

Brabant wallon

Place du Brabant wallon 1 - 1300 Wavre
www.brabantwallon.be - info@brabantwallon.be



Le Brabant wallon

FORMATIONBW
Département AMU
Avenue Edison, 7
1300 Wavre

Jean-Pierre Willems
Tél. 010/23.60.71
Fax. 010/23.60.79

cfbw.amu@brabantwallon.be

Premiers secours en entreprise

Premiers secours en entreprise

Chapitre 1 : Les principes de base

- 1.1 Rôle du secouriste
- 1.2 Hygiène de base
- 1.3 Analyse de la situation
- 1.4 Evacuation

Chapitre 2 : Les fonctions vitales

- 2.1 La victime inconsciente et/ou atteinte de convulsions
- 2.2 Obstruction des voies respiratoires
- 2.3 Les douleurs thoraciques
- 2.4 La réanimation cardio-pulmonaire

Chapitre 3 : Les anomalies et lésions diverses

- 3.1 Les plaies, saignements, hémorragies
- 3.2 Les lésions du squelette
- 3.3 Les brûlures
- 3.4 Les lésions oculaires
- 3.5 Les intoxications
- 3.6 La crise d'hyperventilation

V1.0 Lu et validé par le Dr Catherine LEBAUPIN, médecin urgentiste

V1.1 Lu et modifié par Gregory MINET, Infirmier SISU

Chapitre 1 : Les principes de base

1.1. Rôle du secouriste

L'Arrêté royal du **15 décembre 2010** relatif aux premiers secours dispensés aux travailleurs victimes d'un accident ou d'un malaise s'applique aux employeurs et aux travailleurs dans le cadre de la loi sur le bien-être au travail. Cette législation organise dans sa globalité la politique des premiers secours en entreprise.

L'arrêté prévoit une formation de base et un recyclage annuel des secouristes tendant vers trois objectifs :

** connaître et appliquer les principes de base en premiers secours*

** aider et soutenir une victime atteinte d'une anomalie pouvant entraîner un risque vital*

** connaître et dispenser des premiers soins lors d'anomalies ou de lésions diverses*

Afin de mener à bien sa mission, le secouriste devra, par l'observation de la situation, par la délégation d'actes simples à l'entourage et/ou par le port d'éventuelles protections individuelles :

- 1) Assurer sa propre sécurité, celle de la victime et de l'entourage
- 2) Réaliser un bilan primaire (nombre de victimes, état de gravité, etc.)
- 3) Appeler les secours (112)
- 4) Evacuer la victime si nécessaire
- 5) Prodiger des premiers soins de qualité et en sécurité

En plus de sa mission de premiers soins, le secouriste assurera un reconditionnement de son matériel et vérifiera périodiquement celui-ci.

Le SPF Emploi, Travail et Concertation sociale préconise la concertation entre l'employeur, le conseiller en prévention, le médecin du travail et le SIPP dans le choix du matériel.

Un matériel de base doit être mis à disposition du secouriste d'entreprise dans un local clairement identifiable. Ex : défibrillateur, trousse de secours, couverture, civière, etc.

Ce local de soins est obligatoire dans toutes les entreprises. Son accès doit être aisé.

Il sera équipé :

D'un téléphone, de la liste des numéros utiles, d'une boîte de secours contenant un minimum de matériel (pansements, compresses, désinfectant, bandages, couverture de survie en aluminium, etc.) et un registre d'intervention. La tenue du registre est obligatoire. Il convient d'y mentionner le nom de la victime, le nom de l'intervenant, la date et la nature de l'intervention. L'objectif consiste à éviter que d'autres accidents similaires se produisent, permettre d'évaluer l'organisation des premiers secours et assurer un suivi administratif (assurances, etc.).

1.2. Hygiène de base

L'hygiène est essentielle. Elle permet de prévenir les infections, tant chez la victime que chez l'intervenant. Des mesures de base sont donc requises lors de la réalisation des soins apportés à la victime : lavage des mains, application d'une lotion désinfectante, utilisation de matériel propre et/ou stérile.

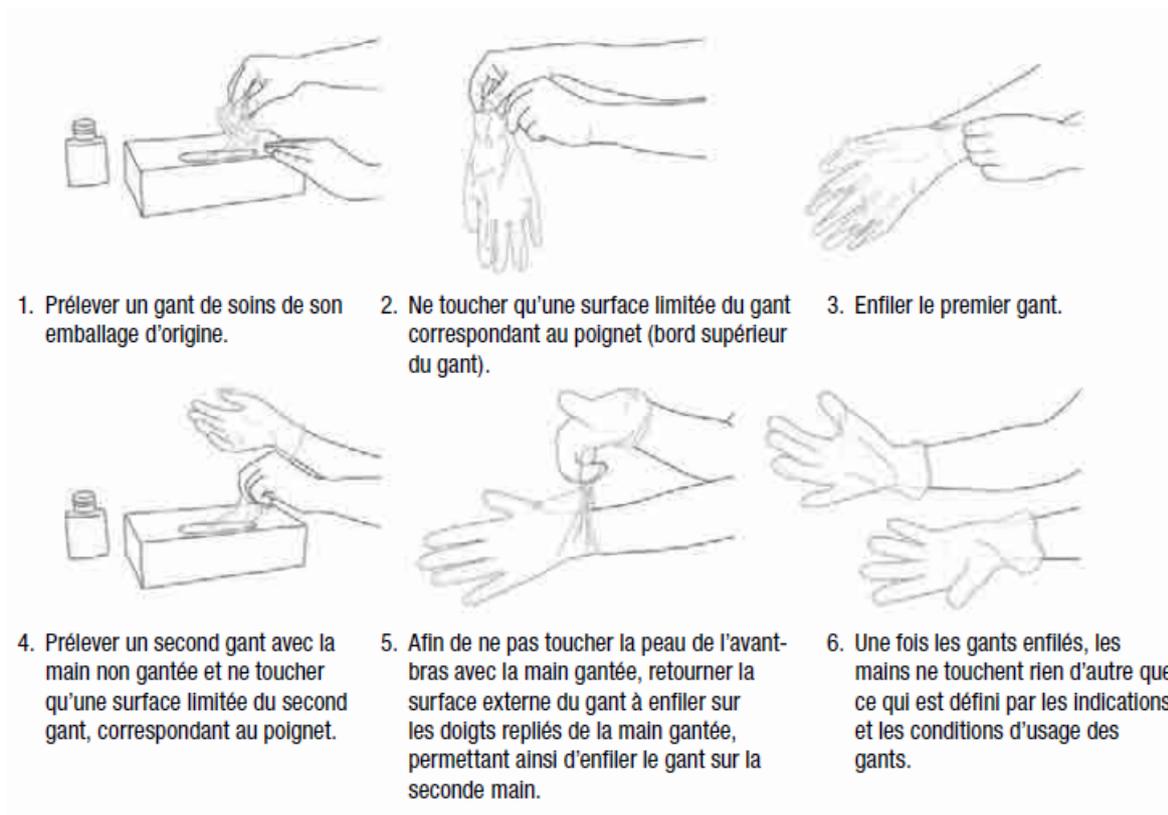
Elle se base essentiellement sur deux actions :

- Le nettoyage
- La désinfection

Un **désinfectant** est un produit chimique ou physique qui tue ou inactive des micro-organismes tels que les bactéries et les virus sur des surfaces inertes comme, par exemple, le matériel à usage médical, les surfaces (sols, murs, conduites d'eau, sièges, poignées de porte, brancards,...).

Voir fiche technique lavage des mains en page 25.

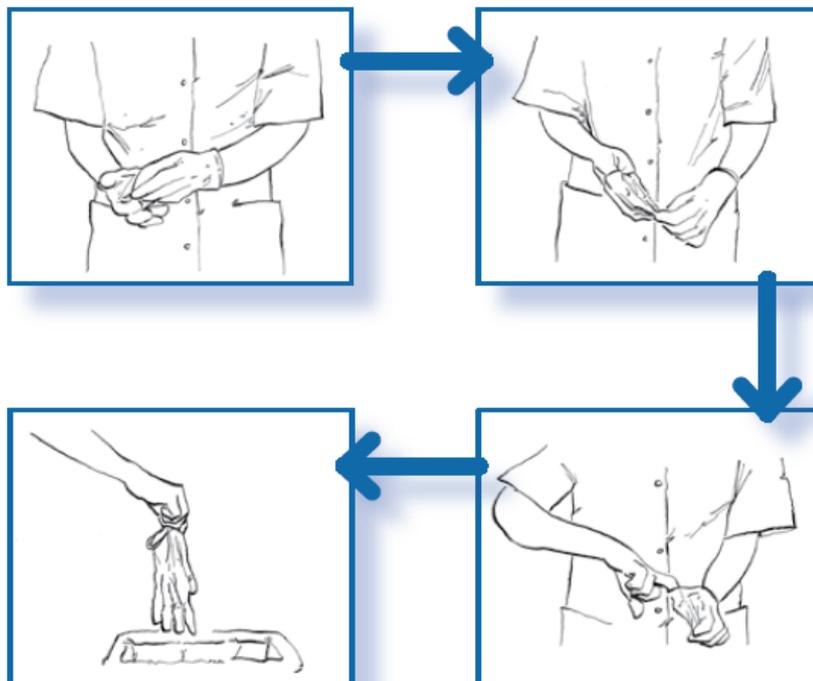
Technique de mise en place de gants non stériles



Résumé des Recommandations de l'OMS pour l'Hygiène des Mains au cours des Soins - Organisation mondiale de la Santé 2010

Technique de retrait de gants

1. Prenez l'extérieur de la manchette au niveau du poignet en la tenant bien
2. Retirez le gant en retournant l'intérieur vers l'extérieur
3. Tenez le gant avec l'autre main toujours gantée.
4. Placez les doigts de la main non gantée à l'intérieur de la manchette du second gant
5. Tirez de façon à les superposer et les jeter dans la poubelle ad hoc.



« Recommandations en matière d'hygiène des mains durant les soins » janvier 2009

1.3. Analyse de la situation

Pour faire face à une situation, il importe de respecter chronologiquement trois principes de base: observer, réfléchir, agir.

- a) Observer : que voit-on ? Que s'est-il passé ?
- b) Réfléchir : quels dangers menacent ? Quoi faire ? Veiller à la sécurité du secouriste, de la victime et des témoins. Eviter le sur-accident. Appel à l'aide.
- c) Agir : comment faire ? Effectuer les bilans primaire et secondaire.

Le bilan primaire

Vérifier l'état de conscience de la victime :

- Placer les mains sur les épaules de la victime
- La secouer doucement
- Lui parler : « Madame, monsieur, vous m'entendez ? »
- Si la victime réagit, passer au bilan secondaire (voir ci-dessous)
- Si la victime ne réagit pas, elle est inconsciente. Il faut la placer sur le dos et vérifier ses fonctions vitales (faire un V.E.S. pendant 10 secondes)

Qu'est-ce qu'un V.E.S. ?

Voir (s'il y a un mouvement thoracique),

Entendre (le son de la respiration),

Sentir (le souffle de la respiration).

Si la victime respire, il faut prendre son pouls (entre 60 à 80 pulsations à la minute = ok).

Si la victime ne respire pas, il faut appeler le 112 et commencer une Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP) (cfr. point 2.4)

Le bilan secondaire

Si la victime réagit, on passe au bilan secondaire pour tenter de comprendre la situation.

On pose des questions (Que s'est-il passé ? Avez-vous mal ?) et on agit en fonction des circonstances (voir chapitre 2).

1.4. Evacuation

Il arrive qu'une victime doive être évacuée le plus vite possible d'une zone de danger. Or, on ne peut évacuer ou déplacer une victime n'importe comment. La vitesse ne peut en aucun cas altérer la santé du patient. Comment faire pour transporter une personne dans des couloirs étroits, des cages d'escaliers ou des endroits peu propices à la mobilité ? Il existe des techniques de déplacement qu'il convient de maîtriser, sous peine de provoquer des conséquences graves pour la victime.

Si vous êtes seul

Si la victime sait bouger seule, mettez son bras autour de votre cou et soutenez son avant-bras. Avancez au rythme de la victime.



Manuel du secouriste-ambulancier- chapitre « techniques » - page 80

Si la victime ne sait pas bouger seule et est légère, prenez-la « en berceau ». Placez un bras en-dessous du dos, l'autre bras dans le creux des genoux. Si elle est consciente, demandez-lui de tenir vos épaules avec ses mains.



Manuel du secouriste-ambulancier- chapitre « techniques » - page 82

Si la victime ne sait pas bouger seule et est lourde, traînez-la avec une couverture ou en la tirant par les pieds.



Manuel du secouriste-ambulancier- chapitre « techniques » - page 86

Si vous êtes deux (ou plus)

Si la victime sait bouger seule, deux secouristes mettent les bras de la victime sur leurs épaules. Chacun tient une main de la victime et met son bras libre autour de sa taille de la victime.



Si la victime ne sait pas bouger seule et ne souffre pas de lésions de la colonne vertébrale ou cervicales, prenez-la « en chaise ». Cela permet de déplacer la victime en position assise sur les avant-bras joints des deux secouristes.



Manuel du secouriste-ambulancier- chapitre « techniques » - page 83

Quand vous portez une victime à deux, gardez un contact verbal entre vous et synchronisez vos mouvements. Si le patient est conscient, parlez-lui. Cela le rassurera !

Chapitre 2 : Les fonctions vitales

2.1. Victime inconsciente et/ou prise de convulsions

L'inconscience

La première chose à faire en approchant une victime est de vérifier son état de conscience. Pour s'en assurer, il faut lui parler. Si le patient répond, vous savez qu'il est conscient, respire et a un pouls.

Si le patient ne réagit pas, il faut lui secouer les épaules et lui adresser à nouveau la parole. Comment savoir si la victime est consciente ou non ?

L'inconscience se définit comme l'état d'une personne ne réagissant plus aux stimulations de son environnement et ne montrant plus aucun signe d'éveil. Les causes de l'inconscience sont diverses. Le dénominateur commun à toutes ces causes est une souffrance cérébrale.

Face à une personne qui respire mais semble inconsciente, il est primordial d'évaluer le niveau d'inconscience. Cette évaluation initiale conditionnera le reste de la prise en charge. C'est le bilan primaire.

Dans la prise en charge de la personne inconsciente, le secouriste doit tout mettre en œuvre pour préserver les fonctions vitales de la victime. La priorité consiste à libérer les voies aériennes en mettant la victime en position latérale de sécurité (PLS). [Voir fiche technique PLS en page 26.](#)

Cette position offre l'avantage de drainer les vomissements et la salive de la bouche vers l'extérieur et évite ainsi l'inondation des poumons. La langue ne peut pas retomber en arrière et bloquer les voies respiratoires.

Attention ! Un patient inconscient peut avoir subi une lésion de la nuque. Dans ce cas, la PLS ne s'applique pas. Si besoin, on déplacera la victime de façon prudente pour ne pas risquer d'aggraver une lésion de la moelle épinière.

Les convulsions

Les convulsions sont des mouvements saccadés anormaux des bras et jambes. Elles peuvent avoir plusieurs origines : une crise d'épilepsie, l'hyperthermie, l'hypoglycémie, un accident vasculaire cérébral, des traumatismes cérébraux, des tumeurs ou des intoxications.

Que faire face à une crise convulsive ?

- Appeler le 112
- Coucher la victime sur le sol
- Eloigner les objets pouvant la blesser
- Attendre la fin de la crise puis placer la victime en position latérale de sécurité

L'épilepsie

La crise d'épilepsie est une succession de mini décharges électriques se propageant dans tout le cerveau. Ses origines peuvent être l'abus d'alcool, la prise de drogues, la fatigue, les agressions visuelles ou des lésions accidentelles du cerveau.

Elle se manifeste par des convulsions localisées ou généralisées.

Que faire ?

- Appeler le 112
- Coucher la victime sur le sol
- Eloigner les objets pouvant la blesser (et si possible placer un coussin sous la tête)
- Attendre la fin de la crise puis placer la victime en PLS en surveillant sa reprise de conscience progressive.

La syncope

La syncope est une perte de connaissance due à un manque d'oxygène du cerveau. Ses origines peuvent être une chute de la tension artérielle, un problème d'origine cardiaque, un problème physique, des douleurs ou des émotions fortes.

Que faire ?

- Coucher la victime sur le dos et relever légèrement ses jambes
- Couvrir la victime
- Appeler le 112
- Mettre la victime en PLS si elle vomit ou est nauséuse

La détresse respiratoire

Une victime en détresse respiratoire présente des signes d'agitation, d'anxiété et respire parfois rapidement, bruyamment ou au contraire montre des signes d'épuisement majeur avec une respiration lente en peu efficace. Elle peut également présenter une coloration bleuâtre aux lèvres, lobe des oreilles ou ongles. Elle peut présenter une transpiration abondante.

Que faire face à une détresse respiratoire ?

- Appeler le 112
- Calmer la victime et son entourage
- A) Si la victime est consciente : l'asseoir et la couvrir (*respecter la position dans laquelle elle se sent le mieux*)
B) Si la victime est inconsciente : placer sa tête en arrière pour éviter que la langue obstrue les voies respiratoires

La crise d'asthme

La crise d'asthme est caractérisée par la difficulté de la victime à expirer. On l'identifie par une respiration pénible, des sifflements, de l'anxiété, voire de la transpiration.

Que faire face à une crise d'asthme ?

- Appeler le 112
- Parler à la victime
- S'informer sur ses antécédents et son éventuel traitement.

2.2. Obstruction des voies respiratoires

L'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger (ex : un morceau de nourriture, un bonbon) peut être partielle ou totale.

a) Obstruction partielle

La victime émet un son. On perçoit une respiration, elle tousse et porte les mains à sa gorge.

Que faire ?

Asseoir la victime, l'encourager à poursuivre ses efforts de toux, ne pas intervenir !

Ne plus la bouger, appeler le 112 et surveiller ses fonctions vitales.

b) Obstruction totale

La victime n'émet plus de son. Elle effectue des mouvements de toux inefficaces et ne respire pas.

Que faire ?

Si la victime est consciente :

- administrer 5 tapes dans le dos, entre les omoplates :
 - ✗ se positionner latéralement, un peu en arrière de la victime ;
 - ✗ soutenir d'une main la cage thoracique en laissant la victime se pencher vers l'avant;
 - ✗ administrer successivement, avec le talon de l'autre main, 5 tapes entre les omoplates ;
- vérifier si les tapes ont levé l'obstacle des voies respiratoires ;
- si ce n'est pas le cas, administrer 5 compressions abdominales (manœuvre dite de «Heimlich») :

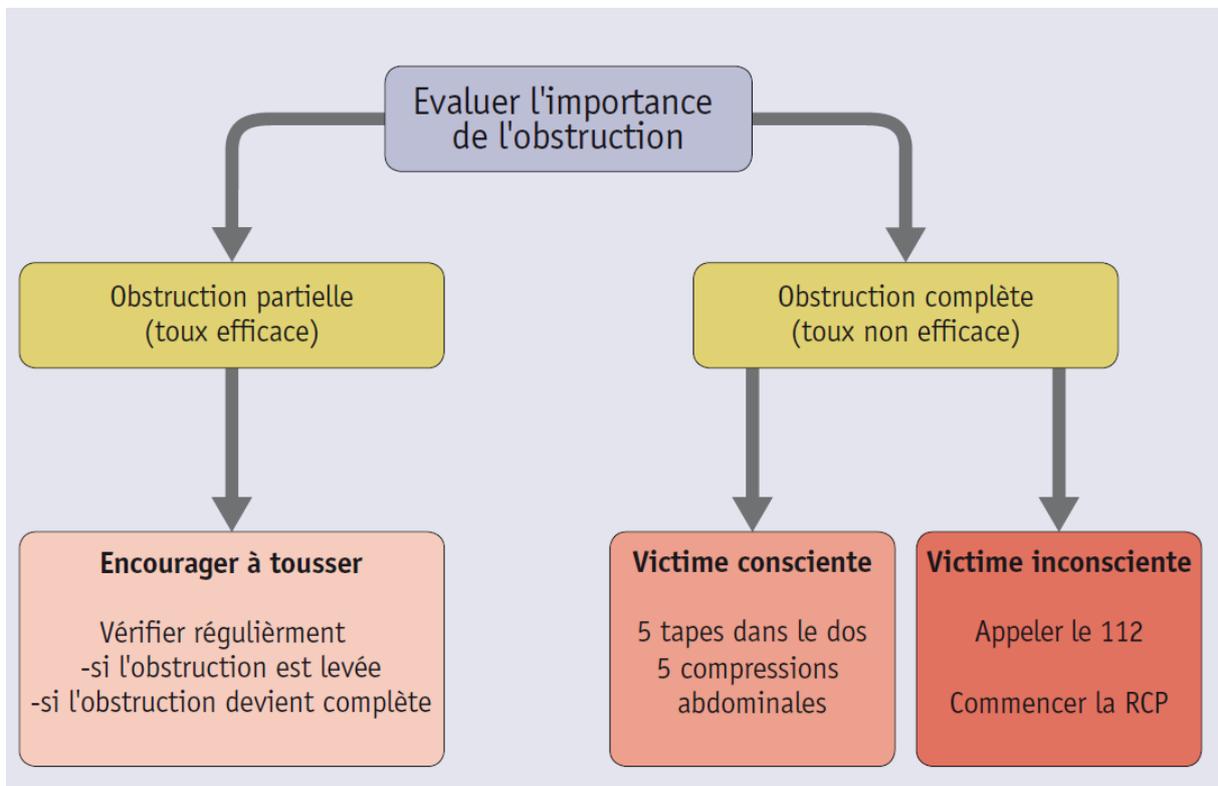


- ✗ se positionner derrière la victime et mettre les bras autour de la partie haute de l'abdomen ;
- ✗ laisser la victime se pencher vers l'avant ;
- ✗ fermer un poing et placer celui-ci entre l'ombilic et la pointe du sternum ;
- ✗ empaumer de l'autre main le poing et faire un mouvement rapide qui amène le poing vers vous et vers le haut ;
- ✗ répéter ce mouvement encore 4 fois ;

- si l'obstruction respiratoire persiste, poursuivre en alternance les tapes dans le dos et les compressions abdominales.

Si la victime est inconsciente :

- la coucher sur le dos
- appeler immédiatement des secours via le 112
- entamer une réanimation cardio-pulmonaire par 30 compressions thoraciques.



2.3. Les douleurs thoraciques

La douleur thoracique est une plainte qui doit TOUJOURS être prise au sérieux rapidement. Elle n'est pas forcément d'origine cardiaque mais, dans le doute, il convient d'appeler rapidement le 112.

Si l'origine est cardiaque, on constate généralement les symptômes suivants :

- douleur intense et oppressante sur le milieu du thorax;
- douleur qui se transmet au cou et à l'ensemble du bras gauche, voire dans le petit doigt ;
- visage crispé de la victime, pâle, transpirant et respiration parfois superficielle

Parmi les maladies rencontrées, deux résultent d'un manque d'oxygénation du muscle cardiaque : l'angine de poitrine (Angor) et l'infarctus du myocarde

a) L'Angor

L'angor est une obstruction partielle des artères coronaires provoquant une mauvaise irrigation des tissus du cœur, donc une mauvaise oxygénation. Le patient souffrant d'angor est pâle, présente un pouls rapide, ressent des douleurs dans la poitrine et a une sensation d'oppression.

Que faire ?

Appeler le 112, lui interdire tout effort et l'installer confortablement, lui parler et la rassurer, créer un environnement calme en le surveillant.

b) L'infarctus

L'infarctus du myocarde est une obstruction totale des artères coronaires provoquant la mort d'une partie des cellules du cœur par manque d'oxygène. La personne victime d'un infarctus est pâle, présente des sueurs froides, un pouls accéléré et se plaint de violentes douleurs dans la poitrine. Les vomissements sont fréquents. Ce patient doit être considéré comme à risque vital.

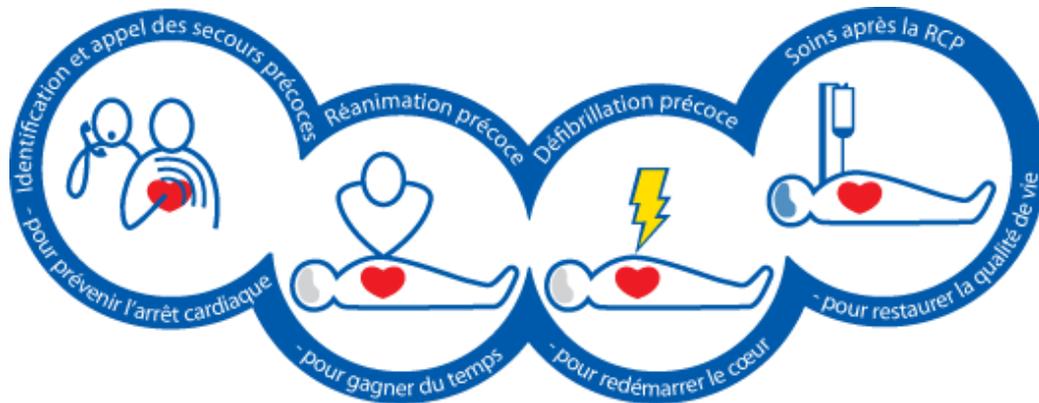
Que faire ?

Appeler le 112, interdire tout effort ou déplacement, asseoir la victime si elle est consciente, la calmer et la rassurer.

Etre prêt à entamer une Réanimation Cardio-Pulmonaire ! (La situation peut rapidement se dégrader).

2. 4. La réanimation cardio-pulmonaire

Sauver une vie implique un enchaînement d'étapes. Chaque étape influence la survie. Les étapes sont souvent décrites comme des maillons d'une « chaîne de survie ».



Identification et appel des secours précoces pour prévenir l'arrêt cardiaque

Il faut suspecter une crise cardiaque (infarctus) dès qu'une victime se plaint d'une douleur écrasante et persistante au centre de la poitrine, qui ne disparaît pas au repos. La douleur peut s'étendre vers les bras, la gorge ou la mâchoire. La victime se plaint souvent de nausées, d'une sensation de faiblesse, de vertiges et peut transpirer abondamment.

L'appel immédiat à une centrale de secours est d'une importance vitale. Tout délai réduit les chances de survie. Pour les secouristes, il convient d'appeler rapidement les renforts médicaux.

RCP précoce pour gagner du temps

Lors d'un arrêt cardiaque (le cœur est arrêté), les chances de survie de la victime peuvent être doublées si les compressions thoraciques et la ventilation artificielle sont commencées immédiatement.

Défibrillation précoce pour redémarrer le cœur

Dans un grand nombre d'arrêts cardiaques, le cœur cesse de battre à cause d'une perturbation électrique, appelée « fibrillation ventriculaire (FV) ». L'unique traitement efficace de la FV est l'administration d'un choc électrique (défibrillation). Après un arrêt, les chances de réussite de défibrillation diminuent d'environ 10 % par minute, sauf si une RCP efficace est effectuée. Les DEA mettent également la défibrillation à la portée de non-professionnels.

La Réanimation Cardio-Pulmonaire (RCP):

Approcher en sécurité



Approchez-vous prudemment

Assurez-vous qu'il n'y ait pas de danger, ni pour vous, ni pour l'entourage.

Soyez attentif aux dangers liés à l'électricité, au gaz, à la circulation routière, à la maçonnerie, etc.

Vérifier si la personne réagit



Secouez prudemment ses épaules et demandez à voix haute

« Est-ce que ça va ? ».

Une victime inconsciente n'aura aucune réaction.

Appeler à l'aide

Si une autre personne est à proximité, demandez-lui de rester car vous pourriez avoir besoin de son aide.

Si vous êtes seul, criez afin d'attirer l'attention de quelqu'un mais ne quittez pas la victime à ce stade-ci.



Ouvrir les voies respiratoires

Chez une victime inconsciente, la langue peut tomber dans la gorge et obstruer les voies respiratoires. Les voies respiratoires peuvent être ouvertes en basculant la tête en arrière et en relevant le menton: ainsi, la langue est

déplacée vers l'avant et dégage le fond de la gorge.



Posez votre main sur le front de la victime et basculez doucement sa tête en arrière.

Relevez le menton en plaçant l'extrémité de deux doigts sous la saillie du menton de la victime.

La combinaison des deux techniques ouvrira les voies respiratoires.

Vérifier la respiration

Tout en maintenant les voies respiratoires ouvertes, vérifiez si la victime respire normalement.

VOIR les mouvements thoraciques.

ECOUTER les bruits de respiration près de la bouche de la victime.

SENTIR le flux d'air sur votre joue.

VOIR, ECOUTER et SENTIR (V.E.S.) pas plus de 10 secondes, avant de décider si la victime ne respire pas normalement.

RESPIRATION ANORMALE

Pendant les premières minutes qui suivent un arrêt cardiaque, il est possible que la victime respire à peine ou de façon bruyante et peu fréquente (gasp agonique). Ne confondez pas ces mouvements avec une respiration normale. Le gasp agonique est même un signe formel d'arrêt de la fonction cardiaque. En cas de doute, considérez que la victime ne respire pas normalement.

Appeler les secours (112)

Si la victime est inconsciente et ne respire pas normalement

➤ Vous êtes seul :

- appelez le 112 pour obtenir des secours (quittez la victime si nécessaire) et ;
- allez chercher le plus rapidement possible un DEA (si immédiatement disponible).



➤ S'il y a quelqu'un auprès de vous :

- envoyez-le appeler le 112 pour obtenir des secours et ;
- demandez-lui d'apporter immédiatement un DEA (si disponible)

pendant que vous commencez immédiatement la RCP.

La personne qui effectue l'appel doit clairement énoncer : son nom, la localisation de l'accident et le fait que la victime est en arrêt cardiaque.

Le secouriste commence ensuite la RCP. [Voir fiche technique en page 27.](#)

S'il n'y a pas de DEA disponible

Réaliser des compressions thoraciques

Couchez la victime sur le dos, sur une surface dure. Enfoncez le sternum de façon rythmée en direction de la colonne vertébrale.

La fréquence des compressions doit être d'au moins 100/min, mais pas plus de 120/min.

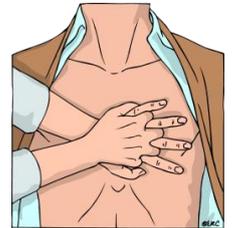
Le temps de compression est égal au temps de relâchement.

Pensez à remplacer celui qui réalise les compressions thoraciques toutes les 2 minutes (5 cycles) car c'est très fatigant. De plus, il faut savoir que la qualité des compressions thoraciques diminue déjà avant que la fatigue ne se ressente.



Posez le talon d'une main au centre du thorax de la victime.

Mettez le talon de l'autre main sur le dos de la première et entrelacez vos doigts.



Avec les coudes tendus, ramenez vos épaules vers l'avant pour vous mettre à l'aplomb du thorax de la victime.



Enfoncez le sternum d'au moins 5 cm, sans toutefois dépasser 6 cm.

Relâchez ensuite la pression complètement, sans que les mains ne perdent le contact avec le thorax.

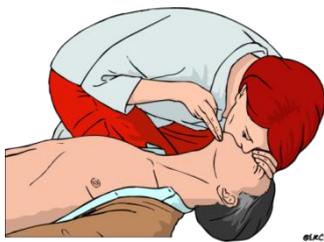
Effectuez 30 compressions. Aidez-vous éventuellement en comptant à voix haute.

Réaliser la ventilation artificielle

Les compressions thoraciques doivent être combinées avec la ventilation artificielle.

Après 30 compressions thoraciques, administrez 2 insufflations.

Maintenez les voies respiratoires libres (bascule de la tête et relèvement du menton) et pincez les narines en utilisant les doigts de la main qui bascule la tête. L'autre main maintient le menton relevé, en laissant la bouche entrouverte.



Inspirez normalement et posez vos lèvres autour de la bouche de la victime, en assurant une bonne étanchéité. Insufflez de façon régulière, pendant environ une seconde, dans la bouche de la victime. Si possible, observez le thorax de la victime, pour voir s'il se soulève à chaque insufflation.

Chaque insufflation doit suffire à soulever le thorax de la victime, comme lors d'une respiration normale.

Si votre première insufflation n'entraîne pas d'élévation du thorax comme lors d'une respiration normale, avant d'effectuer l'essai suivant, vérifiez la bouche de la victime et enlevez toute obstruction évidente (veiller à ne pas perdre de temps) et vérifiez si les manœuvres de bascule de la tête et de relèvement du menton sont adéquates.

Gardez la tête basculée et le menton relevé, écartez votre bouche de celle de la victime et laissez le thorax s'affaisser, pendant que l'air s'échappe.

Prenez une nouvelle inspiration et refaites les gestes pour donner la deuxième insufflation.

Poursuivez en alternant 30 compressions thoraciques et 2 insufflations.

Arrêtez-vous uniquement si :

- des secours qualifiés prennent la relève
- vous êtes physiquement épuisé
- la victime reprend une respiration normale

Sinon, n'interrompez pas les compressions thoraciques.

QUE FAIRE EN PRESENCE DE SIGNE DE VIE ?

En cas de présence d'un signe de vie tel qu'un mouvement, de la toux ou une reprise de la respiration spontanée, réévaluez la victime : conscience, libération des voies respiratoires et V.E.S.

Si la victime ne respire pas normalement, poursuivez la réanimation cardio-pulmonaire.

Si elle respire, maintenez ses voies respiratoires ouvertes, poursuivez votre bilan, agissez et surveillez-la en attendant les secours.

S'il y a un DEA disponible



Activer le DEA



Certains DEA s'activent automatiquement à l'ouverture du couvercle. Avec d'autres, vous devez appuyer sur le bouton de mise en marche.

Si un secouriste est présent, laissez-le réaliser les compressions thoraciques et la ventilation artificielle, pendant que vous activez le DEA.

Dégagez le thorax de la victime.

Prendre les électrodes

Sortez les électrodes de leur emballage

La position correcte des électrodes sur le thorax est souvent illustrée sur l'emballage. Dans la majorité des cas, la position est également illustrée sur les électrodes.

Appliquer la première électrode

Une électrode doit être appliquée en dessous de l'aisselle gauche



Appliquer la seconde électrode

L'autre électrode est placée en dessous de la clavicule droite, à côté du sternum.



S'écarter

Écartez-vous pendant l'analyse.

Assurez-vous que personne ne touche la victime pendant que le DEA analyse le rythme cardiaque.



Délivrer le choc électrique

Si un choc électrique est indiqué, assurez-vous que personne ne touche la victime.

Appuyez sur le bouton de choc, comme demandé.



Commencer la RCP



30:2



Suivez les instructions vocales du DEA.

Si le DEA vous demande de démarrer la RCP, commencez immédiatement les compressions thoraciques et la ventilation artificielle.

Points importants lors de l'utilisation d'un DEA

Thorax humide

Certaines victimes peuvent avoir le thorax humide, suite à une transpiration abondante ou après un sauvetage dans l'eau ou encore sous la pluie. Essuyez rapidement le thorax, avant d'y coller les électrodes.

Thorax poilu

Un thorax poilu crée rarement des problèmes d'adhérence des électrodes du DEA. Cependant, il peut s'avérer nécessaire de devoir raser ou couper les poils pour obtenir un contact adéquat. Ne le faites pas de façon systématique. Cela fait perdre un temps précieux.

Emplâtres

Retirez tous les pansements ou autres matériaux fixés sur la peau du thorax de la victime, pour assurer un bon contact des électrodes du DEA avec la peau de la victime. Certaines victimes ont des « emplâtres » médicamenteux collés sur le thorax. Il faut les ôter car ils peuvent provoquer des étincelles ou des brûlures lors de la défibrillation.

Stimulateurs cardiaques (« pacemakers »)

Certaines victimes portent un stimulateur cardiaque. Celui-ci est généralement visible sous la peau, juste sous la clavicule. Assurez-vous que les électrodes du DEA ne soient pas collées au-dessus du stimulateur, mais bien à côté ou en dessous.

Bijoux

Retirez tous les bijoux métalliques qui pourraient entrer en contact avec les électrodes du DEA. Les électrodes devraient être gardées à distance des bijoux qu'on ne peut enlever, tels les piercings.

Aspects liés à la sécurité lors de l'utilisation d'un DEA

Sécurité du secouriste et des témoins

Évitez tout contact avec la victime pendant l'analyse et le choc. Criez « écartez-vous » pour laisser l'analyse s'effectuer et « attention, je vais choquer » si le choc est indiqué, juste avant l'administration du choc. Une analyse perturbée peut retarder l'administration du choc. Un contact avec la victime ou son environnement immédiat (un lit, par exemple) lors de l'administration du choc est dangereux pour celui qui est en contact.

Chapitre 3 : Les anomalies et lésions diverses

3.1. Les plaies, saignements, hémorragies

Les plaies peuvent être de tailles et de formes différentes, simples ou compliquées, concerner seulement l'épiderme ou le derme mais aussi atteindre plus profondément des structures nobles (muscles, nerfs, etc.). Le secouriste doit veiller à lutter contre l'hémorragie et contre l'infection.

Les hémorragies peuvent être externes ou internes.

Dans le cas d'une hémorragie externe, l'attitude du secouriste se limitera à stopper l'écoulement avec le moyen le plus efficace, pansement compressif, compression directe. La compression directe se réalisera à l'aide de compresses stériles (pas de mouchoir en papier ou d'ouate car risque de laisser des débris dans la plaie). Cette compression directe peut s'avérer insuffisante. De façon réfléchie et exceptionnelle, un garrot devra être placé en amont de la plaie.

Lors de la réalisation d'un pansement de premiers soins sur une plaie, plusieurs étapes doivent être réalisées : inspection (enlever les souillures en verre, bois, terre), nettoyage (avec une solution antiseptique, de l'eau ou du savon) et protection (avec une compresse).

Toute perte de sang peut provoquer un état de choc ou une perte de connaissance. Il faut donc veiller à asseoir ou coucher la victime.

Dans le cas d'une hémorragie interne, le sang se propage dans les cavités du corps suite à une blessure des vaisseaux sanguins. Cela n'est pas directement visible de l'extérieur. Une hémorragie interne peut être très grave et entraîner la mort en quelques minutes par un choc hypovolémique massif. Un hématome abdominal lors d'un choc important doit vous tenir en alerte.

Dans le cas de l'amputation accidentelle d'un membre, il faut poser un pansement compressif sur l'extrémité du membre sectionné. Il faut conditionner la partie sectionnée dans un double emballage de sac plastique.

- Placez la partie sectionnée dans un sac en plastique de congélation et fermez-le
- Placez ce sac plastique dans un second dans lequel de l'eau et des glaçons seront déposés.

Le tout hermétiquement fermé.

3.2. Les lésions du squelette

Trois lésions du squelette peuvent survenir : l'entorse, la luxation et la fracture.

L'entorse : le déboîtement momentané d'une articulation se manifeste par une vive douleur et un gonflement rapide de la zone.

La luxation : le déboîtement permanent d'une articulation se manifeste de la même manière mais une déformation importante de l'articulation est visible.

La fracture : elle peut concerner une articulation mais aussi une autre zone. Le gonflement et la douleur intense empêchent la victime de se mobiliser ou d'utiliser le membre atteint.

Que faire ?

En aucun cas, le secouriste ne tentera une manœuvre de remise en place. Par contre, il pourra :

- avoir une attitude réconfortante
- ôter les bagues
- desserrer les lacets
- placer un sac de glace afin d'atténuer la douleur
- immobiliser le membre atteint
- surélever le membre

Les lésions concernant la tête, la face et la colonne doivent être considérées comme très graves. Il faut immobiliser la victime et surveiller ses fonctions vitales en attendant les secours.

3.3 Les brûlures

La brûlure est la destruction de l'enveloppe cutanée, voire des tissus sous-jacents, sous l'effet d'un agent thermique (chaud ou froid), chimique ou électrique ou sous l'effet des radiations. Le premier remède à y apporter est de l'eau, en grande quantité, quelle que soit la zone touchée.

Que faire ?

Le refroidissement de la brûlure prime sur l'évaluation du bilan de la victime

Cooling 3 x 20

20 minutes sous l'eau courante

20°C

20 centimètres



Pourquoi un cooling ?

Le cooling permet

- d'isoler la plaie de l'air ambiant,
- de soulager la douleur,
- de nettoyer la brûlure,
- de limiter son extension en surface et en profondeur.

Gravité de la brûlure

La gravité de la brûlure va être déterminée par différents critères :

✘ L'âge de la victime

Est-ce que la victime est un enfant ou une personne âgée ?

✘ L'étendue de la brûlure

La surface de la paume de la main de la victime représente 1% de la surface totale du corps.

5% chez l'enfant & 10% chez l'adulte seront des critères de gravités



✘ La profondeur de la brûlure

Présence de cloques, aspect « cartonné » de la brûlure ?

✘ La localisation de la brûlure

La brûlure est-elle située au niveau du visage, de la main, du pied, des articulations, des parties génitales ?

La brûlure entoure-t-elle le cou, le torse, les membres ?

Les voies respiratoires sont-elles atteintes ?

✘ L'origine de la brûlure

Chimique, électrique ou à cause de vapeur à haute pression ?

Du matériel spécifique dans votre entreprise peut vous aider à prendre en charge le brûlé : douche, rince yeux, neutralisant, ...

Si la réponse est **OUI** à au moins une des questions, **il faut appeler les secours !**

Points importants

- Retirer les vêtements qui ne collent pas à la peau et les bijoux
- Lors d'une brûlure à la main, demander à la victime d'ouvrir la main autant que possible et d'écartier les doigts
- La douleur n'est pas un critère de gravité

A la fin du cooling, la plaie sera couverte d'une compresse humide ou d'un linge propre. Des pansements « gel » peuvent compenser l'eau. Surtout ne jamais appliquer de pommade !

En cas de brûlure à l'œil, faire un cooling en mettant l'œil atteint vers le bas de manière à éviter toute projection dans l'œil sain.

3.4. Les lésions oculaires

Les lésions oculaires doivent toujours être prises en charge rapidement. L'intervention du secouriste se limitera à un rinçage doux et prudent de l'œil blessé et à la pose d'un pansement. Il ne faut jamais frotter l'œil ou y mettre un produit.

3.5. Les intoxications

L'intoxication est la conséquence de l'action nuisible d'une substance sur l'organisme. La victime intoxiquée peut présenter des vomissements, des douleurs abdominales, une diminution de la conscience et/ou des troubles respiratoires.

Que faire ?

- Identifier la substance et si possible la quantité
- Ne pas faire vomir
- Ne pas donner à boire ou à manger
- Surveiller les fonctions vitales et mettre en PLS (page 26)
- En cas d'intoxication au monoxyde de carbone (CO), ventiler la pièce et en extraire la victime.
- Appeler le 112 et/ou le centre anti poison : 070-24 52 45



3.6. La crise d'hyperventilation

L'hyperventilation signifie que le patient respire trop vite et trop profondément. Elle est souvent due au stress, à l'angoisse ou à une vive émotion mais est sans danger.

Ces crises sont plus communément appelées « crise de tétanie » ou « spasmophilie ».

Quels sont les symptômes ?

- la respiration est rapide
- la personne est angoissée
- picotements au niveau des doigts, des orteils, et autour de la bouche
- crampes de la main avec raidissement des doigts



http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Troussau%27s_Sign_of_Latent_Tetany.jpg

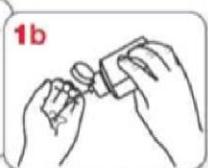
Que faire ?

- calmer la victime
- l'inviter à respirer dans un sac en papier en isolant la bouche et le nez de l'extérieur
- surveiller les fonctions vitales
- Si la crise ne passe pas, appeler le 112.

Fiche technique lavage des mains

Friction hydro-alcoolique – Comment ?

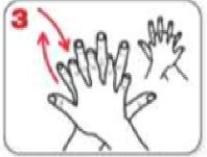
AVEC UN PRODUIT HYDRO-ALCOOLIQUE

Remplir la paume d'une main avec le produit hydro-alcoolique, recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



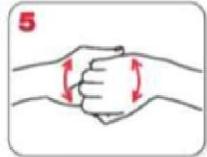
2
Paume contre paume par mouvement de rotation,



3
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice et versa,



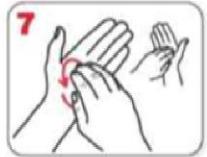
4
les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



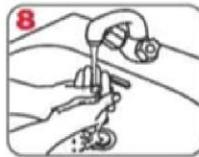
5
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains, opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



6
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice et versa,



7
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice et versa.



8
Rincer les mains à l'eau,



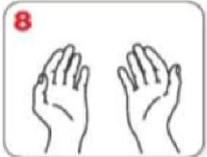
9
sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à l'aide de la serviette.



20-30 secondes



8
Une fois sèches, les mains sont prêtes pour le soin.

Lavage des mains – Comment ?

AVEC DU SAVON ET DE L'EAU



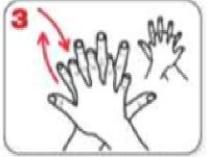
0
Mouiller les mains abondamment,



1
appliquer suffisamment de savon pour recouvrir toutes les surfaces des mains et frictionner :



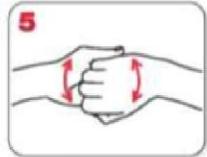
2
Paume contre paume par mouvement de rotation,



3
le dos de la main gauche avec un mouvement d'avant en arrière exercé par la paume droite, et vice et versa,



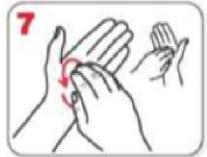
4
les espaces interdigitaux paume contre paume, doigts entrelacés, en exerçant un mouvement d'avant en arrière,



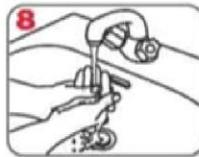
5
les dos des doigts en les tenant dans la paume des mains, opposées avec un mouvement d'aller-retour latéral,



6
le pouce de la main gauche par rotation dans la paume refermée de la main droite, et vice et versa,



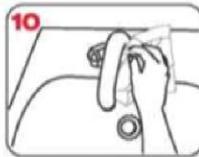
7
la pulpe des doigts de la main droite par rotation contre la paume de la main gauche, et vice et versa.



8
Rincer les mains à l'eau,



9
sécher soigneusement les mains avec une serviette à usage unique,



10
fermer le robinet à l'aide de la serviette.



40-60 secondes



11
Les mains sont prêtes pour le soin.

WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY

L'OMS remercie les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), en particulier les collaborateurs du service de Prévention et Contrôle de l'Infection, pour leur participation active au développement de ce matériel.

Octobre 2006, version 1.



Organisation mondiale de la Santé

Toutes les précautions ont été prises par l'OMS pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document est diffusé sans garantie, explicite ou implicite, d'aucune sorte. L'interprétation et l'utilisation des données sont de la responsabilité du lecteur. L'OMS ne saurait en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient en résulter.

Fiche technique PLS



- s'agenouiller à côté de la victime et veiller à ce qu'elle ait les jambes allongées ;
- positionner le bras le plus proche à angle droit par rapport à l'axe du corps ; le bras peut éventuellement être tendu ;



- amener le bras le plus éloigné en passant au-dessus du thorax ;
- poser le dos de la main de la victime contre sa joue ;
- maintenir cette main en place



- avec la main restée libre, plier le genou de la jambe la plus éloignée en laissant le pied sur le sol ;
- tirer la jambe pliée vers vous, en maintenant la main de la victime contre sa joue ; la hanche et le genou de la jambe relevée forment chacun un angle droit ;



- veiller à ce que le coude ait un appui ;
- basculer la tête vers l'arrière pour assurer la libération des voies respiratoires ;
- ajuster la main posée sous la joue de la victime, si nécessaire, pour aider à maintenir la tête en extension

- vérifier si la respiration est restée normale ;
- appeler, ou faire appeler, le numéro du service d'urgence 112 en demandant une ambulance ;
- vérifier régulièrement, au minimum chaque minute, que la respiration reste normale.



Réanimation Cardio-Pulmonaire de Base & Défibrillation Externe Automatisée



Vérifier si la victime réagit

Secouer doucement les épaules
Demander à voix haute: "Est-ce que ça va ?"



Si pas de réaction

Ouvrir les voies respiratoires et contrôler la respiration

Si la respiration n'est pas normale ou absente

Appeler le 112, trouver et rapporter un DEA

Commencer immédiatement la RCP

Placer vos mains au centre du thorax
Effectuer 30 compressions thoraciques :

- Appuyer fermement sur une profondeur d'au moins 5 cm et à une fréquence d'au moins 100/min.
- Placer vos lèvres hermétiquement autour de la bouche
- Insuffler doucement jusqu'à ce que le thorax se soulève
- Laisser l'air s'échapper puis insuffler à nouveau
- Poursuivre la RCP

RCP 30/2

Si la respiration est normale

*Placer en position latérale de sécurité

- Appeler le 112
- Vérifier régulièrement si la respiration reste normale



Allumer le DEA & appliquer les électrodes

Suivre les instructions vocales immédiatement
Appliquer une électrode sous l'aisselle gauche
Appliquer l'autre électrode sous la clavicule droite, à côté du sternum
Si plus d'un secouriste présent : ne pas interrompre la RCP



S'assurer que chacun se trouve à distance & administrer le choc

S'assurer que personne ne touche la victime
- pendant l'analyse
- au moment de l'administration du choc

**Si la victime réagit : mouvements, ouverture des yeux et respiration normale, arrêter la RCP
Si elle reste inconsciente, mettre la victime en position latérale de sécurité***



Conclusion :

A l'issue de la formation reçue et des exercices pratiques que vous avez réalisés, vous êtes maintenant capable de prendre en charge une personne victime d'un malaise ou d'un accident.

Vous avez été validé pour la réalisation d'une réanimation cardio-pulmonaire avec défibrillateur.

En vous souhaitant plein de réussite dans votre nouvelle compétence, nous vous rappelons que le recyclage des connaissances est obligatoire et qu'il est votre seule garantie afin de maintenir un bon niveau opérationnel dans ces situations souvent stressantes.