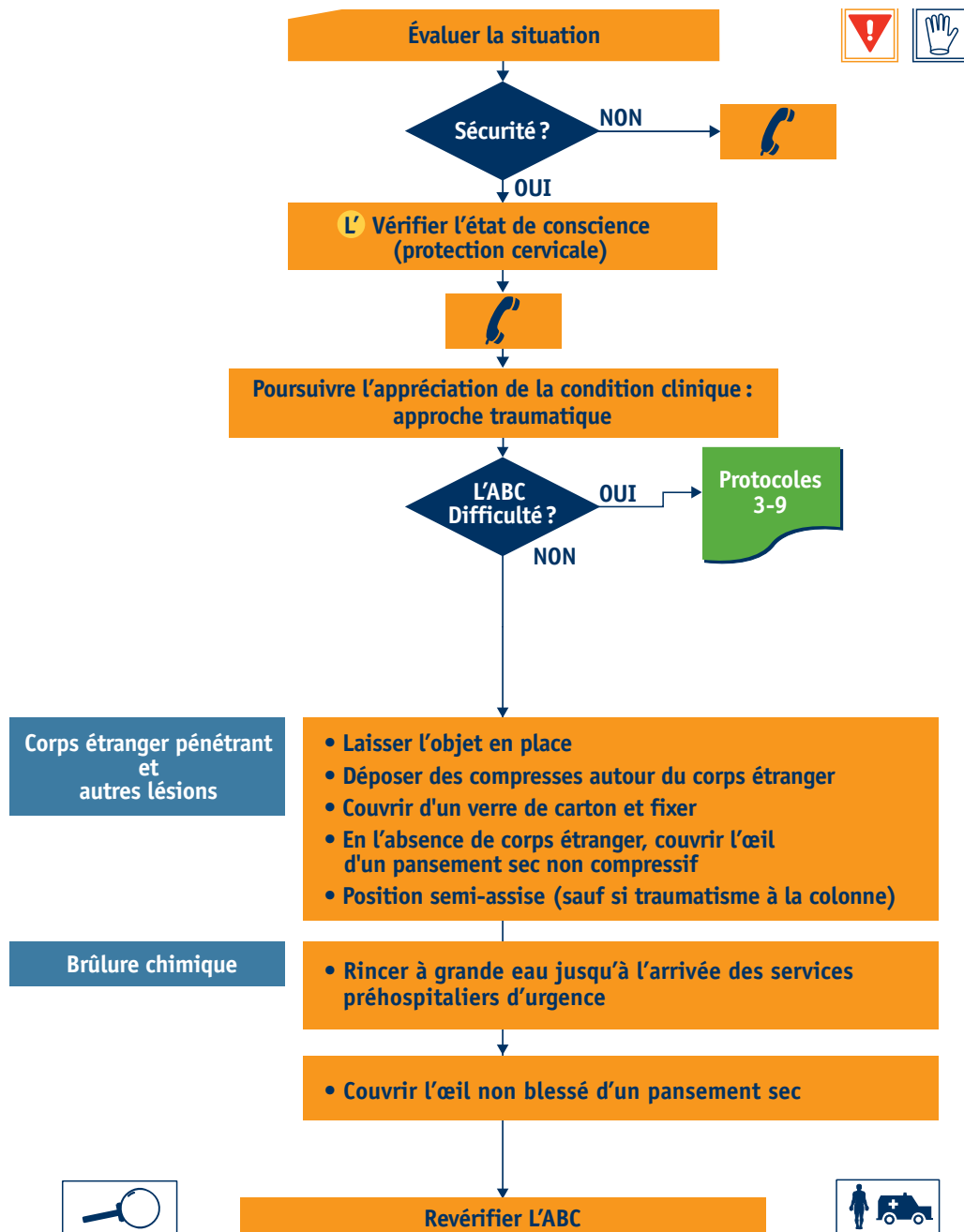
Problèmes traumatiques

CHAPITRE 14

Blessures aux yeux



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 14



L'œil est un organe délicat. Sa forme globulaire (arrondie) contenant un liquide est retenue par une enveloppe transparente, la cornée, qui laisse pénétrer la lumière. Les paupières protègent la partie antérieure de l'œil et les glandes lacrymales sécrètent des larmes qui, en plus d'humidifier la structure, facilitent l'évacuation des poussières ou des petits corps étrangers qui se déposent sur la cornée.

Les blessures aux yeux sont considérées comme des traumatismes graves, car ces organes sont fragiles et sensibles.

Spécificités

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 pour ne pas aggraver la blessure :

- Ne rien mettre dans les yeux de la personne secourue ;
- Éviter d'appliquer une pression ou un pansement compressif ;
- Ne jamais retirer un corps étranger logé sur l'œil ou dans le globe oculaire (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.

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). Dans d'autres types de lésions, la cause peut être un corps étranger qui n'a pas pénétré dans l'œil. La lésion peut être une abrasion, une déchirure, une lacération ou une irritation de l'œil ou de la paupière.

Brûlures

Brûlures chimiques

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

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

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

Interventions en cas de blessures aux yeux

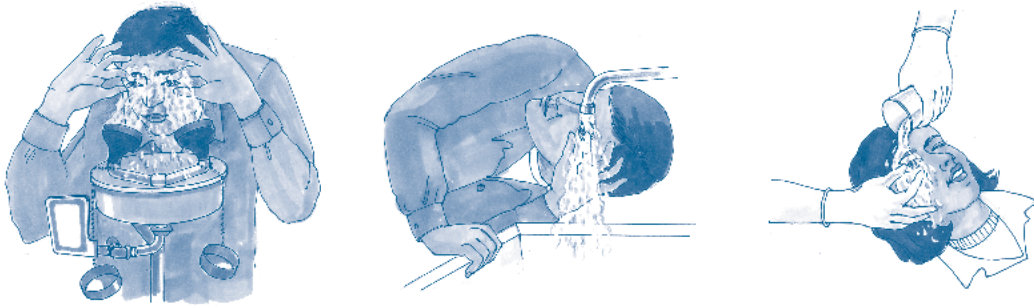
1. S'assurer que la situation ne comporte aucun danger et se protéger.
2. **L'** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
5. Corps étranger pénétrant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



- 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. Revérifier 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 secourue 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 l'œil atteint jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence ou selon les directives de la fiche de données de sécurité validée avec le Centre antipoison du Québec :
 - 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 secourue ouverts,
 - rincer abondamment toute la surface de l'œil et demander à la personne secourue de faire tourner son œil constamment ;
- Se reporter à la fiche de données de sécurité, si elle est disponible, ou à l'étiquette du produit, ou appeler le Centre antipoison, afin d'obtenir tout renseignement utile concernant le contaminant ;
- Informer les services préhospitaliers d'urgence à leur arrivée et leur remettre la fiche.

La fiche de données de sécurité 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 du Québec 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.

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 laser peuvent causer des brûlures permanentes. Les travailleurs ainsi exposés devraient toujours se protéger les yeux au moyen de lunettes ou d'écrans appropriés.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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, on doit appliquer le protocole d'appréciation de la condition clinique et prodiguer les soins suivants :

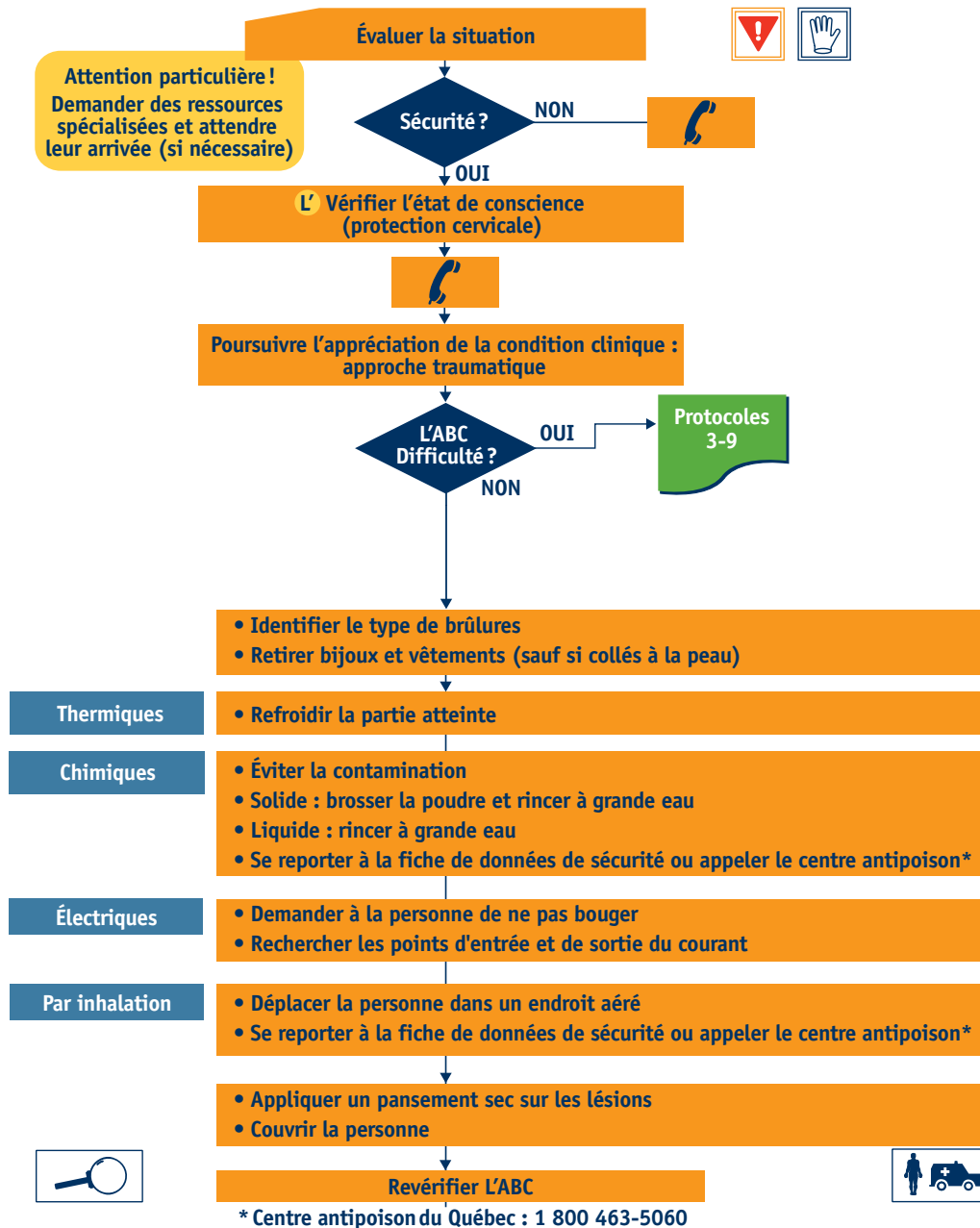
- Fermer les deux yeux de la personne secourue et les couvrir d'un pansement sec non compressif et opaque, de façon à empêcher la lumière de filtrer ;
- Empêcher la personne secourue de se frotter les yeux, pour ne pas aggraver la blessure et l'irritation de la cornée ;
- Fournir aux services préhospitaliers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

CHAPITRE 15

Brûlures



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 15



Une brûlure est une lésion de la peau et des tissus environnants ou sous-jacents causée par différents éléments.

En fonction des différentes causes possibles, le secouriste en milieu de travail peut être appelé à intervenir auprès des personnes présentant divers types de brûlures.

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 mineures en 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 secourue, 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.

Spécificités

Pour évaluer la gravité des brûlures, le secouriste doit tenir compte de trois critères :

- Le degré (profondeur) ;
- L'étendue ;
- 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 peu ou pas 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. Une brûlure dont l'étendue est supérieure à 15 % de la surface corporelle est considérée comme 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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

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

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 de la personne secourue, 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 de données de sécurité 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 ;
- Se reporter à la fiche de données de sécurité 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, pour 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.

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 secourue.

Au moment d'enlever les vêtements et les bijoux contaminés de la personne secourue, 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 de données de sécurité, l'étiquette du produit ou le centre antipoison sont des sources de renseignements utiles concernant le contaminant.

Informez les services préhospitaliers d'urgence à leur arrivée et leur remettre la fiche.

La fiche de données de sécurité est généralement accessible au travailleur dans son milieu de travail.

Ne jamais appliquer de solution neutralisante, quelle qu'elle soit, sauf sur l'avis contraire d'une personne compétente ou du centre antipoison, ou si une directive figurant sur la fiche de données de sécurité 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 appliquer aucun corps gras.

Il faut veiller à ce que les vêtements de la personne secourue 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 potentiel ou réel :

- *demander à la personne secourue de ne pas bouger;*
- *maintenir manuellement sa tête dans la position où l'on a trouvé la personne (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, pour 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 de données de sécurité ou l'étiquette du produit permettent d'obtenir des renseignements utiles. Le centre antipoison peut aussi fournir certains renseignements.

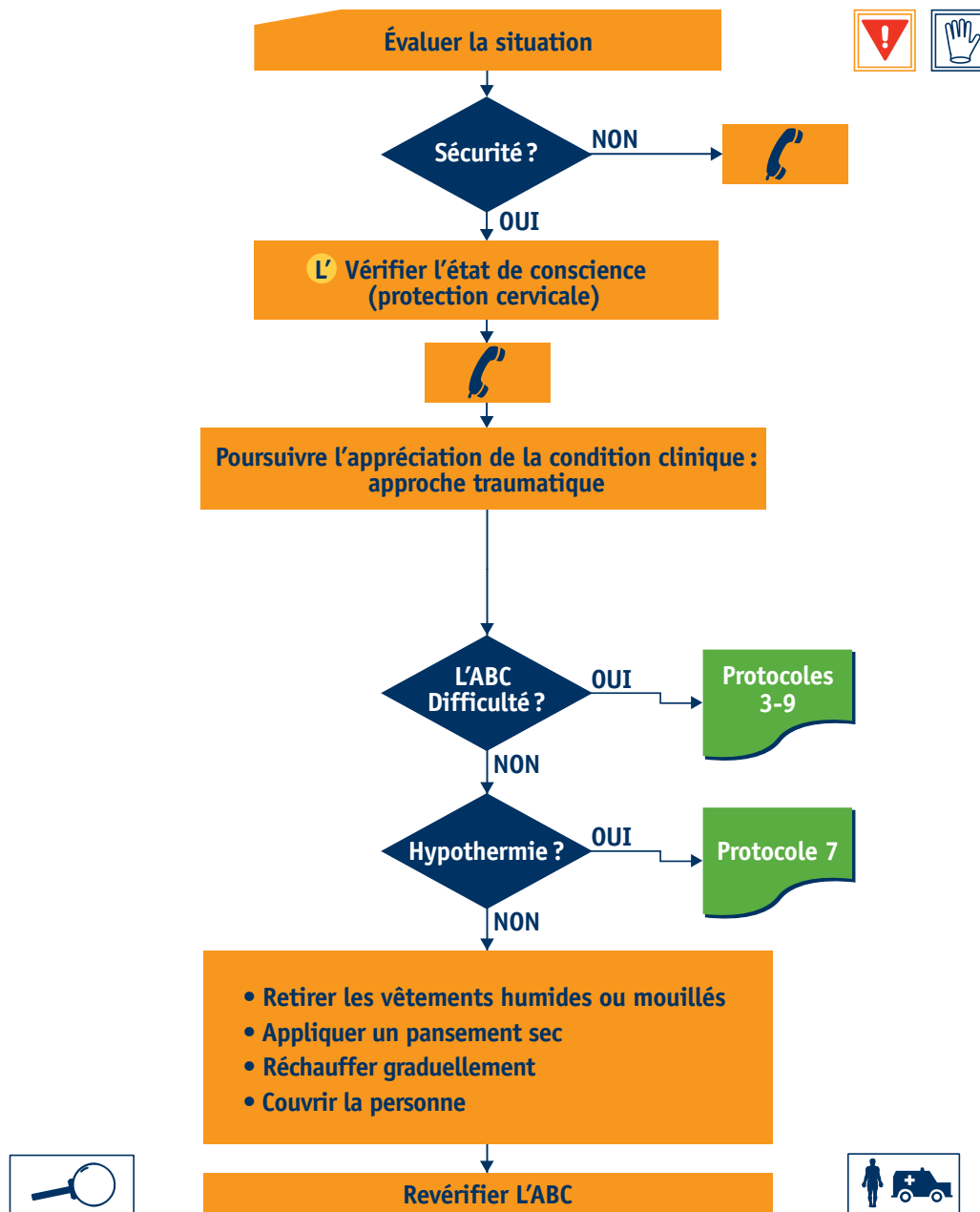
On peut joindre le Centre antipoison du Québec en composant le 1 800 463-5060.

CHAPITRE 16

Engelures



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 16



**Note : Ne pas frictionner la partie atteinte.
Ne pas enlever le givre si engelure par gaz liquide.**

Les engelures sont des lésions de la peau qui apparaissent lorsque le corps est exposé à des températures froides. L'eau constituant les cellules du corps gèle et endommage la peau, causant ainsi des engelures.

Le terme *gelure*, aussi utilisé pour désigner ce type de lésion, fait référence à des lésions plus graves.

Les régions du corps les plus souvent atteintes sont principalement :

- les oreilles ;
- le nez ;
- les joues ;
- les mains, les doigts ;
- les pieds, les orteils.

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.

Spécificités

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 (gelures) qui s'apparentent à des brûlures du troisième degré.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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) ;
- Œdème (enflure).

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, si besoin.
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 de la personne secourue.
7. Protéger l'engelure à l'aide d'un pansement sec.
8. Réchauffer graduellement, sans frictionner la partie touchée.
9. Couvrir la personne secourue.
10. Revérifier L'ABC régulièrement.

Note

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

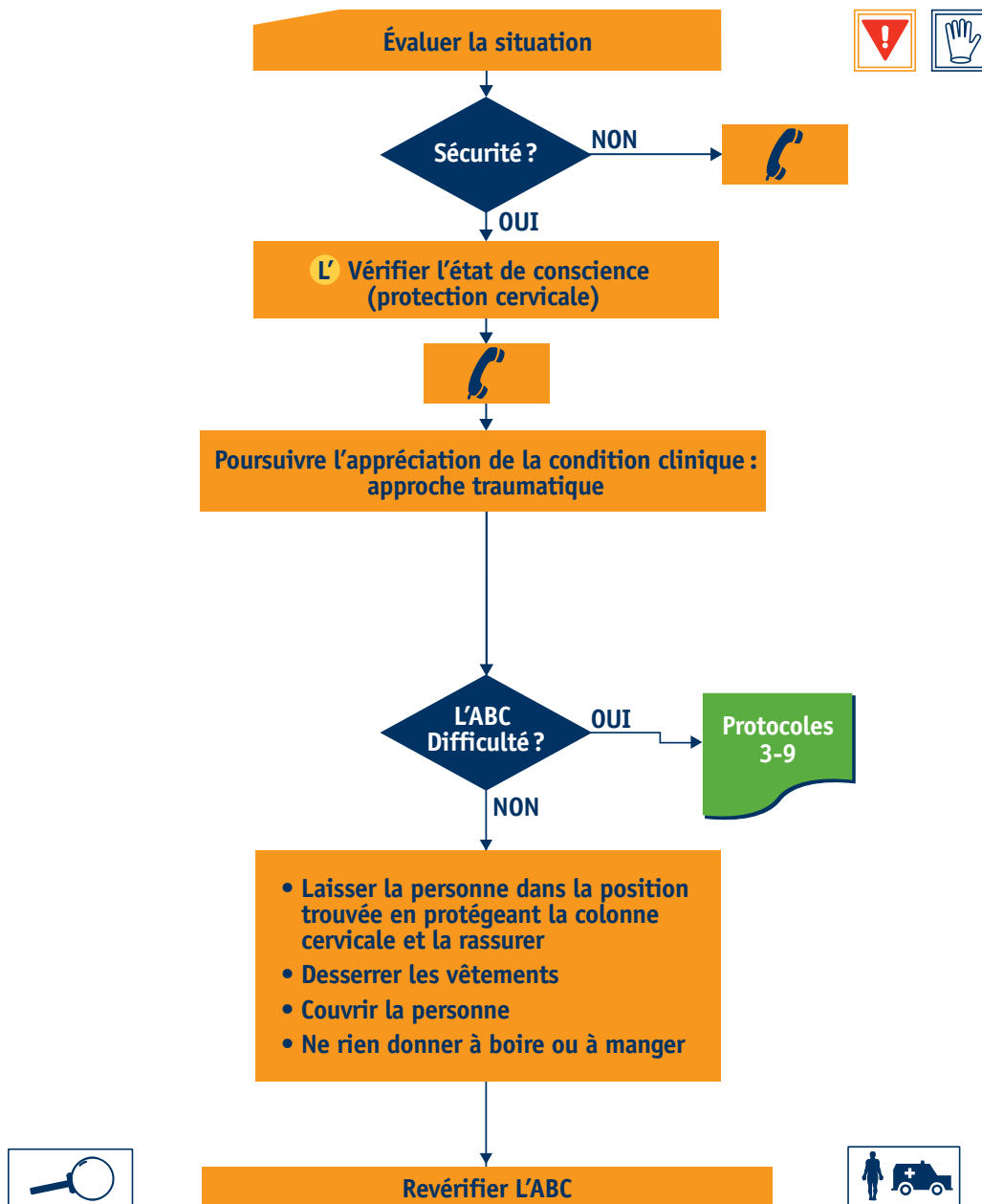
Demander à la personne secourue de s'abstenir de fumer, car la nicotine cause une diminution de la circulation sanguine.

CHAPITRE 17

État de choc



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 17



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.

Différents types de problèmes de santé peuvent entraîner un état de choc. En voici quelques exemples :

- Choc hypovolémique : causé par une perte de sang importante, soit une hémorragie interne ou externe ;
- Choc cardiogénique : causé par un problème cardiaque ;
- Choc neurogénique : causé par une atteinte du système nerveux ;
- Choc anaphylactique : causé par une réaction allergique.

Les signes et les symptômes à observer ainsi que les interventions en premiers secours sont semblables, peu importe le type de choc.

Spécificités

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 (voir le chapitre « Hémorragie »). 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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Anxiété, faiblesse, somnolence ;
- Peau pâle, froide et moite ;
- Respiration rapide et superficielle ;
- Pouls rapide et faible ;
- Nausées, vomissements ;
- Soif intense ;
- Agitation, confusion ;
- 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 secourue dans la position où on l'a trouvée en protégeant sa colonne cervicale et la rassurer.
7. Desserrer ses vêtements.
8. Couvrir la personne secourue.
9. 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 secourue.

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

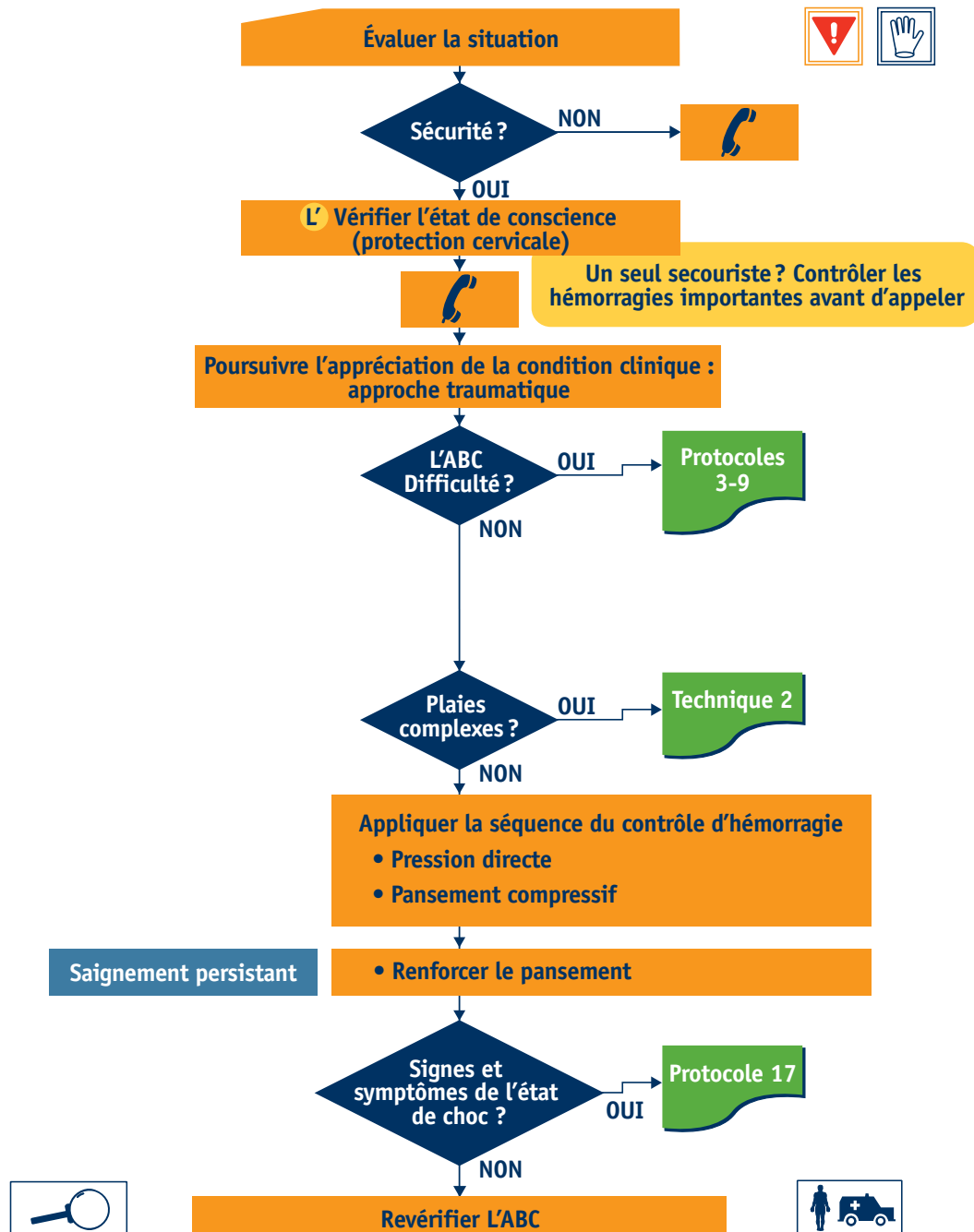
La position latérale de sécurité n'est pas indiquée dans une situation traumatique, en raison des risques de blessures à la colonne vertébrale.

CHAPITRE 18

Hémorragie



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 18



Le sang joue un rôle important en apportant les éléments nutritifs et l'oxygène aux cellules de l'organisme.

Une hémorragie est un saignement abondant causé par la rupture d'un vaisseau sanguin. Elle peut être artérielle, veineuse ou mixte, externe ou interne. La principale conséquence de l'hémorragie est l'état de choc (choc hypovolémique) en raison de la diminution du volume sanguin.

Spécificités

L'hémorragie artérielle et l'hémorragie veineuse présentent certaines caractéristiques distinctives :

Hémorragie artérielle :

- Sang rouge clair ;
- Sang propulsé au rythme des battements du cœur ;
- Hémorragie plus difficile à contrôler.

Hémorragie veineuse :

- Sang rouge foncé ;
- Écoulement continu ;
- Hémorragie plus fréquente, car les veines sont plus à la surface de la peau que les artères.

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.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Plaie ouverte avec écoulement sanguin ;
- Signes et symptômes de l'état de choc (anxiété, faiblesse, somnolence, peau pâle, froide et moite, respiration rapide et superficielle, pouls rapide et faible, nausées, vomissements, soif intense, agitation, confusion, altération de l'état de conscience).

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 les signes de circulation, sous la plaie, coloration, chaleur, sensation d'engourdissement afin de s'assurer que la plaie n'entrave pas la circulation sanguine. En présence d'un problème circulatoire, aviser rapidement les soins préhospitaliers d'urgence.

Note

En présence d'un membre sectionné (amputation), d'une plaie ouverte au thorax ou à l'abdomen (éviscération) ou d'une plaie avec un corps étranger, voir la technique 2 : « Interventions en cas de plaies complexes ». Ces types de plaies exigent un traitement spécifique.

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 secourue. Si possible, 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 tension.

Pour s'assurer que ni la blessure, ni le pansement n'entravent 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.  Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale si besoin.
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 ;
 - 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 17).
8. 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 secourue, 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 3 : « 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 encore 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 tout d'abord considérer les caractéristiques de l'accident et rechercher les signes et les symptômes particuliers.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Difficulté respiratoire ;
- Vomissements 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 (anxiété, faiblesse, somnolence, peau pâle, froide et moite, respiration rapide et superficielle, pouls rapide et faible, nausées, vomissements, soif intense, agitation, confusion, altération de l'état de conscience).

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 17 : « État de choc »).

Note

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

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. Lui pincer le nez, juste en bas de la partie osseuse, ou demander à la personne secourue de le faire elle-même (sauf si traumatique).



5. Comprimer pendant au moins 10 minutes, plus longtemps au besoin, pour permettre la formation d'un caillot.
6. Demander à la personne de ne pas se moucher, pour ne pas déloger les caillots lorsque le saignement est arrêté.
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

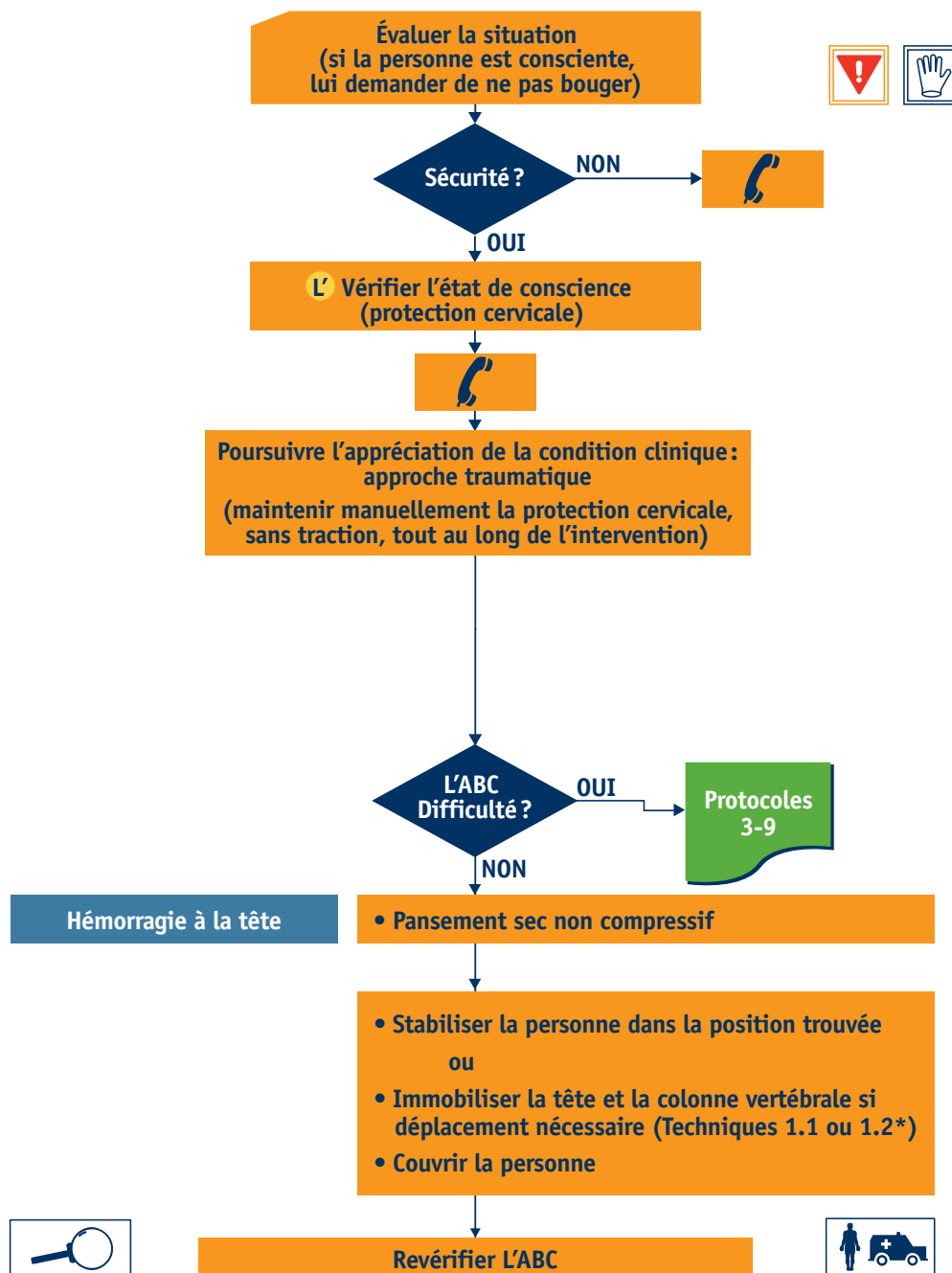
Une fracture du crâne peut provoquer un écoulement de sang par le nez ou par les oreilles.

CHAPITRE 19

Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 19



* Formation complémentaire spécifique du secouriste.

Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

Les traumatismes à la tête et au visage sont habituellement des blessures sérieuses qui peuvent entraîner des lésions dans la région cervicale (cou) ou dans la région dorsale (dos). Pour cette raison, les interventions concernant ces blessures sont souvent similaires à celles applicables à un traumatisme à la colonne vertébrale.

Les signes et les symptômes des traumatismes à la tête et à la colonne 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 ces types de blessures, 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.

Traumatismes à la tête

Les traumatismes à la tête doivent toujours être considérés comme graves, car le risque de séquelles physiques ou mentales sont importants.

Ils peuvent être de différents types :

- Lacération du cuir chevelu : Blessure ouverte avec saignement habituellement important ;
- Commotion cérébrale : Déplacement avec ou sans frottement du cerveau sous les os du crâne ;
- Fracture du crâne : Choc important provoquant une fracture de la structure osseuse pouvant provoquer des lésions plus ou moins graves au cerveau (commotion) ou des hématomes (saignement).

Les signes et les symptômes varient selon le type de traumatisme ou leur gravité. Ils peuvent être accompagné d'une perte de conscience (traumatisme grave) ou survenir sans perte de conscience.

Note

La commotion cérébrale est le traumatisme le plus fréquent. En raison de la complexité des signes qui y sont associés, le secouriste doit inciter la personne à cesser toutes ses activités (travail ou autres) et à consulter un médecin pour être évaluée et recevoir les soins requis sans tarder.

La commotion cérébrale peut se manifester par les signes et les symptômes suivants :

- Étourdissements, vertiges, troubles d'équilibre ;
- Vision trouble ;
- Perte de mémoire passagère ;
- Maux de tête, bourdonnements dans les oreilles ;
- Somnolence ;
- Nausées, vomissements ;
- Agitation.

Traumatismes à la colonne vertébrale

Les régions cervicale et lombaire sont les plus vulnérables aux traumatismes. Lors d'un accident, des fractures, des luxations ou des entorses peuvent se produire. Le secouriste doit procéder, lors de ses interventions, comme s'il s'agissait d'une fracture.

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 secourue 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, avec ou sans signes et symptômes de traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale :

- Blessure traumatique (chute, impact direct ou indirect, etc.);
- Blessure au-dessus des clavicules, au cou, à la tête ou au visage.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents) des traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

- Douleur avouée ou ressentie à la palpation à la tête ou à la colonne vertébrale;
- Œdème (enflure) le long de la colonne vertébrale;
- 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;
- Perte ou diminution de sensibilité ou de motricité 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. **L** Vérifier l'état de conscience en maintenant une protection cervicale. Si la personne est consciente, lui demander de ne pas bouger.
3. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
4. Maintenir manuellement la protection cervicale (sans exercer de traction) tout au long de l'intervention.
5. Contrôler tous les problèmes trouvés dans L'ABC.
6. En cas d'hémorragie grave à la tête, appliquer un pansement sec non compressif.
7. Rechercher les signes et les symptômes.
8. Stabiliser la personne dans la position trouvée ou l'immobiliser sur une planche dorsale ou un matelas immobilisateur, si un déplacement est nécessaire (consulter les techniques 1.1 ou 1.2).
9. Couvrir la personne.
10. Révérifier L'ABC régulièrement.

Note

Les signes et symptômes peuvent être inexistants au début de l'intervention, puis 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 tête et à la colonne vertébrale.

Si le secouriste a noté un problème dans L'ABC, il doit, tout en assurant manuellement une protection cervicale, coucher la personne secourue au sol, sur le dos. S'il doit la tourner ou la déplacer, il doit exécuter sa manœuvre 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 secourue 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, de façon à limiter les mouvements qui pourraient aggraver son état. Consulter les techniques 1.1 et 1.2, « Immobilisation de la tête et de la colonne ».

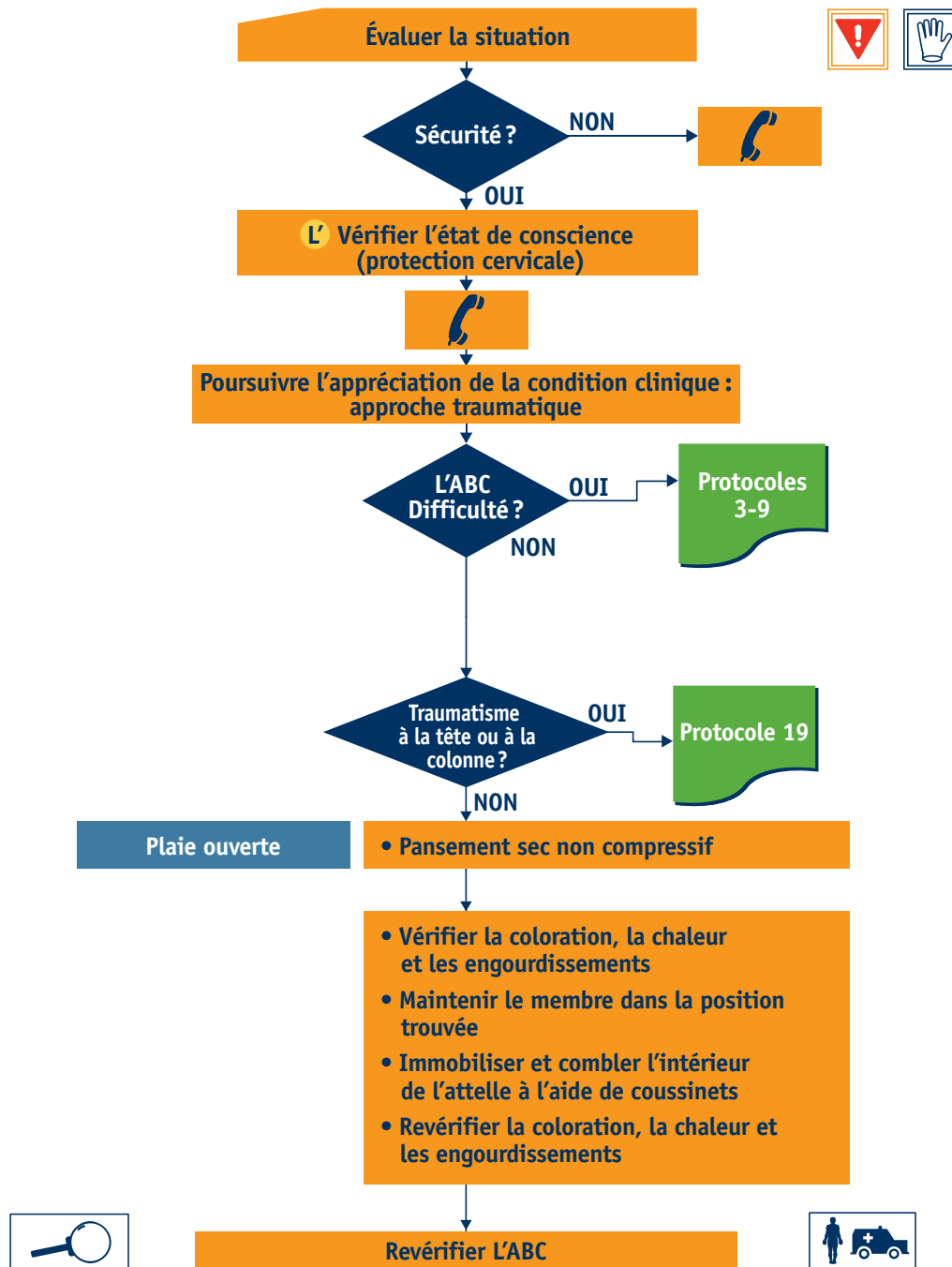
Le secouriste doit avoir suivi une formation complémentaire particulière pour l'application de cette technique.

CHAPITRE 20

Traumatismes aux extrémités



PROTOCOLE TRAUMATIQUE 20



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

Les traumatismes aux extrémités sont fréquents en milieu de travail et différentes structures peuvent être endommagées :

- Muscles (claquage de muscle, élongation musculaire) ;
- Articulations (entorse, luxation) ;
- Os (fracture ouverte, fracture fermée).

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.



Les interventions lors de blessures aux extrémités ont pour but de :

- minimiser les dommages aux nerfs, aux ligaments, aux muscles et aux vaisseaux sanguins ;
- diminuer la douleur au site de la blessure ;
- prévenir l'aggravation de la blessure lors du transport.

Spécificités

Le secouriste doit considérer toute blessure à un membre comme étant une fracture et il doit l'immobiliser sur place.

Le traitement par le froid (application de glace) est souhaitable lorsque c'est possible. Cependant, son application ne devrait pas excéder plus de 20 minutes et se faire avec une barrière de protection de manière à ne pas causer de dommages supplémentaires à la peau.

Si le membre touché est bleuâtre ou extrêmement pâle, le secouriste doit immédiatement en aviser les services préhospitaliers d'urgence.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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 considérer qu'il est en présence d'une fracture. Tous les traumatismes aux extrémités doivent être traités avec précaution, car une mauvaise manipulation peut entraîner de graves conséquences. Une fracture peut entraîner des lésions des vaisseaux, des nerfs et des tissus sous-jacents. De plus, une 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, pour éviter toute mobilisation qui risquerait d'aggraver la blessure.

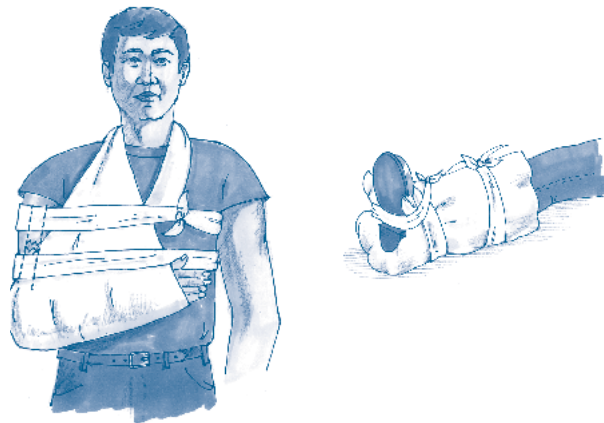
S'il est nécessaire de déplacer la personne, le secouriste doit immobiliser complètement le membre avant le déplacement, de manière à diminuer la douleur et à éviter l'aggravation de la blessure.

La coloration, la chaleur et les sensations d'engourdissement sous la blessure 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, pour ainsi 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, si besoin.
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 19 « Traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale ». Le secouriste doit normalement maintenir le membre dans la position trouvée en le soutenant au-dessus et 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 les articulations 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

TECHNIQUE

Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale



TECHNIQUES MANUELLES DE DÉPLACEMENT

S'assurer que la personne ne présente pas de risque de traumatismes à la tête ou à la colonne



Utiliser l'une des techniques suivantes :

- Marche assistée
- Transport sur le dos
- Chaise à quatre mains
- Transport sous les aisselles

Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

Les lieux inaccessibles aux services préhospitaliers d'urgence et une évacuation d'urgence de la personne secourue (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 en ce qui concerne ces déplacements, car un déplacement mal effectué peut aggraver l'état de la personne.

Dans une situation de déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale, 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 tête et à la colonne vertébrale. Chez les personnes traumatisées, les manœuvres de déplacement mentionnées précédemment ne sont pas indiquées. Les personnes victimes d'un traumatisme avec risque de blessure à la colonne doivent être mobilisées d'un seul bloc et immobilisées sur une planche dorsale ou un matelas immobilisateur avant d'être déplacées.

Marche assistée

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

Pour appliquer cette technique :

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



Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

Transport sur le dos

On doit recourir à cette technique uniquement si le déplacement 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 secourue et placer les bras de cette dernière par-dessus ses propres épaules, afin de pouvoir lui tenir les poignets ;

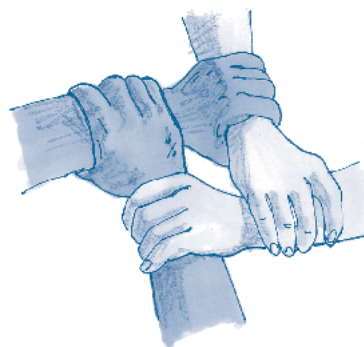


3. il doit se pencher vers l'avant et soulever la personne suffisamment pour que ses pieds ne touchent plus le sol.

Chaise à quatre mains

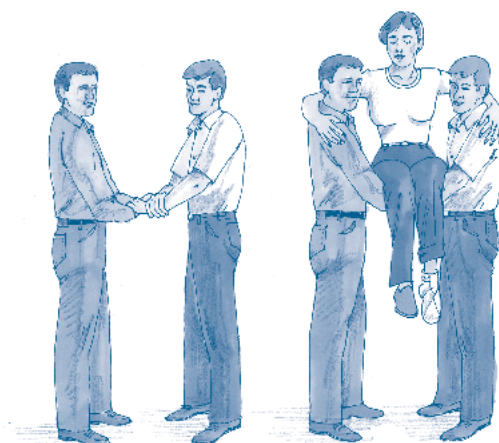
On peut recourir à cette technique pour le déplacement sur une courte distance et pour une personne légèrement blessée. Cette technique exige la présence de deux secouristes. Pour utiliser cette technique :

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



Déplacement d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

2. demander à la personne secourue 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 déplacer 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 d'une personne ne présentant pas de risque de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

2. un secouriste 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 déplacent la personne lentement.



TECHNIQUE 1

Immobilisation de la tête et de la colonne vertébrale : Déplacement d'une personne présentant des risques de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale



TECHNIQUE 1.1 : PLANCHE DORSALE LONGUE

**Demander à la personne de ne pas bouger
Maintenir manuellement la tête en position neutre
sans faire de traction**



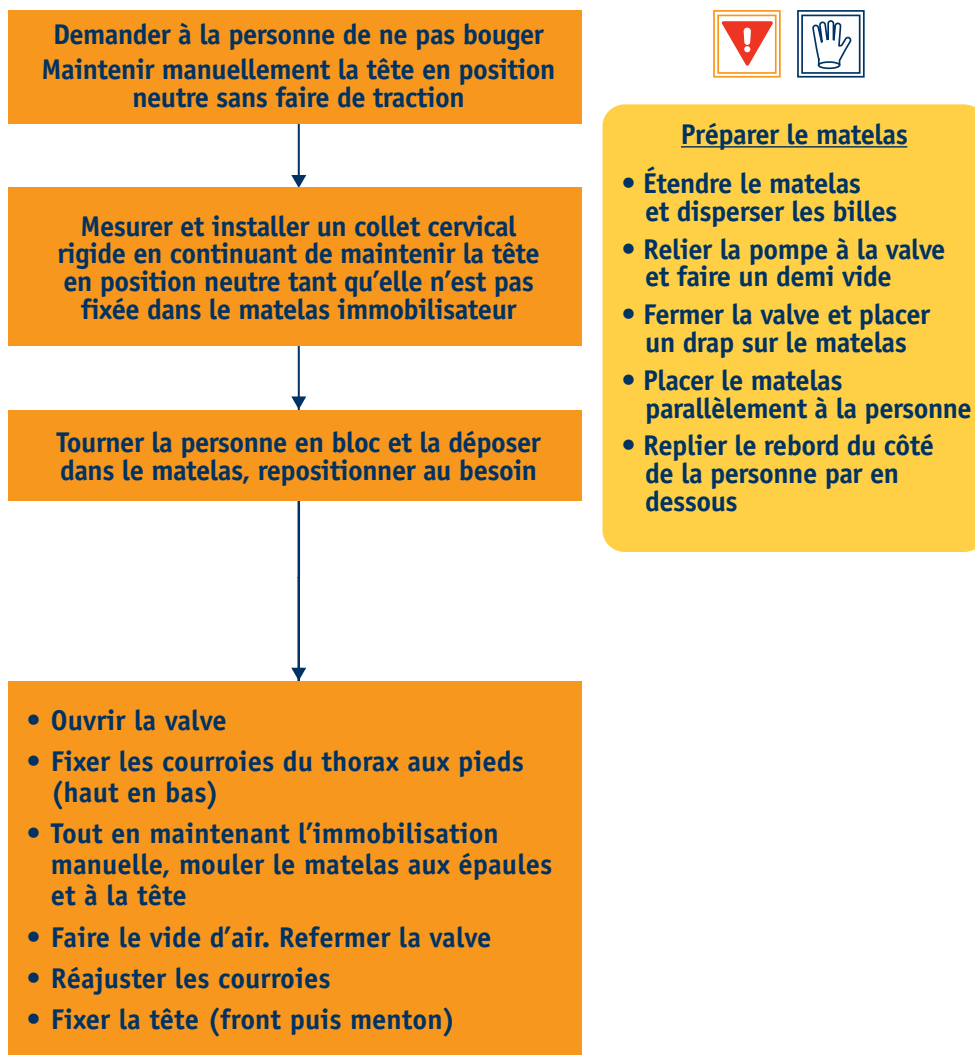
**Mesurer et installer un collet cervical rigide
en continuant de maintenir la tête en position
neutre tant qu'elle n'est pas fixée sur
la planche dorsale**

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

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

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

TECHNIQUE 1.2 : MATELAS IMMOBILISATEUR



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

Déplacement d'une personne présentant des risques de traumatismes à la tête et 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 spécifique.

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 formé doit immobiliser les personnes chez qui il soupçonne un traumatisme à la tête ou à la colonne vertébrale.

Le déplacement et le transfert d'une personne blessée exigent beaucoup de précautions. Dans toutes les phases d'exécution de cette technique, la tête et le cou de la personne secourue doivent être maintenus en position neutre, dans l'axe du tronc. L'application technique et la coordination de l'équipe doivent être parfaites, afin de ne pas aggraver les blessures réelles ou possibles de la personne secourue.

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

Le collet cervical rigide 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.

Note

La position neutre de la tête fait référence au maintien de la tête et du cou dans le même axe que le tronc. Lorsqu'un secouriste formé applique cette technique, au moment de placer la tête de la personne blessée dans l'axe du tronc, s'il constate :

- 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.

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

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

Technique 1.1 : Immobilisation sur une planche dorsale

L'exécution de cette technique exige la présence de 2 secouristes.

1. Demander à la personne de ne pas bouger et maintenir manuellement la tête de la personne secourue en position neutre sans faire de traction.



2. Mesurer et installer un collet cervical rigide en continuant de maintenir la tête de la personne secourue 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. Immobiliser la personne sur la planche :
 - Immobiliser le thorax à l'aide de deux courroies en « X » ;
 - Immobiliser les hanches à l'aide d'une courroie ;
 - Immobiliser la tête de la personne secourue en utilisant le matériel approprié (éviter les sacs de sable) ;
 - Immobiliser les pieds de la personne secourue à l'aide d'une courroie en « 8 », sans faire de traction.



Déplacement d'une personne présentant des risques de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

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 ; le secouriste 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.

Technique 1.2 : Immobilisation dans un matelas immobilisateur

L'exécution de cette technique exige la présence de 2 secouristes.

1. Demander à la personne de ne pas bouger et maintenir manuellement la tête de la personne secourue en position neutre, sans faire de traction.
2. Mesurer et installer un collet cervical rigide en continuant à maintenir la tête de la personne secourue en position neutre tant qu'elle n'est pas fixée à l'aide du matelas immobilisateur.
3. Préparer le matelas :
 - Étendre le matelas par terre et disperser les billes de façon uniforme ;
 - Relier la pompe à la valve et faire un demi-vide (normalement 2-3 coups de pompe) ;
 - Fermer la valve ;
 - Placer un drap sur le matelas.
4. En maintenant la tête alignée avec le corps, tourner la personne en bloc vers soi.
5. Placer le matelas immobilisateur parallèlement à la personne en prenant soin de replier par en dessous le rebord du côté de la personne. (Garder le matelas immobilisateur complètement au sol, éviter de soulever le matelas pour l'adosser à la personne).
6. Déposer doucement la personne dans le matelas immobilisateur et la repositionner latéralement au besoin.
7. Ouvrir la valve.
8. Fixer les courroies du matelas immobilisateur en commençant par la partie supérieure du thorax et en terminant par les pieds (de haut en bas). Au besoin, placer une couverture entre les jambes de la personne pour remplir l'espace vide.
9. Mouler le matelas immobilisateur aux épaules et à la tête, tout en maintenant l'immobilisation manuelle de celle-ci (replier les rebords du matelas vers l'extérieur).

Déplacement d'une personne présentant des risques de traumatismes à la tête et à la colonne vertébrale

10. Faire le vide d'air à l'aide de la pompe;

- La forme des billes doit être visible à la surface du matelas ou avoir une complète rigidité de la surface;
- Refermer la valve.

11. Réajuster les courroies de façon à ne pas nuire à la respiration de la personne.

12. Fixer la tête avec du ruban adhésif en commençant par le front et en terminant par le menton.

Note

Le déplacement doit se faire à l'aide des poignées latérales.

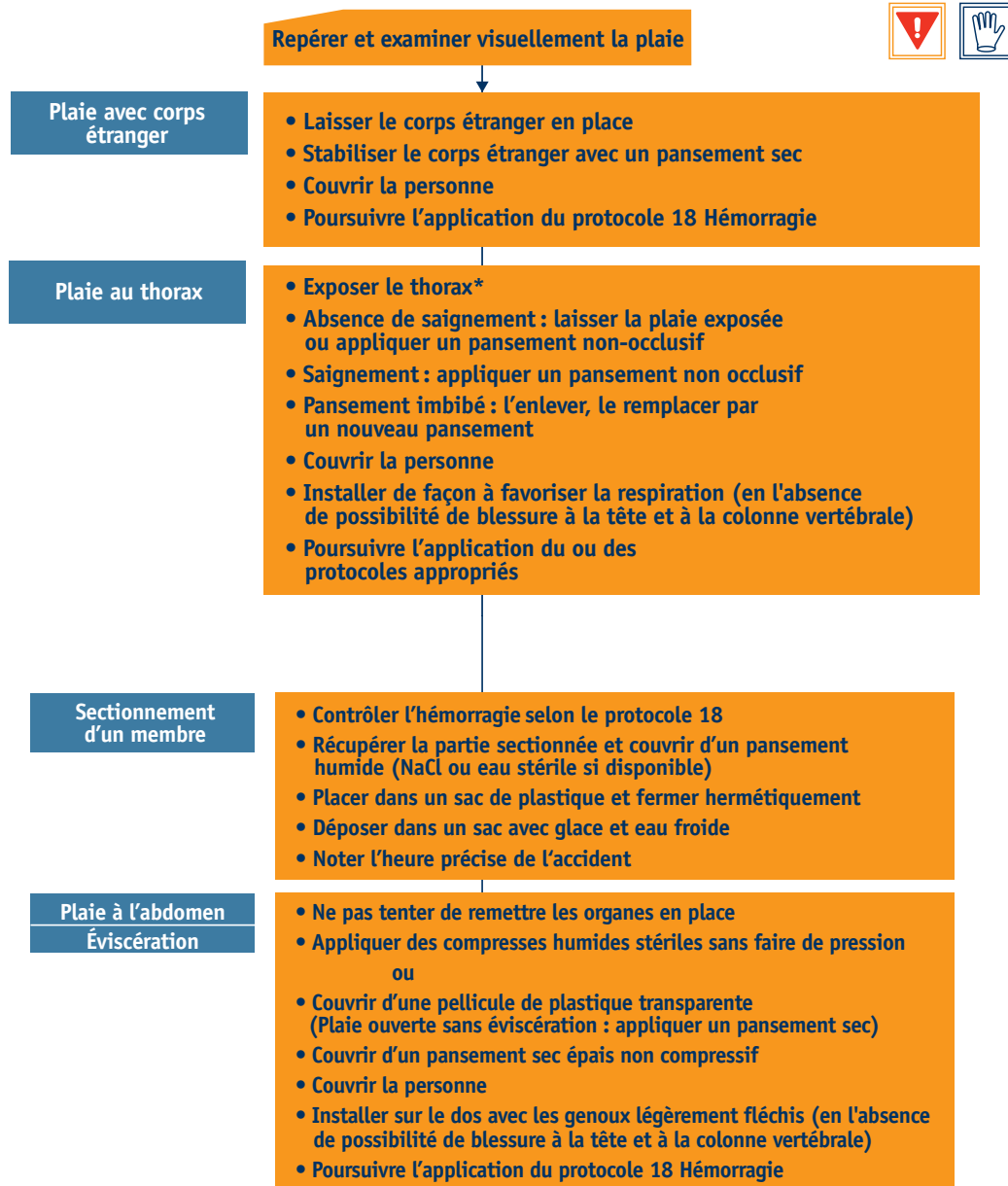
Ne pas transporter en tenant le matelas par ses extrémités (tête-pieds).

TECHNIQUE 2

Interventions en cas de plaies complexes



TECHNIQUE 2



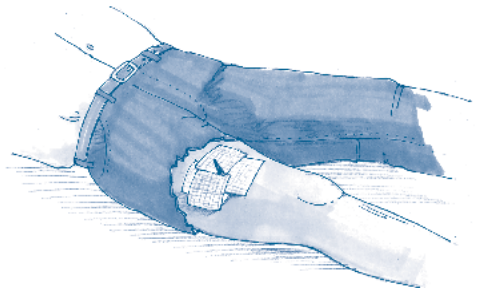
Note : Si possibilité de blessure à la colonne vertébrale, garder la personne en position dorsale. Éviter les déplacements. * Attention ! Dignité et hypothermie

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 secourue 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 corps étranger, les plaies au thorax, celles qui sont consécutives au sectionnement d'un membre et les plaies à l'abdomen exigent cependant un traitement particulier.

Plaie avec corps étranger

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



3. Couvrir la personne secourue.
4. Poursuivre l'application du protocole 18 : « 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 compresse, afin de l'empêcher de bouger;
- fixer les compresse 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* (* **Attention ! Dignité et hypothermie**).
2. Si possible, laisser la plaie au thorax exposée pour permettre à l'air de s'échapper de la cavité thoracique.
3. En présence d'une plaie ouverte au thorax avec perte de sang significative, appliquer un pansement non occlusif sur la plaie. Si le pansement devient imbibé, l'enlever et le remplacer par un nouveau pansement.
4. Couvrir la personne secourue.
5. Installer la personne secourue de façon à favoriser sa respiration, en l'absence de traumatisme.
6. Poursuivre l'application du ou des protocoles appropriés.

Note

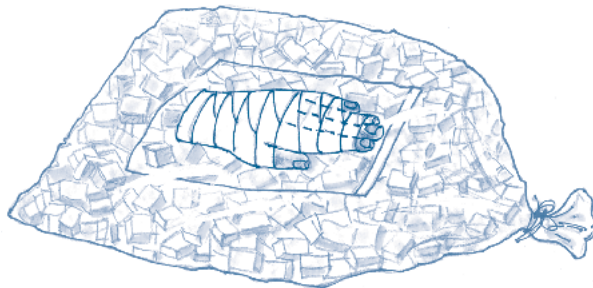
En cas de traumatisme au thorax ou lorsque la personne secourue ressent une douleur ou éprouve de la difficulté à respirer en raison de sa blessure, le thorax doit être exposé. L'exposition du thorax permet de déceler la présence d'une plaie, d'évaluer le type de plaie et d'y apposer le plus rapidement possible le pansement approprié.

Pour favoriser la respiration, la personne secourue doit être installée soit en position assise, soit en position latérale de sécurité, du même côté que la blessure, sauf s'il existe une possibilité de blessure à la tête et à la colonne vertébrale; dans cette situation, 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 le membre.

1. Contrôler l'hémorragie : consulter le protocole 18 « Hémorragie ».
2. Récupérer la partie sectionnée et la couvrir d'un pansement humide (NaCl ou eau stérile si elle est 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

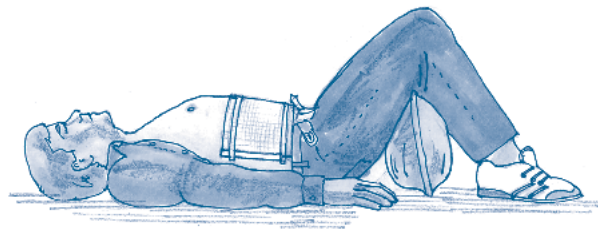
Remettre la partie sectionnée à l'équipe des soins préhospitaliers d'urgence en précisant le temps écoulé depuis le sectionnement.

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 sans appliquer de pression ou couvrir d'une pellicule de plastique transparente (plaie ouverte sans éviscération : appliquer un pansement sec) ;
3. couvrir d'un pansement sec épais non compressif ;
4. couvrir la personne secourue ;
5. installer la personne secourue sur le dos avec les genoux légèrement fléchis (en l'absence de traumatisme ou de possibilité de blessure à la tête ou à la colonne vertébrale) ;



6. Poursuivre l'application du protocole 18 : « Hémorragie ».

Note

En cas de traumatisme et 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 (* **Attention ! Dignité et hypothermie**). 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 secourue 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 tête et 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 secourue.

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 par l'entreprise. 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 afin de permettre une continuité de soins adéquats.

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.
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 ; 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*



L'utilisation de cette méthode
exige une formation
complémentaire spécifique



INDICATIONS
Situations exceptionnelles et extrêmement graves
(nombre de victimes élevé)
(nombre de secouristes insuffisant)

OBJECTIFS
Évaluer rapidement toutes les victimes
Prioriser les interventions

PROCÉDURE
Les victimes sont priorisées
selon un code de couleur

Victime
qui ne respire pas
et qui a peu
de chances
de survie

Victime
dont la vie est
en danger et
qui a des chances
de survie

Victime
incapable
de marcher et
qui peut tolérer
une attente
minimale

Victime
qui peut marcher
et tolérer
une attente
prolongée

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 des 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 possibles 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.

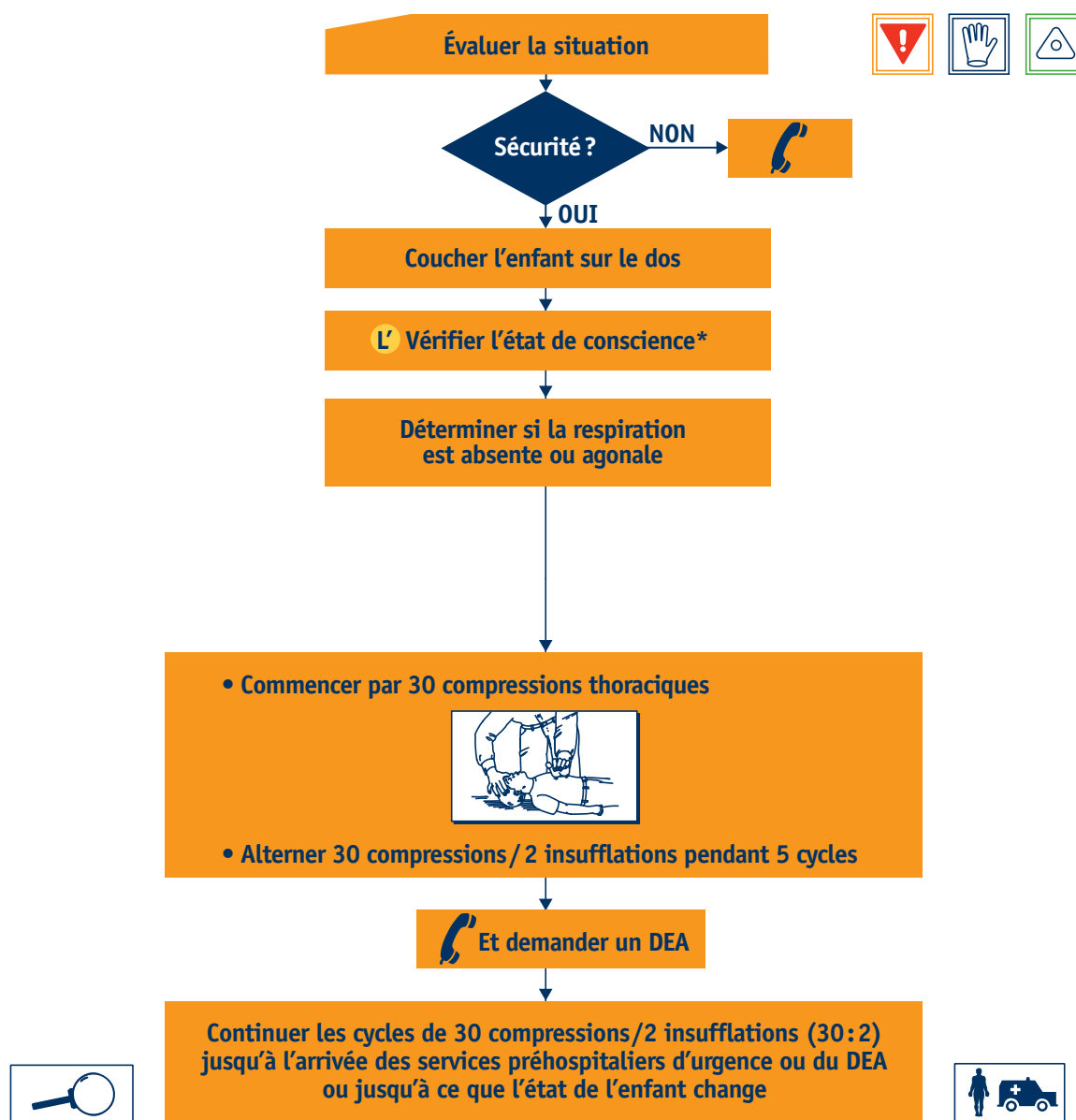
ANNEXE 2

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

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



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



* Si l'enfant est inconscient, demander de l'aide à voix haute – demander qu'on appelle le 911 et qu'on obtienne un DEA.

* En possession d'un téléphone cellulaire, appeler le 911 en mode haut-parleur.

Note : Installer le DEA dès que possible.

Compressions thoraciques avec les 2 mains ou 1 seule main à un rythme de 100-120/minute.

Insufflation 1 seconde/chaque.

Oxygène si disponible (formation complémentaire spécifique).

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

Spécificités

Appel à l'aide

Si l'enfant est inconscient, demander de l'aide à voix haute et demander qu'on appelle le 911 et qu'on obtienne un DEA.

En possession d'un téléphone cellulaire, appeler le 911 en mode haut-parleur.

Dans une situation où le secouriste est seul et sans cellulaire, il doit effectuer 5 cycles (30 compressions – 2 ventilations) avant d'appeler.

RCR de haute qualité

- Effectuer les compressions thoraciques à un rythme de 100-120/minute;
- Placer les 2 mains ou une seule main pour les enfants très jeunes sur la moitié inférieure du sternum et effectuer les compressions thoraciques à une profondeur d'environ 5 cm (2 po);
- Permettre la relaxation complète de la cage thoracique après chaque compression;
- Éviter autant que possible les interruptions pendant les compressions (si besoin, limiter les interruptions à moins de 10 secondes);
- Ventiler en effectuant 2 insufflations après un cycle de 30 compressions. Compter pas moins d'une seconde par insufflation (insufflation lente). Chaque insufflation doit entraîner un soulèvement de la cage thoracique;
- Éviter la ventilation excessive.

Arrêt respiratoire

Si l'arrêt est seulement respiratoire, pratiquer la respiration artificielle, avec une insufflation toutes les 3 à 5 secondes, soit 12 à 20/minute.

Causes

L'obstruction des voies respiratoires est l'une des principales causes d'un arrêt cardiaque chez l'enfant. D'autres causes comme un problème cardiaque, une noyade, une intoxication ou un traumatisme peuvent aussi provoquer un arrêt cardiaque.

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

Arrêt cardiorespiratoire (DEA)

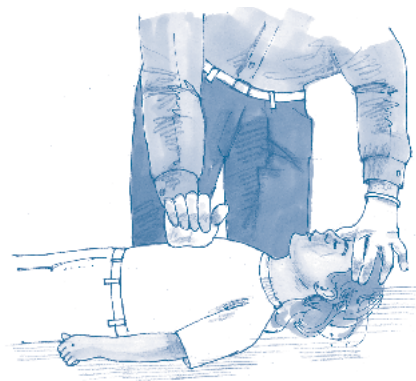
La séquence appliquée pour la réanimation cardiorespiratoire est conforme aux lignes directrices de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. La séquence utilisée est celle de la formation « grand public ». Les techniques de réanimation cardiorespiratoire doivent être adaptées à la taille de l'enfant.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Inconscience ;
- Absence de respiration ;
- Mouvements respiratoires inefficaces (respiration agonale) ;
- 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 sur une surface ferme et plane.
3. **L** Vérifier l'état de conscience et demander de l'aide à haute voix.
4. Déterminer si la respiration est absente ou agonale.
5. **C** Dénuder le thorax de l'enfant et commencer 30 compressions thoraciques, au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum, avec les 2 mains ou une seule main à un rythme de 100-120/minute.



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

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

7. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde/chacune), assez pour que la cage thoracique de l'enfant se soulève.



8. Alternier 30 compressions/2 insufflations (30 : 2) pendant 5 cycles.
9. Appeler les services préhospitaliers d'urgence si cela n'a pas été fait et obtenir un DEA.
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 : Oxygène si disponible (formation complémentaire spécifique).

Note

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, pour 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.

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

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

1. Ouvrir l'étui et mettre le DEA en fonction.
2. Choisir les électrodes appropriées, détacher la membrane protectrice et les placer correctement selon les diagrammes figurant sur les électrodes.
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 réanimation cardiorespiratoire par des compressions thoraciques.
6. Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations (30 : 2) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence, la demande d'une deuxième analyse ou le changement de l'état de l'enfant.

Note

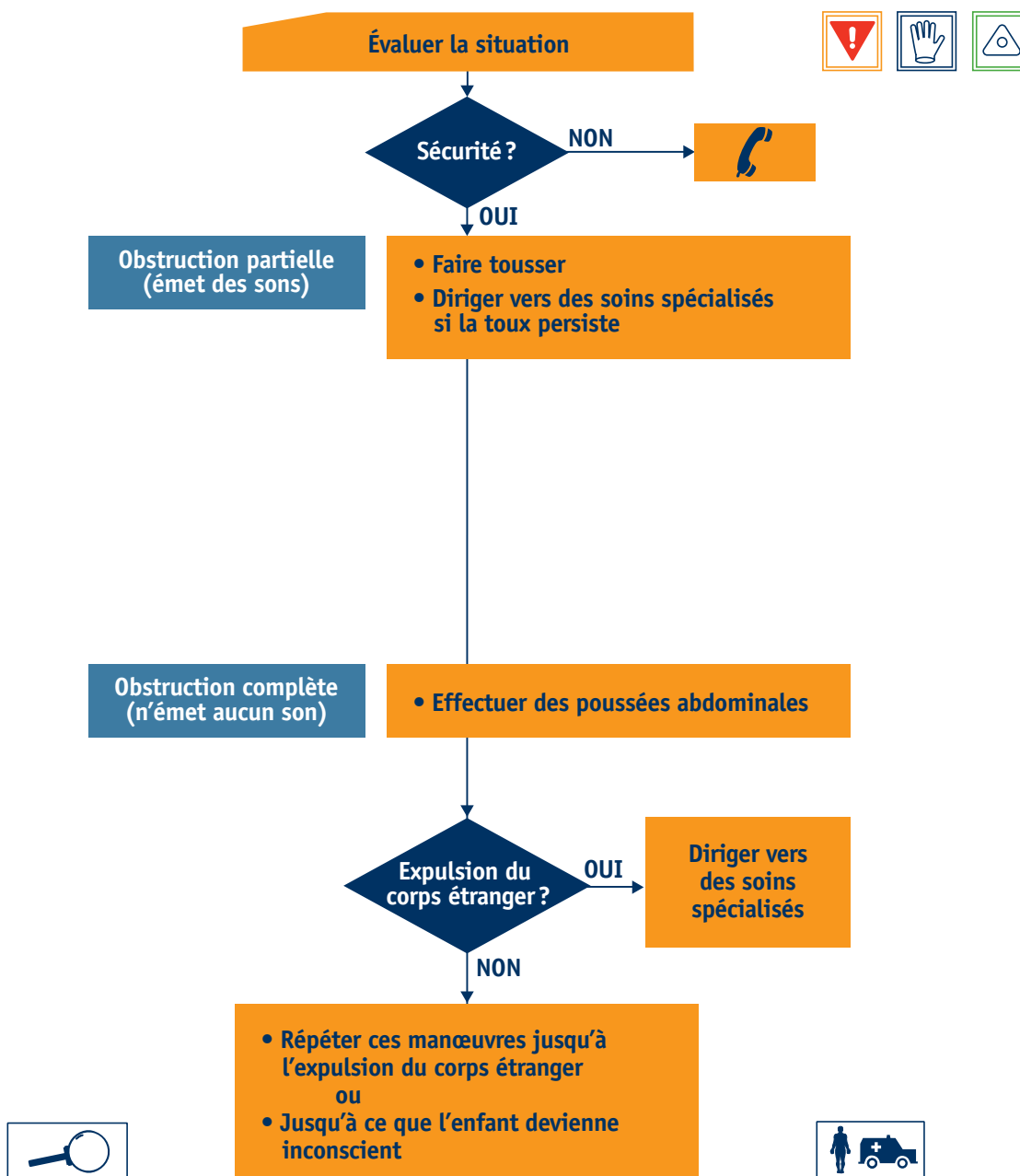
Utiliser des électrodes pédiatriques.

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

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

Synthèse de la RCR chez l'enfant	
Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou respiration agonale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence après 5 cycles de 30 compressions et 2 ventilations si le secouriste est seul.
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 d'exécution des compressions	Avec 1 main ou 2 mains
Rythme des compressions	100-120 compressions/minute
Profondeur des compressions	Environ 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 en 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 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 ÂGÉ ENTRE UN (1) AN ET L'ÂGE DE LA PUBERTÉ – CONSCIENT



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant âgé 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'une obstruction respiratoire et d'intervenir rapidement.

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

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Selon le type d'obstruction	Signes et symptômes
Obstruction partielle	• Toux • Bruits respiratoires anormaux (sons aigus, sifflement) • Difficulté à parler et à respirer • Visage rouge foncé • Panique
Obstruction complète	• Incapacité à parler et à 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 :
 - encourager l'enfant à tousser tant qu'il y a de bons échanges gazeux.

Obstruction complète :

- informer l'enfant que vous pouvez l'aider et exercer des poussées abdominales, chaque poussée doit constituer un mouvement distinct.



Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant âgé 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. Il peut être nécessaire d'effectuer plusieurs poussées.

Note

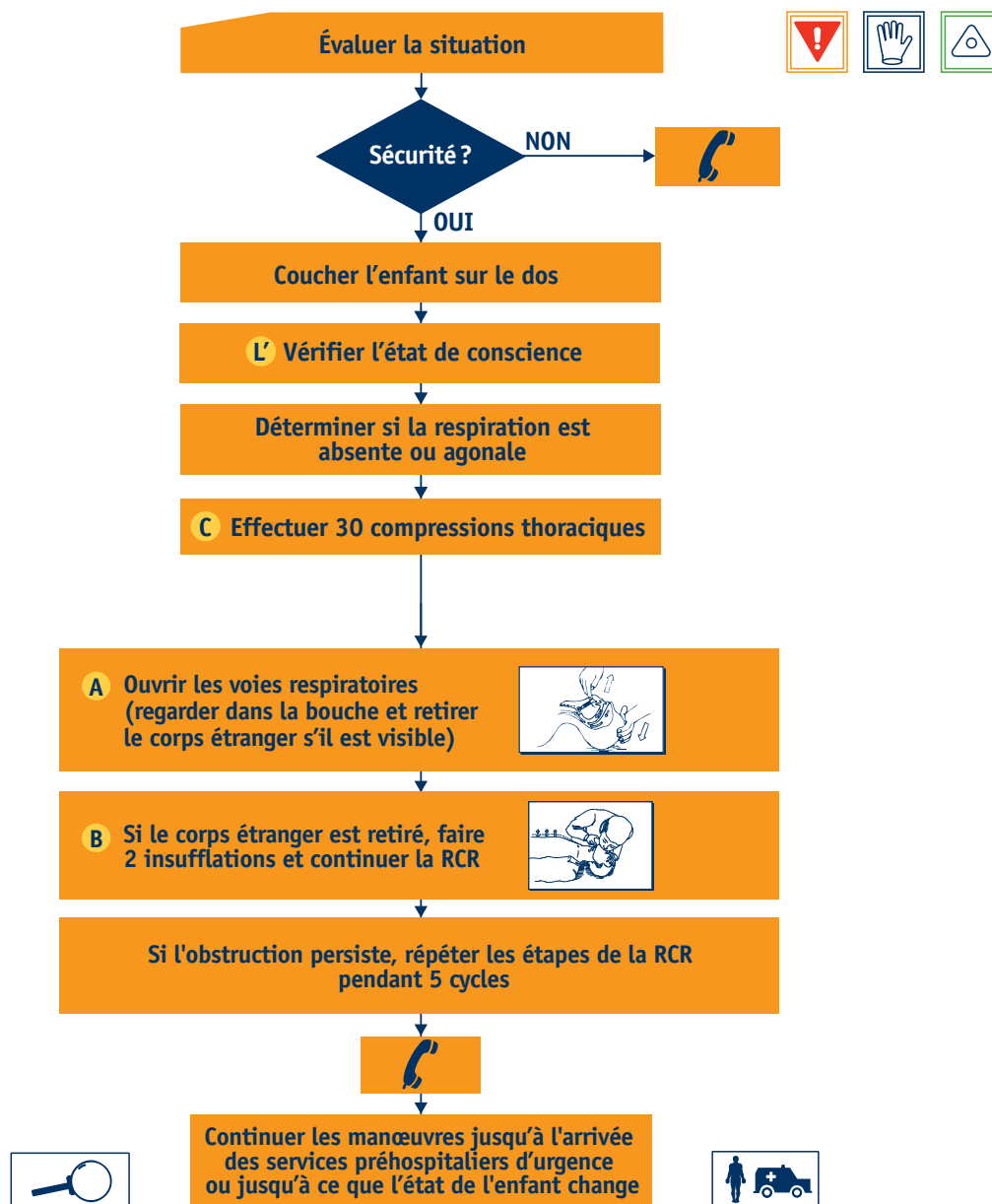
Ne rien donner à boire ou à manger à l'enfant.

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

Les tapes dans le dos, peuvent être une alternative aux poussées abdominales ou thoraciques. L'application de l'une ou l'autre de ces techniques ou une application conjointe est acceptable.

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 ÂGÉ ENTRE UN (1) AN ET L'ÂGE DE LA PUBERTÉ – INCONSCIENT



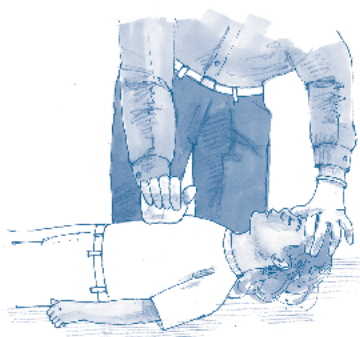
Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : enfant âgé entre un (1) an et l'âge de la puberté

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- 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 sur une surface ferme et plane.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si la respiration est absente ou agonale.
5. **C** Effectuer 30 compressions thoraciques en plaçant les 2 mains ou une seule main au centre du thorax, sur la moitié inférieure du sternum.



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

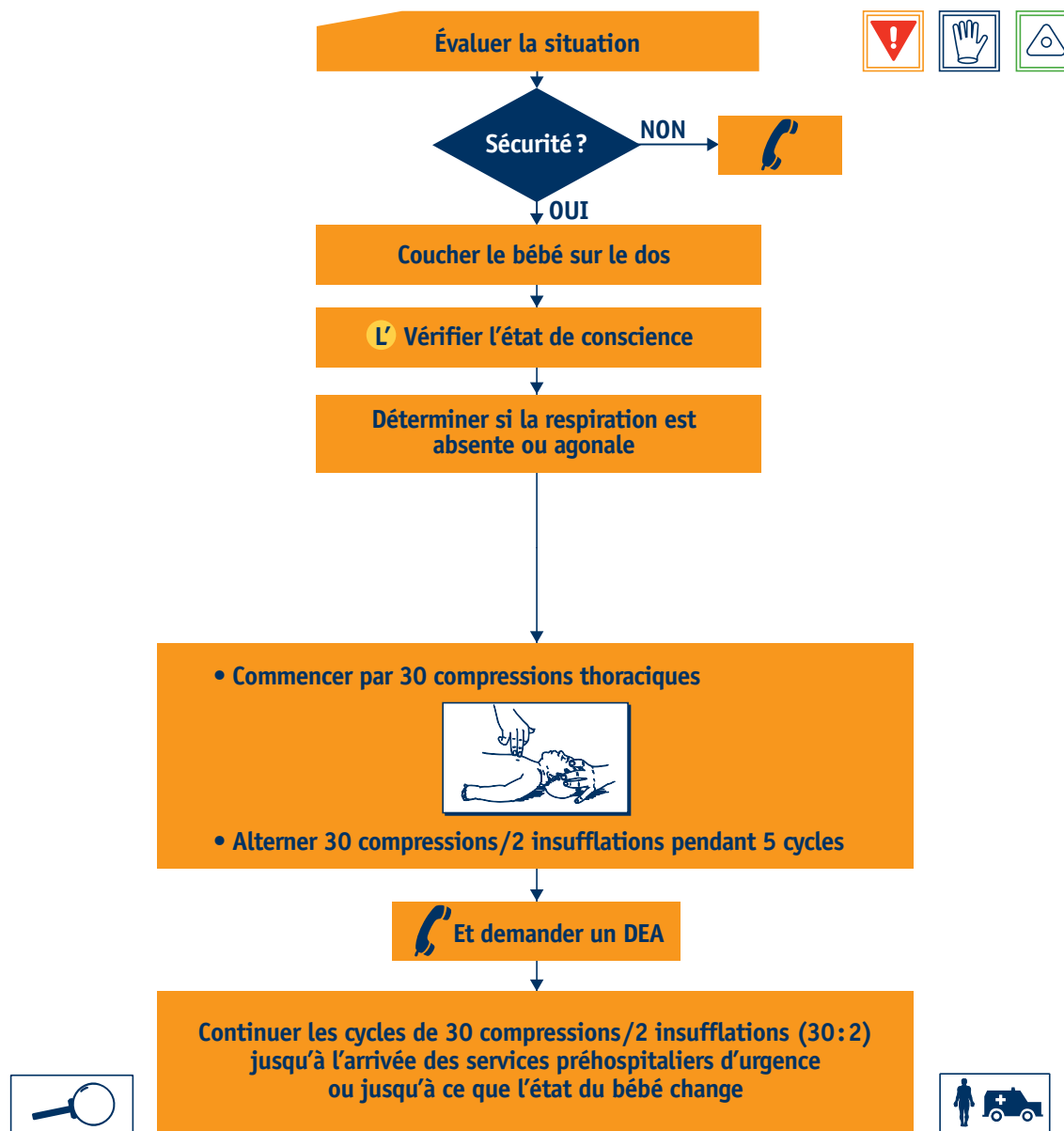


ANNEXE 3

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



ANNEXE 3.1 : ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE (DEA) : BÉBÉ ÂGÉ ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN



* Si le bébé est inconscient, demander de l'aide à voix haute – demander qu'on appelle le 911 et qu'on obtienne un DEA.

* En possession d'un téléphone cellulaire, appeler le 911 en mode haut-parleur.

Note: Compressions thoraciques avec 2 doigts à un rythme de 100-120/minute.
Insufflation 1 seconde/chaque.

Oxygène si disponible (formation complémentaire spécifique).

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

Spécificités

Appel à l'aide

Si le bébé est inconscient, demander de l'aide à voix haute et demander qu'on appelle le 911 et qu'on obtienne un DEA.

En possession d'un téléphone cellulaire, appeler le 911 en mode haut-parleur.

Dans une situation où le secouriste est seul et sans cellulaire, il doit effectuer 5 cycles (30 compressions – 2 ventilations) avant d'appeler.

RCR de haute qualité

- Effectuer les compressions thoraciques à un rythme de 100-120/minute ;
- Placer 2 doigts au centre du thorax sous la ligne inter mammaire et effectuer les compressions thoraciques à une profondeur d'environ 4 cm (1 ½ po) ;
- Permettre la relaxation complète de la cage thoracique après chaque compression ;
- Éviter autant que possible les interruptions pendant les compressions (si besoin, limiter les interruptions à moins de 10 secondes) ;
- Ventiler en effectuant 2 insufflations après un cycle de 30 compressions. Compter pas moins d'une seconde par insufflation (insufflation lente). Chaque insufflation doit entraîner un soulèvement de la cage thoracique ;
- Éviter la ventilation excessive.

Arrêt respiratoire

Si l'arrêt est seulement respiratoire, pratiquer la respiration artificielle, avec une insufflation toutes les 3 à 5 secondes, soit 12 à 20/minute.

Causes

L'obstruction des voies respiratoires est l'une des principales causes d'un arrêt cardiaque chez le bébé. D'autres causes comme un problème cardiaque, une noyade, une intoxication ou un traumatisme peuvent aussi provoquer un arrêt cardiaque.

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

Arrêt cardiorespiratoire

La séquence appliquée pour la réanimation cardiorespiratoire 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 réanimation cardiorespiratoire doivent être adaptées à la taille du bébé.

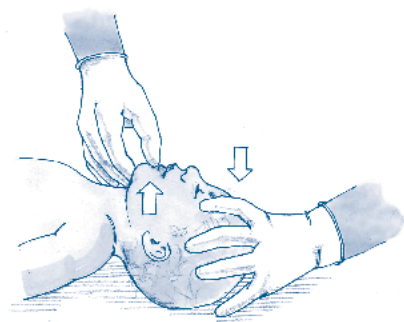
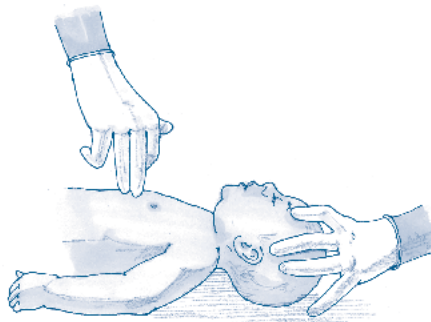
Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

- Inconscience ;
- Absence de respiration ;
- Mouvements respiratoires inefficaces (respiration agonale) ;
- 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 sur une surface ferme et plane.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience et demander de l'aide à haute voix.
4. Déterminer si la respiration est absente ou agonale.

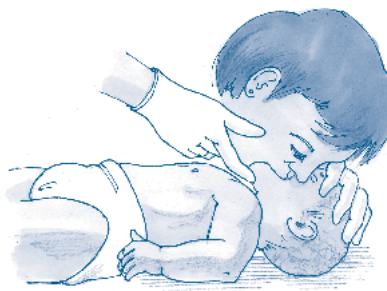
5. **C** Dénuder le thorax du bébé et commencer 30 compressions thoraciques avec 2 doigts, au centre du thorax, sur la ligne inter mammaire, à un rythme d'au moins 100-120/minute.



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

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

7. **B** Donner 2 insufflations (1 seconde chacune), assez pour que la cage thoracique du bébé se soulève.



8. Alternier 30 compressions/2 insufflations (30 : 2) pendant 5 cycles.
9. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus. Appeler les services préhospitaliers d'urgence si cela n'a pas été fait et obtenir un DEA.
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 du bébé change.

Note : Oxygène si disponible (formation complémentaire spécifique).

Note

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.

Utilisation du défibrillateur automatique (DEA) en cas d'arrêt cardiorespiratoire : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an

1. Ouvrir l'étui et mettre le DEA en fonction.
2. Choisir les électrodes appropriées, détacher la membrane protectrice et les placer correctement selon les diagrammes de positionnement figurant sur les électrodes.
3. S'éloigner du bébé afin de permettre à l'appareil de faire une bonne analyse.
4. Sans toucher le bébé, appuyer sur le bouton « CHOC » s'il est indiqué de le faire.

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

5. Recommencer immédiatement la réanimation cardiorespiratoire par des compressions thoraciques.
6. Continuer les cycles de 30 compressions/2 insufflations (30 : 2) jusqu'à l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence, la demande d'une deuxième analyse ou le changement de l'état du bébé.

Note

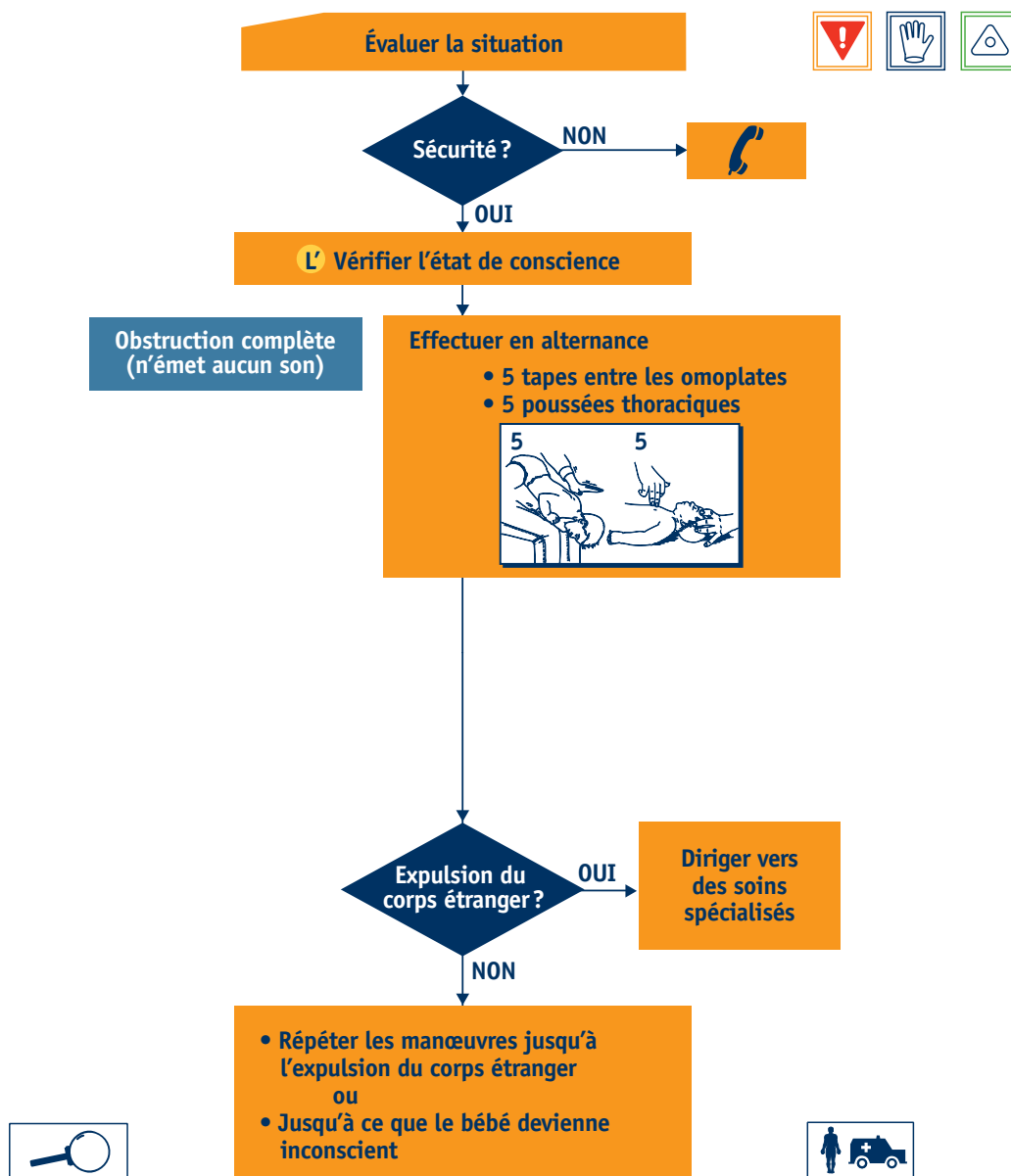
Les bébés ont généralement des cœurs en bonne santé. La RCR est la technique la plus importante en cas d'arrêt cardiaque. Il ne faut pas retarder la RCR pour l'obtention d'un DEA.

Lors de l'utilisation du DEA chez le bébé, des électrodes adultes peuvent remplacer des électrodes pédiatriques lorsque celles-ci ne sont pas disponibles. Elles doivent parfois être placées en position antéro-postérieure pour ne pas se toucher.

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

Synthèse de la RCR chez le bébé	
Éléments	Recommandations
Appréciation primaire	- Inconscience ; - Absence de respiration ou de respiration agonale.
911	Prévenir les services préhospitaliers d'urgence après 5 cycles de 30 compressions et 2 ventilations si le secouriste est seul.
Séquence de RCR	- Compressions thoraciques ; - Ouverture des voies aériennes ; - Ventilation. → CAB
Localisation des compressions	Au centre du thorax, sous les mamelons
Méthode d'exécution des compressions	Avec 2 doigts
Rythme des compressions	100-120 compressions/minute
Profondeur des compressions	Environ 4 cm (1 ½ 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 légèrement la tête en 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 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 3.2 : OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES : BÉBÉ ÂGÉ ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN – CONSCIENT



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

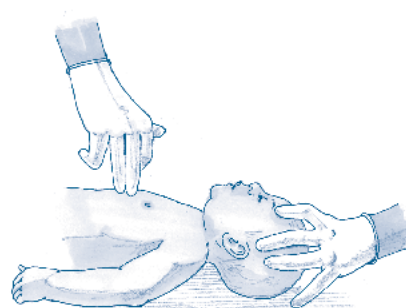
Les voies respiratoires d'un bébé peuvent être obstruées par des aliments ou par un petit objet. Dans ce cas, il est indiqué d'appliquer des techniques de dégagement des voies respiratoires adaptées à la taille du bébé.

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

Selon le type d'obstruction	Signes et symptômes
Obstruction partielle	• Toux • Bruits respiratoires anormaux (sons aigus, sifflement) • Difficulté à pleurer ou à respirer • Visage rouge foncé
Obstruction complète	• Incapacité de pleurer ou de respirer • 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 et dénuder le thorax.
3. Tourner le bébé sur son avant-bras, le visage vers le bas et la tête légèrement plus basse que le thorax. Poser l'avant-bras sur la cuisse ou le genou pour soutenir le bébé (éviter d'exercer une pression sur les tissus mous du cou).
4. Donner 5 tapes entre les omoplates en utilisant la paume de la main. Chaque tape doit être suffisamment vigoureuse pour tenter de déloger le corps étranger.



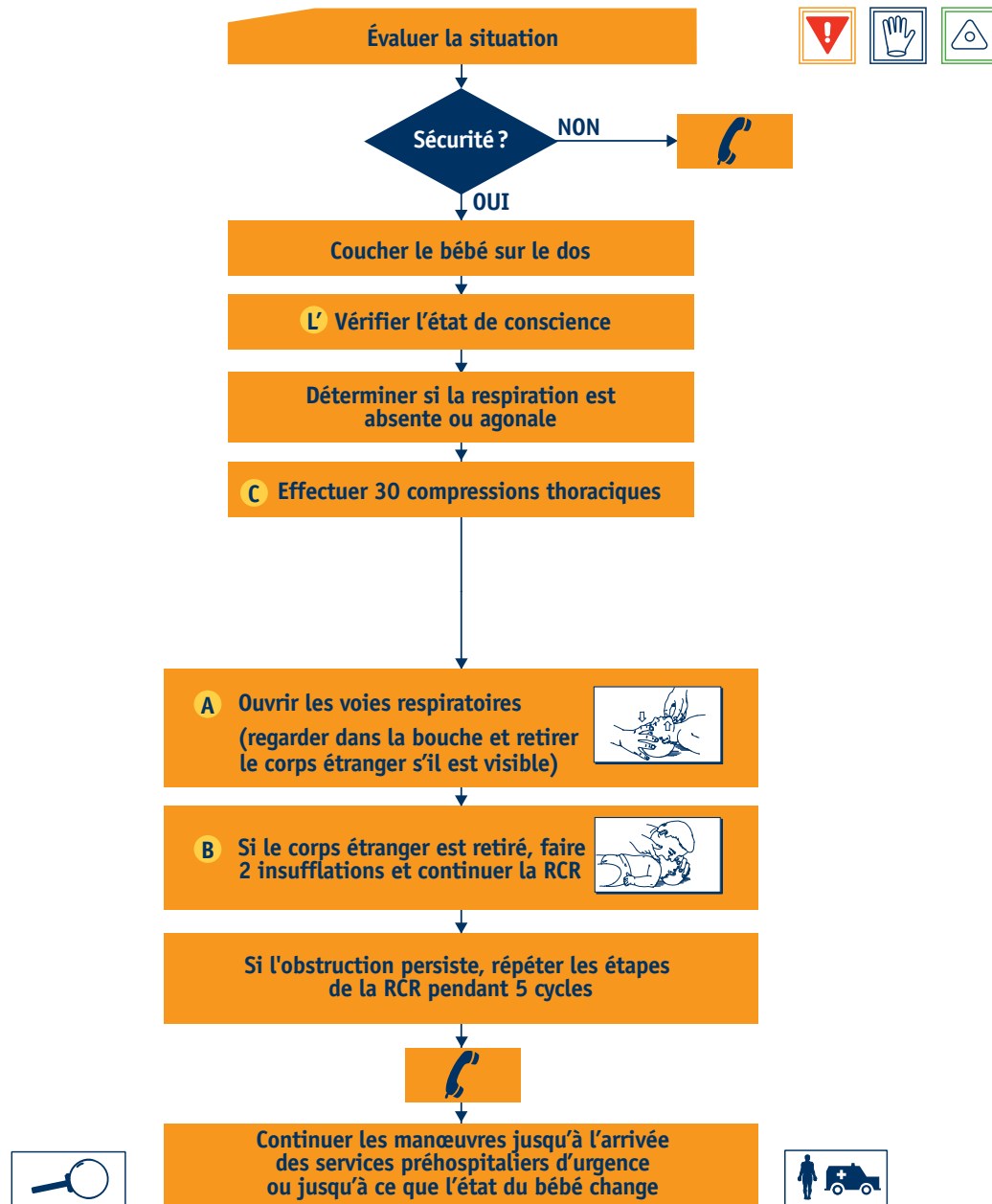
Arrêt cardiorespiratoire (DEA) et obstruction des voies respiratoires : bébé âgé entre zéro (0) et un (1) an

5. Placer le bébé sur une surface dure ou faire pivoter le bébé sur lui-même en soutenant bien sa tête et son cou. Tenir le visage du bébé vers soi, la tête plus basse que le tronc.
6. Donner 5 poussées thoraciques rapides avec 2 doigts au centre du thorax, sur le sternum, sous les mamelons.
7. Répéter ces manœuvres (5 tapes dans le dos, 5 poussées thoraciques rapides) 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 ÂGÉ ENTRE ZÉRO (0) ET UN (1) AN – INCONSCIENT



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

Manifestations cliniques (signes et symptômes les plus fréquents)

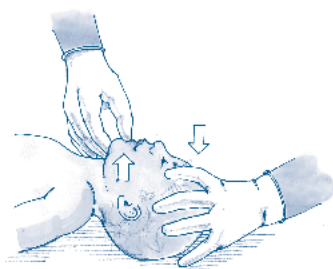
- Absence de réaction ;
- Absence de respiration ;
- Coloration grisâtre ou bleuâtre.

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 sur une surface ferme et plane.
3. **L'** Vérifier l'état de conscience.
4. Déterminer si la respiration est absente ou agonale.
5. **C** Effectuer 30 compressions thoraciques en plaçant 2 doigts au centre du thorax juste sous la ligne inter-mammaire.

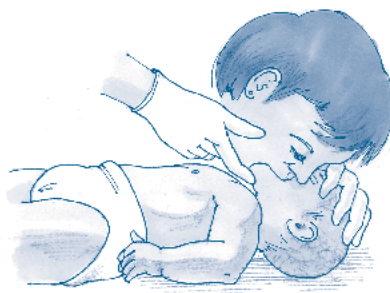


6. **A** Ouvrir les voies respiratoires. Regarder dans la bouche du bébé et en retirer le corps étranger, s'il est visible.



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

7. **B** Si le corps étranger est retiré, faire 2 insufflations et continuer la RCR.



8. Si l'obstruction persiste, répéter les étapes de la RCR pendant 5 cycles.
9. S'assurer que les services préhospitaliers d'urgence sont prévenus.
10. 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

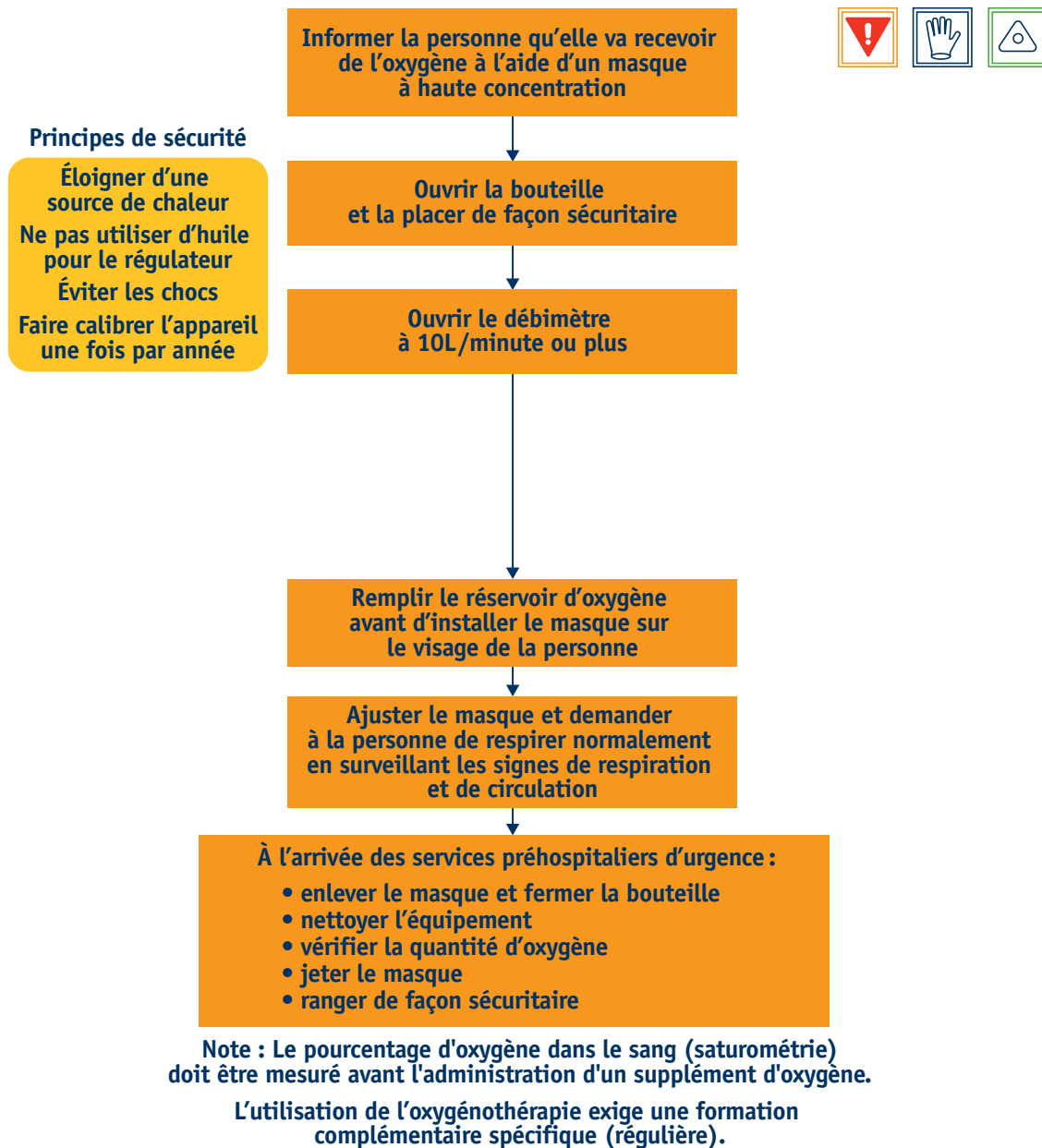


Le consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et de premiers soins nous indique qu'il n'existe aucune donnée probante appuyant la nécessité d'une administration systématique d'oxygène supplémentaire (oxygénothérapie).

L'oxygène supplémentaire ne doit pas être administré sans avoir vérifié que la saturation en oxygène (pourcentage d'oxygène dans le sang) est inférieure à 94 %, lorsque mesuré à l'aide d'un saturomètre. Dans certaines circonstances, une hyperoxie (trop d'oxygène) peut être dangereuse pour une personne.

Le secouriste en milieu de travail n'a pas de saturomètre à sa disposition, ni la formation pour l'utiliser.

L'administration d'oxygène, si elle est nécessaire, doit être effectuée par des secouristes spécialisés et exposés régulièrement à des situations nécessitant son utilisation.



En vertu du Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (A-3, r. 8.2), 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.

À ce jour, la recherche démontre que l'hyperoxie (trop d'oxygène transporté par le sang) peut aggraver certaines lésions oxydatives au cœur et au cerveau par la présence de radicaux libres, c'est pourquoi il est impératif de mesurer la saturométrie (pourcentage d'oxygène dans le sang) avant d'administrer un supplément d'oxygène.

Conditions nécessitant d'emblée un supplément d'oxygène

- Arrêt cardiorespiratoire ;
- Accident de décompression ;
- Intoxication au monoxyde de carbone ;
- Intoxication au cyanure.

Matériel nécessaire

- Bouteille d'oxygène de type D ou E ;
- Régulateur permettant un débit de 15 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 idéalement 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 secourue 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 en présence du 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'abouter 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 ;

Assistance respiratoire (personne inconsciente)

- Assister la respiration en appliquant les techniques de réanimation cardiorespiratoire.
- 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 secourue se soulève.
- Effectuer la réanimation selon les normes de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC.

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 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

Produits dangereux – SIMDUT 2015



SIMDUT



FLAMME

Gaz inflammables*
Aérosols inflammables
Liquides inflammables*
Matières solides inflammables
Liquides pyrophoriques
Matières solides pyrophoriques
Gaz pyrophoriques
Matières auto-échauffantes
Matières qui, au contact de l'eau, dégagent des gaz inflammables
Matières autoréactives :
peuvent s'enflammer sous l'effet de la chaleur*
Peroxydes organiques :
peuvent s'enflammer sous l'effet de la chaleur*



BOUTEILLE À GAZ

Gaz sous pression



TÊTE DE MORT SUR DEUX TIBIAS

Toxicité aiguë: mortel ou toxique en cas d'ingestion, par contact cutané ou par inhalation



CORROSION

Corrosion cutanée
Lésions oculaires graves
Matières corrosives pour les métaux



DANGER BIOLOGIQUE

Matières infectieuses présentant un danger biologique



BOMBE EXPLOSANT

Matières autoréactives : peuvent exploser sous l'effet de la chaleur
Peroxydes organiques : peuvent exploser sous l'effet de la chaleur



POINT D'EXCLAMATION

Toxicité aiguë: nocif en cas d'ingestion, par contact cutané ou par inhalation
Sensibilisation cutanée
Irritation cutanée
Irritation oculaire*
Toxicité pour certains organes cibles –
Exposition unique



FLAMME SUR UN CERCLE

Gaz comburants
Liquides comburants
Matières solides comburantes



DANGER POUR LA SANTÉ

Sensibilisation respiratoire
Cancérogénicité
Mutagénicité sur les cellules germinales
Toxicité pour la reproduction*
Toxicité pour certains organes cibles –
Exposition unique
Toxicité pour certains organes cibles –
Expositions répétées
Danger par aspiration

PAS DE PICTOGRAMME

Poussières combustibles Asphyxiants simples

TOUT PICTOGRAMME APPLICABLE AU DANGER

Dangers physiques non classifiés ailleurs
Dangers pour la santé non classifiés ailleurs

*Certaines catégories de ces classes de danger n'exigent pas de pictogramme.

Un produit dangereux est défini comme un produit, un mélange, une matière ou une substance classé dans une des catégories ou sous-catégories des classes de danger conformément au Règlement sur les produits dangereux.

Les produits dangereux possèdent des propriétés inhérentes qui peuvent entraîner des problèmes de santé ou de sécurité. Compte tenu des dangers qu'ils présentent, les différents paliers de gouvernement réglementent ces produits par des lois et des règlements qui s'appliquent à leur vente et leur importation (volet fédéral), ainsi que leur utilisation, manutention, stockage ou entreposage en milieu de travail (volet provincial). Cet ensemble de législations se nomme Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) et est en vigueur au Canada depuis 1988.

Ce système pancanadien vise essentiellement à protéger la santé et la sécurité des travailleurs en favorisant l'accès à l'information sur les produits dangereux utilisés au travail, par le biais de fiches de données de sécurité, d'étiquettes et d'un programme de formation et d'information destiné aux travailleurs. En 2015, le SIMDUT a subi des modifications afin d'intégrer le Système général harmonisé (SGH). L'ensemble des législations fédérale et provinciale concernant le SIMDUT 2015 est maintenant en vigueur.

Le SIMDUT 2015 comporte 31 classes de danger. Au Canada, les critères de classification sont divisés en deux grandes classes : les dangers physiques et les dangers pour la santé. Les dangers physiques comprennent 19 classes de danger tandis que les dangers pour la santé en comprennent 12. La plupart des classes de danger sont subdivisées en catégories ou sous-catégories. Ces classes de danger sont représentées par neuf pictogrammes (voir ci-contre). Chaque classe de danger est définie en fonction des dangers qu'elle représente. Un produit qui répond aux critères d'une ou à plusieurs des classes de danger est un produit dangereux.

Le SIMDUT repose sur trois éléments :

- L'étiquette ;
- La fiche de données de sécurité ;
- La formation et l'information des travailleurs.

L'étiquette

L'étiquette constitue la première source d'information accessible. Une étiquette doit être apposée sur tout contenant de produit dangereux et être conforme à certaines exigences. Elle doit comporter des renseignements en français et en anglais sur une seule étiquette bilingue ou peut être divisée en deux parties unilingues, l'une en français et l'autre en anglais. L'étiquette du fournisseur doit comprendre l'information suivante :

- L'identificateur du produit ;
- Les pictogrammes ;
- La mention d'avertissement ;
- Les mentions de danger ;
- Les conseils de prudence ;
- L'identificateur du fournisseur initial.

Fiche de données de sécurité (FDS)

La FDS doit être facilement et rapidement accessible à tout travailleur susceptible d'être exposé à un produit dangereux. Elle peut être conservée sur un support informatique pourvu qu'elle soit rapidement transférable sur un support papier. Elle doit être en français et en anglais. Il peut s'agir d'une seule fiche bilingue ou de deux fiches séparées, l'une en français et l'autre en anglais. La mise à jour de la FDS doit être faite dès que de nouvelles données importantes deviennent disponibles au sujet du produit dangereux ou d'un de ses ingrédients. L'information de la FDS comprend les seize rubriques réglementaires suivantes, dont le libellé et la numérotation sont fixés par règlement :

1. Identification
2. Identification des dangers
3. Composition/information sur les ingrédients
4. Premiers soins
5. Mesures à prendre en cas d'incendie
6. Mesures à prendre en cas de déversement accidentel
7. Manutention et stockage
8. Contrôle de l'exposition/protection individuelle
9. Propriétés physiques et chimiques
10. Stabilité et réactivité
11. Données toxicologiques

12. Données écologiques
13. Donnée sur l'élimination
14. Informations relatives au transport
15. Informations sur la réglementation
16. Autres informations.

Au Canada, les renseignements à fournir sous les rubriques 12 à 15 peuvent être omis.

Note

Pour obtenir plus d'information sur les produits utilisés en milieu de travail, il est possible de s'adresser au Répertoire toxicologique de la CNESST. Ce service 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 équipements de protection;*
- *l'entreposage;*
- *la réglementation applicable au Québec;*
- *le SIMDUT.*

Formation et information des travailleurs

L'employeur a l'obligation de veiller à ce que les travailleurs exposés à un produit dangereux ou susceptibles de l'être, soient formés et informés afin qu'ils puissent accomplir leur travail de façon sécuritaire.

Le contenu du programme de formation et d'information doit comprendre, notamment, les éléments suivants :

1. L'information portant sur la nature et la signification des renseignements contenus sur une étiquette, une affiche et dans une fiche de données de sécurité;
2. La formation relative aux renseignements sur les dangers, notamment les mentions de danger et les conseils de prudence, pour chacun des produits dangereux présents sur le lieu de travail;
3. La formation portant sur les directives applicables afin que l'utilisation, la manutention, le stockage, l'entreposage et l'élimination des produits dangereux, y compris ceux contenus dans un tuyau, un système de tuyauterie comportant des soupapes, une cuve à transformation ou

à réaction, un wagon-citerne, un camion-citerne, un wagon de minerai, un transporteur à courroie ou tout autre équipement semblable, soient sécuritaires ;

4. La formation portant sur les précautions à prendre à l'égard des émissions fugitives, des produits intermédiaires qui subissent des réactions au sein d'une cuve de réaction ou de transformation, ainsi que des résidus dangereux, présents sur le lieu de travail, le cas échéant ;
5. La formation portant sur la procédure à suivre en cas d'urgence ;
6. La formation portant sur le lieu où sont conservées les fiches de données de sécurité, le moyen d'accéder à celles-ci, la technologie relative au support sur lequel elles sont conservées et sur la manière de les transférer sur un support papier.

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

ANNEXE 6

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Objectifs d'apprentissage

- Comprendre le contexte législatif de l'intervention en cas d'anaphylaxie.
- Connaître les rôles et les responsabilités des intervenants ainsi que ceux de l'organisation.
- Comprendre les causes et les mécanismes de l'anaphylaxie.
- Connaître les signes et les symptômes des réactions allergiques de type anaphylactique.
- Connaître les protocoles d'administration de l'épinéphrine.
- Connaître les mécanismes d'action et les effets secondaires de l'épinéphrine.
- Savoir déterminer la bonne dose selon le poids.
- Savoir utiliser l'auto-injecteur.

Contexte législatif

L'article 3 du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence détermine les conditions d'administration de l'épinéphrine par voie intramusculaire (avec un auto-injecteur) en situation d'urgence :

« En l'absence d'un premier répondant ou d'un technicien ambulancier, toute personne peut administrer de l'adrénaline lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique à l'aide d'un dispositif auto-injecteur. »

Formation s'adressant aux secouristes

- Pré-requis : formation en RCR avec exposition au DEA
- Suivre et réussir la présente formation
 - Présenter le prétest en début de formation.
 - Réussir l'évaluation pratique continue.
- Durée de la certification : trois ans

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Rôle et responsabilités du secouriste en milieu de travail

- Rôle
 - Réduire la mortalité liée à l'anaphylaxie.
- Responsabilités
 - Respecter les protocoles d'intervention clinique.
 - Selon le milieu, l'organisme s'assure de clarifier de qui relève la responsabilité d'assurer la disponibilité des auto-injecteurs (employeur, travailleur, organisme, école, CPE, parent, etc.).

Définition : anaphylaxie

Réaction allergique où le système immunitaire réagit de façon exagérée et démesurée au contact d'une substance allergène (antigène).

- Généralement, plusieurs systèmes sont atteints.
- Généralement, la réaction est très rapide après le contact.

Allergènes communs – Agent causal

- Alimentaires
- Venin – insectes
- Médicaments

L'intensité varie en fonction de la quantité d'allergène.

Allergènes – Alimentaires

- Arachides
- Noix
- Poissons, crustacés (mollusques)
- Œufs
- Produits laitiers
- Fruits
- Sésame, blé et soya
- Moutarde

+ souvent détectés par ► détresse respiratoire

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Insectes piqueurs

- Abeilles
 - Guêpes
 - Fourmis
- + souvent détectés par ► état de choc

Allergènes – Pharmacologie

- Antibiotiques :
 - Pénicilline
 - Sulfa
- AAS et anti-inflammatoires :
 - Aspirin^{md}
 - AINS – nombreux
- Iode :
 - Contraste intraveineux
- Etc.

Signes et symptômes – Systèmes

- Respiratoire : Difficulté, détresse, arrêt respiratoire
- Cardiovasculaire : Choc, arrêt cardiorespiratoire (ACR)
- Gastro-intestinal : Nausées, vomissements, diarrhées, douleur abdominal
- Peau : Urticaire, enflure (angioédème), rougeurs
- Autres : Anxiété, sensation de mort imminente

Présentation

- Lors d'une réaction anaphylactique, tous les signes et symptômes ne sont pas nécessairement présents ;
- Lors de la réaction, plusieurs substances sont en cause, incluant l'histamine ;
- Ces substances provoqueront :
 - un resserrement des bronches,
 - une dilatation des vaisseaux,
 - des lésions cutanées.

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

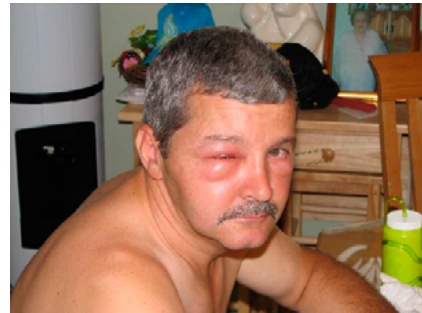
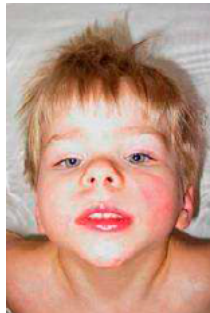
Urticaire

- Lésions généralement surélevées
- Migratoire



Angio-œdème

- Plus inquiétant : atteinte des voies respiratoires supérieures.
- Plus visible : autour des yeux et des lèvres.



Épinéphrine – Effets

- Contraires à la réaction anaphylactique ;
- Dilate les bronches ;
- Augmente la tension artérielle ;
- Augmente le pouls – palpitations ;
- Anxiété, tremblements, nausées et vomissements ;
- Effets limités dans le temps.

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Critères d'inclusion

Contact récent avec agent causal
dans les quatre heures précédentes

+

Une des deux situations suivantes :

= **Critères d'inclusion**

Présence d'une détresse respiratoire ou défaillance circulatoire

ou

Présence de deux des quatre situations cliniques suivantes :

- Urticaire ou angioédème
- Difficulté respiratoire
- Défaillance circulatoire (p. ex., grande faiblesse)
- Symptômes gastro-intestinaux

Critères d'exclusion

Aucun critère d'exclusion dans le cas d'une réaction grave de type anaphylactique

Protocole général

- Évaluer la sécurité :
 - Dangers potentiels ? Oui ► Porter des gants.
- Examen primaire :
 - S'il y a présence de deux intervenants, appeler au 911.
 - Oxygène si disponible.
- Critères d'inclusion ?
 - Oui ► Administrer l'épinéphrine prescrite selon le poids.
- Surveillance et premiers soins :
 - Si l'intervenant est seul, appeler maintenant au 911.
 - Évaluer aux 5 minutes.
- Toujours assurer le transport du patient à l'hôpital.

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Situations particulières

- Détérioration : répéter toutes les 5 minutes.
- Non amélioration : répéter toutes les 10 minutes.
- Amélioration, mais critères d'inclusion encore présents : répéter toutes les 10 minutes.
- Il n'y a pas de nombre maximal de doses.
- Administrer même si la date de péremption est passée.
- Dans le doute, administrer aux enfants.
- **Dans le cas de personnes adultes connues avec maladie cardiaque, faire preuve de plus de prudence.**

Auto-injecteurs

- Injection intramusculaire
- Automatisée
- Dosage automatique :
 - Adulte = 0,30 mg si ≥ 25 kg
 - Pédiatrique = 0,15 mg si < 25 kg



Programme Forêt – Spécificités

- Patient éloigné des SPU, > 30 minutes.
- Adultes seulement, donc pré-requis RCR – Adulte seulement.
- Avant l'administration, découvrir la cuisse.
- Appel à l'aide en fonction du guide d'évacuation et de transport des blessés en forêt.
- Bracelets Medic-Alert^{md} non portés en forêt.

Administration d'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique

Risques liés à l'auto-injecteur

- Piqûre accidentelle – aiguille souillée :
 - faire saigner ;
 - nettoyer avec eau + savon ou désinfectant sans eau ;
 - consultation urgente, à l'urgence.
- Piqûre accidentelle – aiguille propre, dans un doigt :
 - appliquer des compresses chaudes ;
 - position basse ;
 - consultation urgente, à l'urgence.

En résumé

- Anaphylaxie : réaction allergique démesurée.
- Traitement de première ligne : épinéphrine.
- Doses :
 - Adulte : 0,30 mg ;
 - Pédiatrique (moins 25 kg) : 0,15 mg.
- Répétition : répéter toutes les 5 minutes après la première dose, si le patient présente une détérioration, ou toutes les 10 minutes après la première dose s'il n'y a pas d'amélioration ou si les critères d'inclusion sont encore présents.
- Toujours assurer le transport du patient à l'hôpital.



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 :

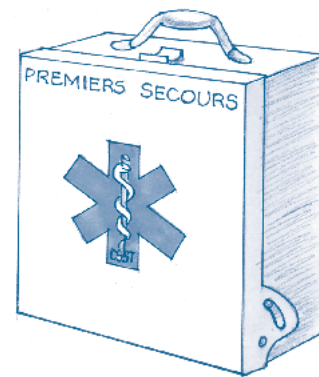
- dans un établissement ;
- sur un chantier de construction ;
- dans un véhicule destiné au transport des travailleurs ou réservé à leur usage.

Ce règlement, disponible sur Internet, décrit le matériel que doit contenir la trousse de premiers secours ainsi que l'équipement prévu dans le cas où un local est mis à la disposition des secouristes. 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 trousse de premiers secours.

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



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

Guide pratique du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention

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. L'application mobile peut aussi faciliter la tâche du secouriste pendant l'intervention, lui servir d'outil d'apprentissage

et de validation. Le *Manuel de secourisme*, disponible en format électronique, permet de compléter les différents thèmes abordés dans le guide et l'application mobile, puis en facilite la compréhension.

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)

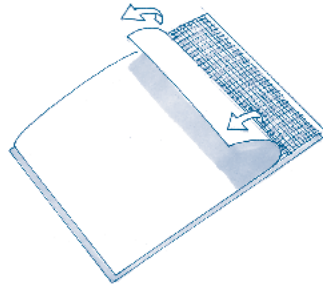
Utiles pour protéger une plaie.

Note

Éviter de toucher la surface de la gaze, afin de ne pas la contaminer. Éviter de trop 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 101,6 mm x 101,6 mm (25)

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



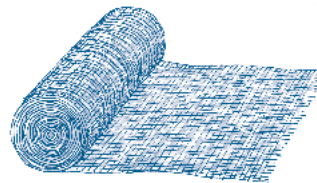
Note

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 50 mm x 9 m (4)

Rouleaux de bandage de gaze stérile, enveloppés séparément, de 101,6 mm x 9 m (4)

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



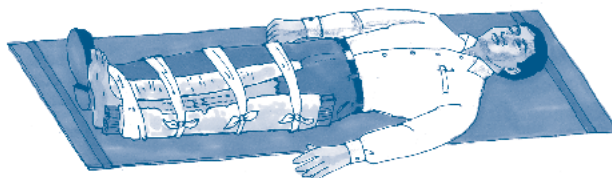
Note

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 :

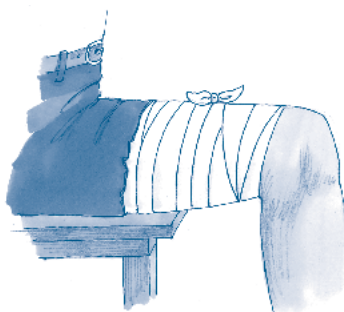
- Immobiliser un membre ;



- Stabiliser un membre ;



- Fixer un pansement compressif (appliquer d'abord un pansement stérile directement sur la plaie avant de fixer avec le bandage).



Pansements compressifs stériles, enveloppés séparément, de 101,6 mm x 101,6 mm (4)

Pansements constitués de plusieurs épaisseurs de gaze stérile, 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 des médicaments, sous quelque forme que ce soit, sauf s'il a reçu une formation complémentaire comme celle pour l'administration d'oxygène ou d'épinéphrine.

Local de premiers secours

Un local doit être mis à la disposition du secouriste dans certaines conditions. 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 secourisme

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	2 secouristes + 1 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	2 secouristes + 1 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	2 secouristes + 1 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 de santé (réseau des affaires sociales) où l'on trouve du personnel qualifié pour donner des premiers secours sont exemptés de ce règlement.

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 ou d'une maladie du travail 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 ses actions 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.

Le *Registre d'accidents, d'incidents et de premiers secours* ne remplace en aucun moment l'avis d'accident, qui doit être rempli par l'employeur et le travailleur impliqué, selon la loi (D. 1922-84, a.17).

Obligations de l'employeur

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (article 280) prévoit 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 (article 78, 7°) ajoute 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 à laquelle 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.	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. Ne rien inscrire s'il s'agit d'un incident.	Décrire les premiers secours donnés (ex. : nettoyage avec eau et savon) et inscrire le mode de transport (ex. : ambulance, automobile). Ne rien inscrire s'il s'agit d'un incident.	Faire signer la personne secourue et le secouriste.	
Mesures correctrices				Inscrire les mesures correctrices prises pour éviter que l'accident ou l'incident ne se reproduise.		Personne responsable		Date à laquelle la mesure correctrice a été mise en place
J	M	A						
Heure								
Mesures correctrices				Inscrire les mesures correctrices prises pour éviter que l'accident ou l'incident ne se reproduise.		Personne responsable		Date à laquelle la mesure correctrice a été mise en place

Bibliographie

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Premiers soins en santé mentale Canada*, [En ligne], 2017, [<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/ppractice/mental-health-first-aid-canada/>]
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) (2015). *Guidelines 2105: CPT&ECC*. Dallas, TX, AHA et FMCC.
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *Les maladies mentales*, [En ligne], 2017, [<https://cmha.ca/fr/documents/les-maladies-mentales/>]
- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE, *Trouble de stress post-traumatique (TSPT)*, [En ligne], 2017, [<https://cmha.ca/fr/documents/trouble-de-stress-post-traumatique-tspt/>]
- 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.
- CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL, *Santé et mieux-être en milieu de travail – Programme exhaustif de santé et de sécurité au travail*, [En ligne], 2017, [http://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mentalhealth_work.html]
- CHENELIÈRE Education. *Les premiers soins – Intervention en situation d'urgence*. Brunet Y, Huot A, Brubet C, Courchesne J. 6, édition 2017 TC Média Livres inc.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Guide du secouriste en milieu de travail : protocoles d'intervention*, Gouvernement du Québec, 2016, 154 pages.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Secourisme en milieu de travail*, 7^e édition, Les Publications du Québec, Québec, 2012, 255 pages.
- 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.
- COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Guide d'utilisation d'une fiche de données de sécurité*, Gouvernement du Québec, 2002, 106 pages.

- COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Outil d'identification des risques*, Gouvernement du Québec, Québec, 2016, 32 pages.
- COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *SIMDUT 2015 – Un aide-mémoire pour faciliter la transition du SIMDUT 1988 vers le SIMDUT 2015*, Gouvernement du Québec, 2017.
- DOUGLAS, INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE, *Trouble de stress post-traumatique (TSPT) : causes, symptômes et traitements*, [En ligne], 2017, [<http://www.douglas.qc.ca/info/trouble-stress-post-traumatique>]
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC. *Points saillants de la mise à jour 2015 des lignes directrices*, Ottawa, Ontario: Édition de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada.
- FONDATION DES MALADIES DU CŒUR ET DE L'AVC, CROIX-ROUGE CANADIENNE, AMBULANCE SAINT JEAN, SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE ET PATROUILLE CANADIENNE DE SKI. *Consensus canadien sur les lignes directrices en matière de RCR et premiers soins 2016*. [En ligne], 2016 [http://www.croixrouge.ca/crc/documentsfr/What-We-Do/First-Aid-and-CPR/180216-1776-F-final-Canadian-Consensus-Guidelines-document-Feb-2016_FR_Final-ra-pcm.pdf]
- FONDATION DES MALADIES MENTALES, *Le trouble de stress post-traumatique*, [En ligne], 2017, [<http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/la-maladie-mentale.html?t=&i=7>]
- INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL, *État de stress post-traumatique (ESPT)*, [En ligne], 2017, [<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-famille/info-sur-la-sante-mentale/etat-de-stress-post-traumatique.html>]
- MARIEB Éline N. *Anatomie et physiologie humaines*, 4^e édition, Éditions du renouveau pédagogique, Montréal, 2010, 1264 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics*, 6^e édition, Québec, mars 2016.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Administration de l'épinéphrine pour les réactions allergiques graves de type anaphylactique*. [En ligne], 2016 [https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/sante_scolaire/2016-document-soutien-epinephrine.pdf]
- MCKENNA, K et M. SANDERS. *Paramedics Textbook*, Mosby Lifeline, 3^e édition, 2009, 768 pages.

Bibliographie

- PORTAIL SANTÉ MIEUX-ÊTRE, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Le travail et la santé mentale*, [En ligne], 2017, [<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/le-travail-et-la-sante-mentale/>]
- PORTAIL SANTÉ MIEUX-ÊTRE, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Santé mentale (maladie mentale)*, [En ligne], 2017, [<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/>]
- PORTAIL SANTÉ MIEUX-ÊTRE, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Troubles psychotiques*, [En ligne], 2017, [<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/troubles-psychotiques/>]
- 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 5-2.1, [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.
- ST JEAN SECOURISME. *Guide de référence Ambulance Saint-Jean*, 2^e édition, janvier 2015.
- STRATÉGIES EN MILIEU DE TRAVAIL SUR LA SANTÉ MENTALE, *Améliorez la santé et la sécurité psychologiques dans votre milieu de travail*. [En ligne], 2017, [<https://www.strategiesdesantementale.com/>]
- UNIVERSITÉ LAVAL. *Déversement de produits dangereux et contamination*. [En ligne], 2017, [<https://www.ulaval.ca/mesures-durgence/situations-durgence/deversement-de-produits-dangereux-et-contamination>]

Un travailleur fait une chute de 20 mètres. Un ouvrier est heurté par un chariot élévateur. Un cuisinier est éclaboussé d'huile bouillante. Un collègue éprouve soudainement de la difficulté à respirer. Que faire ?

Un accident est vite arrivé. Aussi faut-il être prêt à intervenir rapidement et efficacement en situation d'urgence. La vie de la personne peut en dépendre ; l'action du secouriste en milieu de travail est donc déterminante.

Outil de formation fondamental, le manuel *Secourisme en milieu de travail*, conçu par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), propose au secouriste un plan d'intervention structuré et efficace apte à le soutenir en situation d'urgence. Les textes, concis et illustrés, traitent notamment des techniques d'appréciation, de réanimation et de premiers secours à utiliser pour venir en aide aux personnes souffrant d'un problème médical ou traumatique.

Dans cette édition, s'ajoutent les normes les plus récentes de la Fondation des maladies du Cœur et de L'AVC quant à la réanimation cardiorespiratoire (RCR), une section sur la défibrillation et l'utilisation du défibrillateur externe automatique (DEA), d'autres sections sur la gestion du stress, sur la santé psychologique, la prévention des accidents ainsi que des renseignements additionnels sur l'oxygénothérapie. Ce manuel constitue donc, pour le secouriste, un élément essentiel du processus d'acquisition des connaissances et des habiletés nécessaires pour exercer ses fonctions.

Secourisme en milieu de travail : un document de référence à consulter pour quiconque est susceptible d'intervenir en situation d'urgence. Un manuel à lire et à relire périodiquement, pour être prêt en tout temps.

Le manuel accompagne le *Guide pratique du secouriste en milieu de travail – protocoles d'intervention*. Facile à consulter, ce guide permet au secouriste de repérer rapidement l'information nécessaire pour intervenir efficacement.