

1 LE CORPS HUMAIN

2 LES PREMIÈRES MINUTES

3 LES AFFECTIONS À RISQUE VITAL

4 LE PATIENT TRAUMATISÉ

5 MALADIES ET INTOXICATIONS

6 GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT INOPINÉ

7 L'ENFANT EN DÉTRESSE

8 URGENCES PROVOQUÉES PAR AGENTS PHYSIQUES

9 URGENCES PSYCHIATRIQUES

10 LE TRANSPORT DU PATIENT

11 LES CATASTROPHES

12 ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

13 TECHNIQUES

14 SUPPLÉMENTS

15 VOCABULAIRE

2

LES PREMIERES MINUTES

CONTENU

- 2.1 Evaluation de la situation
- 2.2 Evaluation primaire du patient
 - 2.2.1 Evaluation primaire rapide du patient
 - 2.2.2 Evaluation primaire plus détaillée
- 2.3 Evaluation secondaire du patient
- 2.4 Transport vers l'hôpital

Dès que vous arrivez sur place, vous êtes responsable du patient. Votre premier et unique but est de le secourir de manière rapide et adéquate. Ceci ne sera possible que si vous suivez une procédure bien définie. Cette procédure consiste en une évaluation systématique de la situation du patient suivie des mesures qui s'imposent. Ce chapitre décrit ces procédures à l'aide d'un diagramme qui sera le fil conducteur de tout le syllabus.

Evidemment, la connaissance de ces procédures ne peut pas être seulement théorique; il vous faudra accumuler une expérience pendant des années de pratique. Voilà pourquoi ce chapitre est peut être le plus difficile de tout le syllabus. Ce chapitre est en quelque sorte un condensé du syllabus. Ne vous laissez pas impressionner par la quantité de nouvelles informations que contiennent les pages qui suivent. Le tout sera détaillé ensuite. Après avoir parcouru le reste du syllabus, ce chapitre sera beaucoup plus clair. Très vite, les procédures décrites dans le diagramme vous seront familières dans votre pratique de routine. Vous apprendrez qu'il est possible d'accomplir beaucoup de choses dans un laps de temps court.

LE PLUS IMPORTANT D'ABORD

La gravité de la maladie ou d'un accident varie selon les cas. Si des patients sont peu atteints, d'autres peuvent se trouver en danger de mort.

L'ambulancier doit pouvoir évaluer la gravité du problème. Ainsi un ambulancier sera capable de réactions adéquates qui peuvent sauver la vie d'un patient ou prévenir toute détérioration de la santé. Vous serez toujours guidé par la réponse à cinq questions:

- 1. Quelles sont les circonstances que vous découvrez? Les conditions d'intervention sont-elles sûres et contrôlez-vous la situation?**
- 2. L'évaluation primaire rapide montre-t-elle un danger de mort? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez procéder à une évaluation primaire plus détaillée.**
- 3. L'évaluation primaire détaillée montre-t-elle que le patient se trouve quand même dans une situation critique?**
- 4. Quels sont les éléments de l'évaluation secondaire?**
- 5. Êtes-vous prêt pour le départ et le transport vers l'hôpital?**

L'ordre des questions ne s'improvise pas. Les questions les plus importantes sont posées en premier lieu.

2.1 Evaluation de la situation

Si le préposé du centre 100 vous a informé de la situation sur place, vous pouvez prendre des précautions pour votre propre sécurité pendant le trajet vers le patient: enfiler des gants, adapter vos vêtements aux conditions atmosphériques, préparer des torches électriques. Vous pouvez vous faire une idée du matériel dont vous aurez besoin.

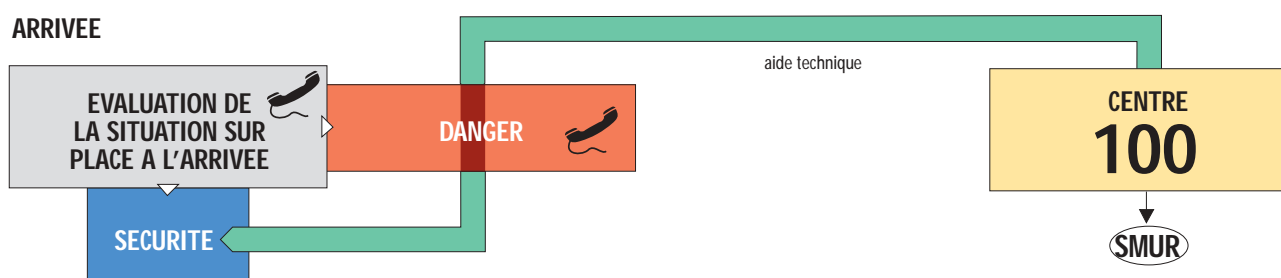
A votre arrivée, vous informez le centre 100: "Sur place".

À L'ARRIVÉE ...

Dès que vous arrivez sur place, il vous faudra d'abord avoir une vue globale de la situation. Une observation précise peut vous apprendre beaucoup à propos des circonstances. Parfois une appréciation rapide est suffisante, souvent il faudra rechercher activement des facteurs de menace. Il vous faudra examiner immédiatement les environs, pour deux raisons:

- Contrôler s'il y a encore du danger pour les intervenants ou le patient.
- Informer le centre 100 des circonstances locales, ce que seul un intervenant qui est sur place peut faire. Cela sera d'une importance capitale pour les intervenants suivants.

DIAGRAMME 2.1



EXISTE-T-IL UNE MENACE DE DANGER?

La situation dans laquelle le patient se trouve peut être dangereuse. Faites attention aux dangers possibles, tant pour le patient que pour vous.

- Enfilez des gants, surtout si vous voyez du sang.
- Ne vous introduisez jamais dans un espace rempli de fumée sans l'assistance des pompiers.
- Présence de gaz toxiques? Un patient inconscient dans une salle de

bains peut signifier une intoxication au monoxyde de carbone. Il vous faudra aérer la pièce.

- Quelles sont les conditions atmosphériques? En cas de pluie, de neige ou de verglas, il faut prévenir toute hypothermie; le soleil ou la chaleur intense peuvent causer des insolation ou des hyperthermies.
- Si la victime se trouve dans une voiture accidentée ou dans un bâtiment instable, libérez la victime avec une prudence extrême.
- Les épaves de voitures accidentées peuvent gêner la circulation et présenter un danger pour les autres usagers de la route.
- Une fuite de carburant présente un grand risque d'inflammation.
- Un conteneur ou un camion-citerne déchiré peut contenir des produits dangereux.
- Des câbles électriques arrachés occasionnent un danger d'électrocution.



Le chapitre 13 détaillera cet aspect des dangers et de la sécurité au travail de l'ambulancier.

DEMANDEZ DE L'AIDE SUPPLÉMENTAIRE

La première question que vous vous posez dans ces circonstances est: vous trouvez-vous dans une situation à risque spécifique? Existe-t-il un risque pour votre propre sécurité ou pour celle de la victime? Une aide supplémentaire (spécialisée) s'impose-t-elle? Cette aide peut être technique ou médicale (flèche verte sur le diagramme).

Pour **l'aide technique** vous pouvez faire appel aux pompiers. Par exemple, ceux-ci disposent du matériel adapté pour libérer des victimes coincées. Souvent vous aurez besoin de l'intervention de la police ou de la gendarmerie pour contrôler la circulation. N'oubliez pas que vous n'êtes pas qualifié pour régler celle-ci.



Lorsqu'il y a plusieurs victimes, une aide ambulancière supplémentaire peut être nécessaire: plusieurs ambulances. En cas de "catastrophes" avec un nombre élevé de victimes, on demandera au centre 100 d'activer le plan "catastrophe". Il est parfois évident qu'une aide médicale spécialisée du **SMUR** est nécessaire, par exemple lors d'un arrêt cardiaque ou lorsque vous trouvez sur place un médecin en train de réanimer le patient.

QUAND LE PATIENT EST-IL EN DÉTRESSE?

Pendant que vous courez de l'ambulance au patient, vous pouvez apprendre beaucoup d'éléments sur les circonstances qui entourent le sinistre et la situation du patient.

Ecoutez les passants ou les premiers témoins tout en ne vous laissant pas distraire du patient. Les témoins peuvent vous informer par exemple: "il

est tombé d'une échelle", ou "il se trouve sur un câble électrique".

En inspectant la situation vous verrez si quelque chose est tombé sur le patient, s'il y a eu un incendie, si le patient est tombé. En cas d'accident de voiture, une inspection à travers le pare-brise peut vous apprendre beaucoup de choses: le volant a-t-il été déformé?, le pare-brise est-il brisé ou fêlé? Cela peut vous orienter vers le type de lésions à rechercher. La position du patient peut apporter des informations. Le patient se trouve-t-il dans une position inhabituelle? Voyez-vous du sang? Le patient se plaint-il de douleur? Les vêtements sont-ils déchirés? De la sorte vous pouvez collecter beaucoup d'informations utiles, même avant d'avoir parlé au patient ou de l'avoir touché. Pas à pas, vous apprendrez dans ce manuel les choses importantes qu'il faut contrôler.

2.2 Evaluation primaire du patient

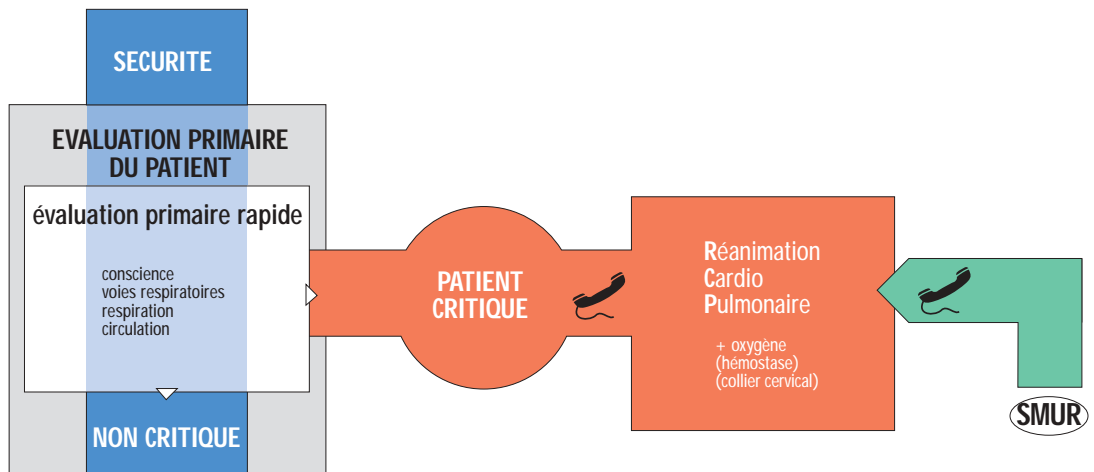
L'évaluation primaire a pour but de vérifier systématiquement si les lésions ou la maladie mettent en danger la vie du patient. Danger pour la vie veut dire qu'il y a perturbation ou menace des fonctions vitales ("vita" veut dire en latin "vie"). Ces fonctions ont été amplement décrites dans le chapitre 1: le système nerveux (conscience), la respiration et la circulation.

Dans l'évaluation primaire nous discernons:

1. l'évaluation primaire **rapide** où toute atteinte qui menace la vie, doit être reconnue et traitée immédiatement.
2. une **récapitulation** de l'évaluation primaire lorsque l'évaluation primaire rapide le permet.

2.2.1 L'ÉVALUATION PRIMAIRE RAPIDE

DIAGRAMME 2.2



L'évaluation primaire commence par une appréciation de la conscience et se poursuit par l'**ABC** de l'aide médicale urgente. Cet ABC est une abréviation internationale qu'on emploie pour désigner les étapes successives de l'évaluation primaire: **A**ir passage, **B**ouche-à-bouche, **C**irculation. Vous devrez réaliser rapidement cette évaluation rigoureusement dans cet ordre:



- (1) les voies respiratoires sont-elles dégagées?
- (2) le patient respire-t-il ou doit-il être ventilé?
- (3) la circulation sanguine est-elle normale?

La procédure ABC est systématique, ce qui veut dire que vous ne pourrez entamer l'étape suivante que si la précédente a été couronnée de succès. C'est une procédure où vous devrez traiter le patient tout en l'examinant. Ceci implique que vous n'observerez la respiration qu'après avoir dégagé les voies respiratoires. Peu importe le point C, tant que le point A n'a pas été contrôlé et traité.

En aucun cas, on ne saurait s'écarter de la priorité absolue de l'ABC, aussi spectaculaires que soient les blessures. Par exemple, dans le cas d'un blessé inconscient, il est dangereux de s'occuper d'abord de l'origine d'une hémorragie (C) et ne pas s'assurer que les voies respiratoires sont libres (A), car la victime risque d'étouffer et de faire un arrêt cardiaque.

Si la première évaluation de la situation et du patient montre une altération de l'état de conscience, de la respiration ou de la circulation, appelez immédiatement le SMUR.

*Conscience?
Le patient réagit-il?*

Il faut toujours d'abord vérifier si le patient est conscient. Pour vous en assurer, adressez-lui la parole. Présentez-vous "Je suis l'ambulancier X et nous venons vous aider" et demandez ce qui s'est passé. Si le patient vous répond, vous savez qu'il est conscient, respire et qu'il a un pouls.



Si le patient ne réagit pas à vos questions, tapez-lui sur l'épaule et adressez-lui de nouveau la parole. Si le patient ne réagit pas à vos questions, vous avez constaté que l'état de conscience du patient est diminué ou que celui-ci est inconscient.



Une victime inconsciente doit toujours être positionnée sur le dos. Cette procédure est nécessaire parce qu'il est très difficile de contrôler les voies respiratoires ou la respiration du patient lorsqu'il est couché sur le ventre. Attention: un patient inconscient peut avoir subi une lésion de la nuque.

Il faut donc déplacer la victime d'une manière extrêmement prudente pour qu'une lésion de la moelle épinière ne soit pas aggravée. Dans ce cas, vous employez toujours la technique "log-roll". Cette technique suppose que vous tourniez la tête, la nuque et le torse en bloc. Cette procédure sera détaillée ultérieurement.



A: Les voies respiratoires sont-elles dégagées?

La respiration est une fonction vitale de la victime. Elle n'est possible que si les voies respiratoires sont dégagées. Les techniques pour désobstruer les voies respiratoires sont détaillées dans le chapitre 3. Retenez déjà qu'en présence d'un patient inconscient avec suspicion de lésions cervicales, il faut toujours employer la technique de la protrusion de la mâchoire pour dégager les voies respiratoires.



Lorsque le patient ne présente pas de douleur cervicale et ne présente aucun signe d'une lésion cervicale, vous employez la technique de bascule de la tête de la victime en hyperextension pendant que le menton est tiré en avant. Les deux techniques sont complétées par une désobstruction de la bouche avec les doigts.



B: La respiration artificielle est-elle nécessaire?

La respiration est évaluée en regardant, en écoutant et en sentant. **Regardez** les mouvements de la cage thoracique (parfois les mouvements respiratoires sont plus visibles à hauteur de la paroi abdominale). **Rapprochez** ensuite votre **oreille** de la bouche et du nez du patient. De la sorte, vous pourrez **entendre** le flux de l'air et si la respiration est dif-

ficile. Vous pouvez aussi **sentir** avec la joue s'il y a un flux d'air.

3.1
⇒

Si le patient ne respire pas ou très peu, commencez immédiatement la respiration artificielle. Parfois vous devrez administrer de l'oxygène. Ceci suppose des techniques spécifiques que nous décrivons dans le chapitre 3.



Recherche de la respiration:

- voir
- entendre
- sentir

C: La circulation sanguine est-elle correcte?

Après la recherche de la respiration (et après dégagement des voies respiratoires si nécessaire), vous contrôlez la fonction vitale qu'est la circulation sanguine. En palpant le pouls vous aurez une première idée de la situation de la fonction cardiaque et circulatoire.

Vous contrôlez le pouls au niveau de l'artère carotide. Pour cela vous employez l'index et le médium. (N'employez pas le pouce car vous pouvez confondre le pouls du patient avec le vôtre.)

En vous agenouillant près de la tête du patient, vous pouvez procéder à toutes les techniques ABC sans qu'il soit nécessaire de changer de position.

3.2
⇒

Lorsque le pouls n'est pas palpable, il faut commencer immédiatement la réanimation et demander le SMUR. Les techniques de réanimation avec ou sans matériel, et avec ou sans aide d'un assistant, seront détaillées dans le chapitre 3.



3.3

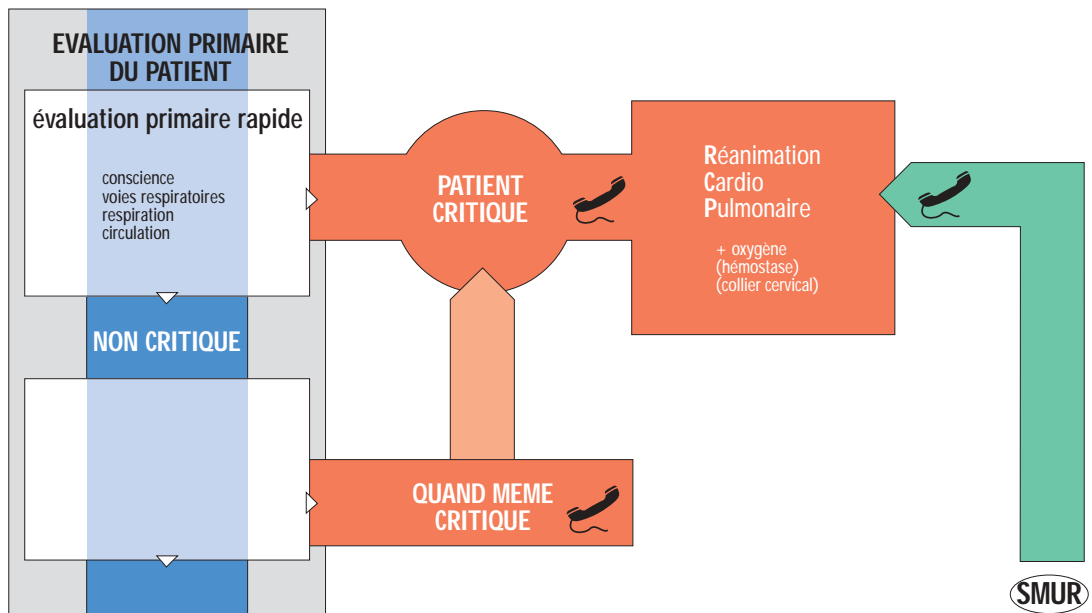
En cas d'hémorragies externes avec abondante perte de sang, vous devez comprimer la blessure. Des hémorragies peuvent – si elles ne sont pas arrêtées – entraîner un choc et menacer la vie du patient.

Le patient est-il dans un état critique?

Chaque patient dont la conscience est diminuée, les voies respiratoires obstruées, la respiration perturbée, la circulation insuffisante, est en danger de mort! Cela est un état critique.

La possibilité de pouvoir aider ces victimes par vos propres moyens peut être faible. En cas de doute, il ne faut pas gaspiller de temps: il faut demander au centre 100 une assistance médicale urgente: le SMUR.

DIAGRAMME 2.3



Un exemple: vous êtes envoyé par le centre 100 suite à l'appel d'une dame qui a trouvé son mari inconscient. A l'arrivée, vous apprenez que cette dame l'a vu tomber et que, dans le passé, il prenait déjà des médicaments pour des troubles cardiaques. Vous trouvez un adulte couché sur le ventre. Il ne réagit pas, ni lorsque vous lui adressez la parole, ni quand vous lui tapez sur l'épaule. Il est donc inconscient. Il n'y a pas de signe de lésion grave traumatique. Avec prudence vous le couchez sur le dos. Vous appréciez l'ABC. Les voies respiratoires semblent libres mais il n'y a pas de trace de respiration ni de pouls. Il s'agit clairement d'un arrêt respiratoire et cardiaque. Entamez immédiatement la réanimation et demandez au centre 100 l'assistance du SMUR.

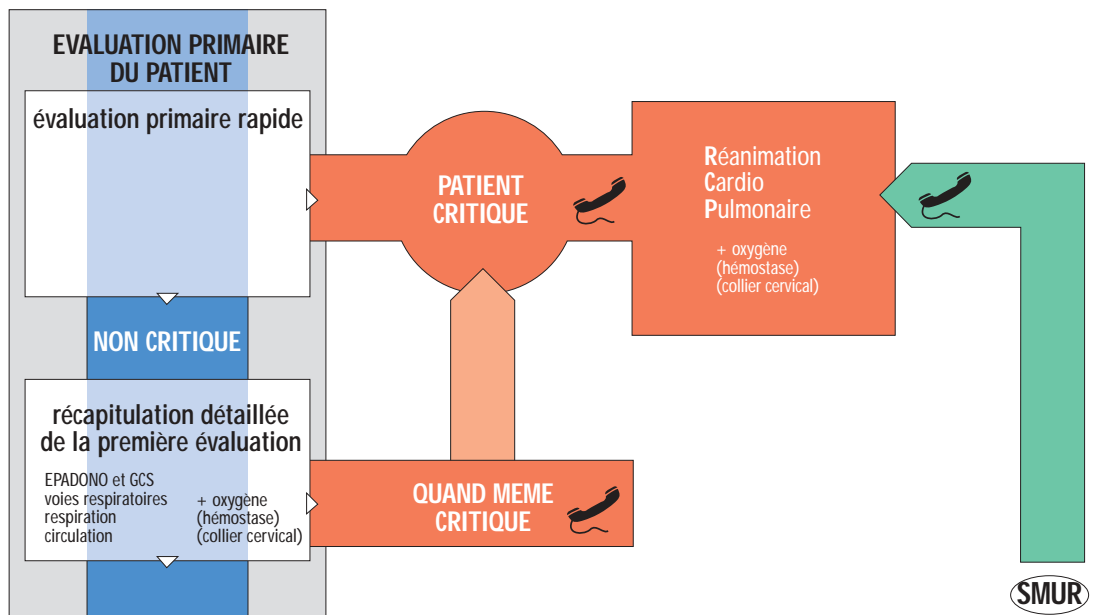
Dans cet exemple, il est clair pour tout le monde qu'il s'agit d'un patient en état critique. Parfois les signes d'un état critique seront plus subtils ou moins prononcés. Il vous faudra apprendre dans ce manuel et par votre pratique comment différencier les situations critiques de celles qui ne le sont pas.

Si la situation ne vous semble pas critique, il vous faudra recommencer l'évaluation primaire d'une manière plus détaillée.

2.2.2 LA REVUE DÉTAILLÉE DE L'ÉVALUATION PRIMAIRE

Vous commencez par un examen plus détaillé de l'évaluation de l'état de conscience et vous examinez la colonne vertébrale. En fait, vous évaluez le système nerveux et les fonctions vitales qui en dépendent.

DIAGRAMME 2.4



Conscience et système nerveux

Pour évaluer l'état de **conscience** d'une manière plus détaillée, on doit réaliser des stimulations bien définies. Pour cela on emploie la procédure **EPADONO**, ce qui veut dire: **E**veil, **P**arole, **D**ouleur, **N**on réactif. Quand le patient connaît son nom, sait ce qui se passe, connaît le jour de la semaine et où il se trouve, vous le considérez "en éveil". Si la victime semble inconsciente mais réagit cependant quand on lui adresse la parole, vous jugez que le patient réagit à la parole. Si ce n'est pas le cas, il se peut que la victime réagisse à des stimuli douloureux (p.e. en comprimant l'ongle de l'index). Dans ce cas on considère la victime sensible à la douleur. Si la victime ne réagit même pas à cette stimulation douloureuse, on la considère comme non réactive.



En cas d'accident, vous complétez le "score de Glasgow" qui sera détaillé au chapitre 4.

Par cette évaluation plus détaillée, vous reconnaissez quatre niveaux de conscience dont seulement l'état "éveillé" peut être considéré comme normal et non-critique. Si la victime ne réagit qu'à la parole, la douleur ou



si elle est non-réactive, la situation peut comporter un danger de mort. Dans ces cas-là, la situation du patient doit être considérée comme critique.

Même une altération temporaire de l'état de conscience doit toujours être rapportée au médecin. Aussi longtemps que vous êtes responsable du patient, il faut contrôler en permanence toute altération de l'état de conscience.

Attention aux fractures vertébrales

L'ambulancier doit toujours s'inquiéter de la possibilité de fractures vertébrales. Une fracture vertébrale est une situation critique parce que la victime risque une paralysie irréversible.

Souvent les patients, victimes de fractures vertébrales, se plaignent de douleur au niveau du cou ou du dos. Les victimes inconscientes ne peuvent pas exprimer cette plainte. C'est pourquoi l'on suppose que tout patient présentant un état de conscience diminué peut souffrir d'une lésion vertébrale. Jusqu'à la preuve du contraire, cette supposition reste de mise. Si les circonstances montrent un accident, et si la victime souffre de douleur à la nuque, il faudra toujours agir avec prudence.

10.3
→

Dans ce cas, on applique un collier cervical lorsque l'ABC de l'évaluation primaire a été complété. Chez les victimes d'un accident qui restent en éveil, mais qui se plaignent d'une douleur au dos, de sensations anormales aux doigts ou aux orteils, ou de paralysies des bras ou des jambes, il faudra toujours penser à une fracture vertébrale.

10.2
→

Les victimes d'accident, qui ont présenté une diminution de l'état de conscience temporaire, seront stabilisées par un collier cervical pendant la récapitulation plus détaillée de l'ABC, avant qu'elles ne soient déplacées avec prudence. A cet effet, on emploie des moyens particuliers de relève comme par exemple une civière à palettes ou le matelas à dépression.

L'évaluation exacte de l'état du système nerveux et de l'état de conscience suivie des mesures qui s'imposent, seront redétaillées dans le chapitre 4 qui traite des lésions du cerveau et de la moelle épinière.

Les voies respiratoires et la respiration (A-B)

Quand on évalue la liberté des voies respiratoires, il faut en premier lieu écouter les sons qui sortent du nez et de la bouche du patient. Normalement, la respiration est un processus rythmique plutôt silencieux (voir ultérieurement). Si les voies respiratoires sont obstruées, vous entendrez un bruit de sifflement, de gargarisme ou de ronflement. Ceci indique un risque vital pour le patient.



En cas d'obstruction complète des voies respiratoires, vous n'entendrez rien. Ceci est une situation critique qui ne vous permet pas de continuer une récapitulation détaillée de l'évaluation primaire. Vous entamerez immédiatement la réanimation avec les mesures qui s'imposent pour dégager les voies respiratoires. Vous demandez immédiatement une intervention du SMUR au centre 100.

Si la récapitulation détaillée de l'évaluation primaire du patient ne démontre pas une situation critique, vous allez contrôler **comment** le patient respire.

Un adulte normal respire avec une fréquence de 12 à 20 fois par minute. Le nombre de mouvements respiratoires par minute s'appelle la **fréquence respiratoire**. Pour déterminer cette fréquence, vous observez pendant une demi-minute le nombre de mouvements ascendants de la cage thoracique ou du ventre et vous multipliez ce nombre par deux. Une respiration normale est composée de mouvements inspiratoires et expiratoires qui se succèdent régulièrement. On peut discerner un **rythme respiratoire** régulier ou irrégulier. Il faut aussi contrôler les **caractéristiques respiratoires**: une respiration peut être superficielle ou profonde, une respiration peut être difficile ou calme. Normalement, un être humain respire sans effort et sans s'en apercevoir. Les caractéristiques de certains types de respiration, leurs fréquences, leurs rythmes sont résumés dans le tableau 2.1.

TABLEAU 2.1

COMMENT LE PATIENT RESPIRE-T-IL?		L'ÉTAT DU PATIENT EST	EXEMPLE
Fréquence	12-20/min.	normal	
	inférieur à 12/min.	critique	intoxication avec coma par l'alcool ou des médicaments
	plus de 20/min.	critique	asthme insuffisance cardiaque
Rythme	régulier	normal	
	irrégulier	critique	coma par hémorragie cérébrale
Caractéristiques	sans effort	normal	
	profondément	critique	insuffisance cardiaque
	superficiellement	critique	asthme problème cardiaque

La circulation (C)

Si, à ce stade, la récapitulation plus détaillée de l'évaluation primaire n'a pas montré une situation critique de la conscience, des voies respiratoires ou de la respiration, vous pouvez contrôler d'une manière plus fine la circulation sanguine (**C**). S'il s'agit d'une victime critique, vous palpez d'abord l'artère carotide. Si la victime n'est pas dans un état critique, vous pouvez contrôler le pouls au niveau du poignet. A cet effet, vous employez l'index et le médus.

Vous évaluez la fréquence, la régularité et la force du pouls. Normalement, la **fréquence du pouls** se situe entre 60 et 80 pulsations par minute. On peut calculer la fréquence du pouls de la manière suivante: on compte le nombre de pulsations pendant 15 secondes et on multiplie ce nombre par 4. Le résultat vous donne le nombre de pulsations par minute. Si la fréquence du pouls est lente on parle d'une "bradycardie" (brady est le terme grec pour lent). Si la fréquence du pouls est élevée on parle d'une "tachycardie" (tachy est le terme grec pour rapide).

Normalement le pouls est régulier, c'est-à-dire qu'il y a un intervalle fixe entre deux pulsations consécutives et donc un **rythme** régulier. Si ce n'est pas le cas, on parle d'un pouls irrégulier ou d'une arythmie. Cette anomalie peut être associée aussi bien à un rythme lent qu'à un rythme rapide.

Une autre caractéristique du pouls est le "**volume**", c'est-à-dire la **force** de frappe. Normalement, le volume des pulsations est ressenti comme "bon". En cas d'hémorragie abondante ou d'insuffisance cardiaque le pouls sera ressenti comme "faible". Par contre, en cas d'efforts importants, le cœur bat plus fort. Par conséquent, les pulsations entraîneront un pouls plus vigoureux. Dans le tableau 2.2, ces différentes caractéristiques sont résumées.

TABLEAU 2.2

CARACTERISTIQUES DU POULS		ETAT DU PATIENT	EXEMPLES
Fréquence	60-80/min.	normal	
	moins de 60/min.	normal critique	sportif au repos problème cardiaque hémorragie cérébrale
	plus de 80/min.	normal critique	effort fièvre hémorragie manque d'oxygène problème cardiaque
Rythme	régulier irrégulier	normal critique	problème cardiaque
Force	bonne faible	normal critique	problème cardiaque hémorragie

Une récapitulation plus détaillée de l'évaluation primaire vous permet de détecter si la situation du patient est malgré tout critique. Si vous trouvez des indications dans ce sens, il ne faut pas entamer l'évaluation ultérieure et deux réactions immédiates s'imposent: prendre les mesures pour soutenir les fonctions vitales et informer le centre 100 pour demander une intervention du SMUR.

2.3 Evaluation secondaire du patient

Si après la récapitulation détaillée de la première évaluation vous estimez que le patient ne se trouve pas en danger de mort, vous pouvez procéder à l'évaluation secondaire. Pendant cette évaluation, vous cherchez des lésions ou des symptômes qui potentiellement peuvent menacer la vie. L'exemple suivant va le démontrer clairement.

Le centre 100 vous envoie vers quelqu'un qui est enseveli sous un toit effondré sur un chantier. Pendant le trajet, vous prenez des précautions pour votre propre sécurité (casque). Vous arrivez sur le chantier et annoncez au centre 100 que vous êtes sur place. Les travailleurs vous assurent que le chantier est sûr et vous déclarent que la poutre effondrée a touché un de leurs collègues. Vous arrivez près du blessé et dites: "Je suis l'ambulancier X et je viens vous aider. Que s'est-il passé?" La victime répond: "Une poutre m'est tombée sur la jambe, je crois que ma jambe est cassée." Votre **première évaluation** vous permet de constater que la victime est consciente, présente des voies respiratoires libres, respire et présente une circulation. A première vue, le patient ne se trouve pas en situation critique.

Par conséquent, vous avez le temps d'exécuter une **récapitulation détaillée de la première évaluation**. Il connaît son nom, sait quelle heure il est et où il se trouve. Il est "éveillé". Il n'a pas perdu connaissance. Il dit qu'il ne souffre pas de la nuque et qu'il n'a pas de paresthésies dans les doigts ou les orteils. Il parle normalement et donc les voies respiratoires sont libres. Vous contrôlez la respiration et constatez que la fréquence est élevée: 20 fois par minute avec un rythme régulier. Son pouls, mesuré à la hauteur du poignet, est vigoureux avec un rythme de 80 par minute.

Cette récapitulation détaillée de la première évaluation vous a permis de conclure que la situation n'est pas critique.

Maintenant vous avez le temps d'exécuter une **évaluation secondaire**. Vous demandez au patient où se situe la douleur. Le patient répond que c'est surtout à la jambe. Vous remarquez qu'en effet, elle a un aspect anormal. Vous demandez s'il ressent d'autres douleurs à d'autres places. Si, par exemple, il se plaignait aussi de douleur au ventre, ceci pourrait indiquer qu'il souffre d'une hémorragie interne suite à l'impact de la poutre effondrée. Cela peut aussi, par exemple, indiquer une lésion de la rate et cette situation peut se détériorer très vite pendant le transport vers l'hôpital.

L'évaluation secondaire sert donc à:

1. Chercher des lésions sérieuses qui peuvent s'aggraver pendant le transport vers l'hôpital.
2. Chercher des lésions qui ne menacent pas immédiatement la vie mais qui cependant doivent être traitées avant le transport.

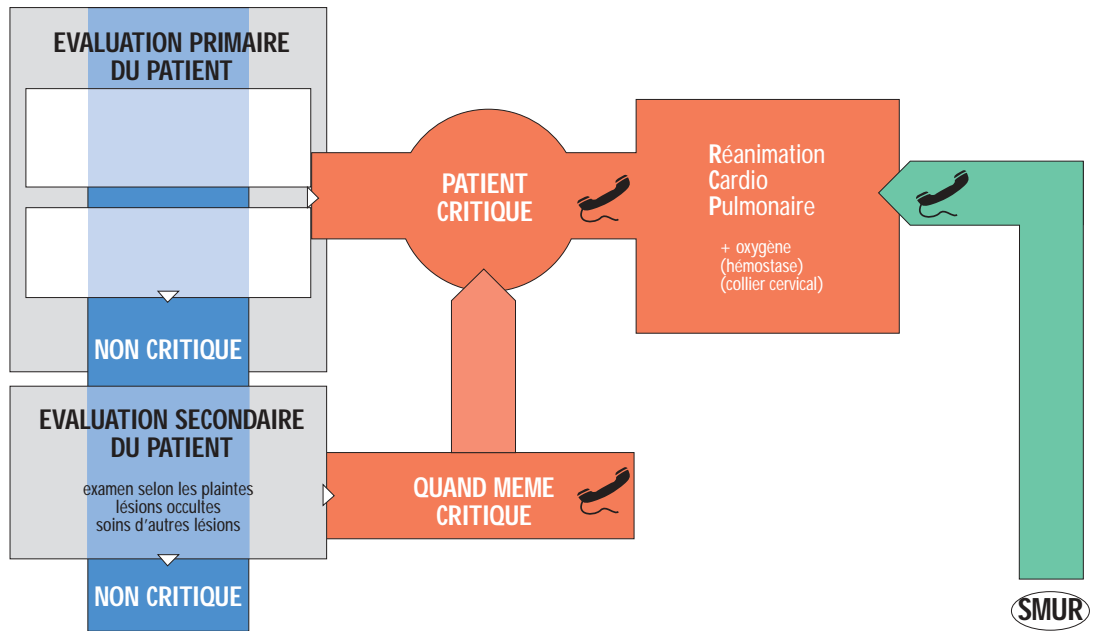


DIAGRAMME 2.5

L'évaluation secondaire consiste à (1) évaluer l'état général du patient, (2) interroger le patient ou les premiers témoins, et (3) réaliser une inspection plus détaillée du corps du patient.

Si, pendant l'évaluation secondaire, vous constatez une situation qui menace la vie du patient, l'évaluation secondaire est interrompue et vous suivez à nouveau la procédure de la première évaluation: vous soutenez les fonctions vitales et vous prévenez le centre 100 en demandant une intervention du SMUR.

1. Etat général

Vous pouvez apprendre beaucoup de la position du patient. L'ambulancier inexpérimenté ne pourra pas facilement tout observer en même temps. Vous constaterez cependant qu'avec une expérience accrue, vous serez de plus en plus capable d'évaluer rapidement les situations de détresse. Dans ce manuel, puis dans la pratique, vous serez confronté à beaucoup de situations de détresse qui vous deviendront routinières. Nous nous limitons ici à quelques exemples.

Un patient avec un visage défiguré de douleur, dont l'épaule pend et qui n'ose pas bouger, peut souffrir d'une luxation de l'épaule.

Un patient qui est assis dans le lit, qui a peur, et qui respire vite et bruyamment, peut souffrir d'une insuffisance cardiaque.

Un patient qui n'ose pas bouger dans le lit, qui a un aspect très atteint, et qui n'ose pas faire de mouvements parce que cela lui cause des douleurs abdominales, peut souffrir d'une inflammation du péritoine ...



En cas d'accident de voiture, la position de la victime est très importante parce qu'elle peut vous indiquer le mécanisme de l'accident et les lésions à prévoir. La victime est-elle coincée, portait-elle une ceinture de sécurité, quelle était la place de départ de la voiture? Le pare-brise est-il fêlé et est-il taché du sang de la tête du patient? La victime a-t-elle été éjectée de la voiture et à quelle distance? Le motocycliste portait-il son casque et ses vêtements de protection? Les mécanismes des accidents seront détaillés dans l'introduction du chapitre 4.

2. Interrogation du patient

Remarque préliminaire: Vous ne pouvez commencer l'interrogation qu'après avoir terminé complètement la première évaluation. Il est évident que parfois le patient ne peut pas répondre à vos questions. Ceci dépend surtout de l'état de conscience. Si le patient ne peut pas répondre à vos questions lui-même, vous consulterez les membres de la famille ou les témoins. En tout cas, quelqu'un de l'équipe des intervenants doit toujours rester près du patient et l'observer. De préférence, vous interrogez le patient vous-même. Le contact avec un ambulancier calme souvent le patient.

Une interrogation médicale exige beaucoup d'expérience. Vous apprendrez à ne pas suggérer les réponses. N'influencez pas le patient mais laissez-lui la parole pour vous raconter ce qui s'est passé. Attention, ce n'est pas le moment non plus de perdre trop de temps.

Comment procéder? Commencez toujours par vous présenter vous-même (Bonjour, monsieur/madame, je suis l'ambulancier X. Que s'est-il passé?). Demandez quelle est la **plainte principale**. C'est le problème qui a motivé le patient ou les premiers témoins à demander de l'aide. Dans la plupart des cas il sera clair, mais il est conseillé de déterminer la plainte principale en demandant au patient de quoi il se plaint le plus. En cas d'accident, une plaie à la tête peut être impressionnante, mais cependant il est plus important de savoir que le patient se plaint d'une douleur de la nuque, ce qui indique la possibilité d'une lésion cervicale. Une interrogation approfondie peut vous donner des informations additionnelles. Par exemple, quand il s'agit d'une douleur thoracique:

- la localisation de la douleur (derrière le sternum),
- la nature de la douleur (des crampes, des picotements, une oppression),
- l'évolution (quand la douleur a-t-elle commencé?),
- comment et dans quelles circonstances la plainte principale est-elle apparue? (une douleur thoracique après un repas consistant ou après un accident indique des problèmes différents).

Après ces questions, vous connaissez **quelle** est la plainte principale, **où** elle se situe, **quand** et **comment** elle a débuté. En cas d'accident de voiture, il est important de rechercher les circonstances de l'accident et de mentionner cette information dans le rapport qui sera remis au médecin. Ne perdez pas de temps. Avec de l'expérience, vous collecterez l'information pendant que vous prenez les mesures qui s'imposent.

Après avoir posé des questions à propos de la plainte principale, vous pouvez récolter des informations additionnelles qui serviront au traitement ultérieur du patient. Il faut d'abord vous informer de la prise de médicaments. Demandez quels médicaments le patient a l'habitude de prendre. Si nécessaire, apportez-les à l'hôpital.

Vous demanderez si le patient souffre de maladie importante comme par exemple: diabète, maladie du cœur ou respiratoire. Il ne faut pas toujours détailler votre interrogatoire. La plupart du temps, un patient sait qu'il souffre d'asthme (ce qui est important à savoir), qu'il a été opéré d'une hernie il y a quatre ans n'a pas beaucoup d'importance en soi.

Il est aussi important de demander si le patient est allergique (à certains médicaments, aliments, ou insectes). C'est aussi une information essentielle pour le médecin. Quelles pathologies? Quels traitements? Quelles allergies?

Quelles maladies, quels traitements, quelles allergies?

3. Examen du patient

Un ambulancier n'est pas autorisé à réaliser un examen "médical" du patient. Cependant, il doit essayer d'une manière pleine de tact d'avoir un aperçu aussi complet que possible des problèmes du patient. L'ambulancier est souvent le premier et le seul secouriste sur place qui peut collecter l'information. Votre rapport sur l'état du patient et les circonstances de l'urgence seront très utiles pour le médecin du SMUR ou le médecin à l'hôpital. Celui-ci attend de vous un rapport dans lequel vous décrivez la situation des fonctions vitales, les signes et les symptômes.

Les **signes** sont les éléments que vous pouvez voir, entendre, sentir.

Les **symptômes** sont composés de plaintes du patient. Vous avez rassemblé la majorité de cette information pendant l'interview.

Procédez d'une manière systématique pendant l'observation, point par point, de la tête jusqu'aux pieds. Employez tous vos sens:

- Observez les lésions, les colorations anormales, les positions anormales d'un membre ou les mouvements inhabituels.
- Ecoutez les bruits de la respiration ou de membres fracturés.
- Observez des déformations, des zones inhabituellement dures ou molles, des points douloureux, et la température de la peau.
- Sentez des odeurs inhabituelles du corps, de la respiration ou des vêtements, comme par exemple l'odeur d'alcool ou de substances chimiques.

Nous nous limiterons à quelques exemples de questions que vous posez pendant l'évaluation secondaire. L'importance de ces éléments et les conclusions que vous pouvez en tirer seront détaillées dans le chapitre suivant.

La peau Le visage est-il pâle, cyanosé? La peau est-elle humide? Déterminez si le patient a chaud ou froid, employez le dos de votre main que vous posez sur le front du patient. La peau est-elle sèche, humide ou moite? La chair de poule est souvent un symptôme de refroidissement.

La tête Contrôlez la présence de pertes de sang ou de liquide cérébro-rachidien venant du nez ou de la bouche. Observez les pupilles. Dans les circonstances normales, les deux pupilles ont un contour régulier à diamètre identique.
Voyez-vous des blessures? La victime fait-elle une grimace?

Le cou Comment sonne la voix du patient? Est-elle rauque?
Le patient souffre-t-il de douleur aux muscles du cou? Soyez attentif aux éventuelles fractures des vertèbres cervicales.
Le patient emploie-t-il les muscles du cou pour respirer?

Les épaules, les bras et mains Y a-t-il des signes de fracture de la clavicule, du bras ou de l'avant-bras?
Les mouvements des mains et des doigts sont-ils possibles?

La cage thoracique La cage thoracique présente-t-elle des mouvements irréguliers ou asymétriques lors de la respiration?
Le patient se plaint-il de douleurs à la cage thoracique?

L'abdomen Le ventre est-il gonflé? Le patient se plaint-il de douleurs abdominales?

Le dos Le patient se plaint-il de douleurs à la hauteur du dos?

Le bassin Le patient souffre-t-il de douleurs aux hanches, au bassin ou au pubis?

Les jambes, les genoux, les chevilles et les pieds Voyez-vous des signes de fractures, luxations ou blessures?

De cette manière vous obtiendrez très vite une impression générale de la situation du patient.

2.4 Transport vers l'hôpital

Après avoir prodigué les premiers soins qui sont détaillés dans le chapitre 4, vous transférez le patient dans l'ambulance avec les précautions qui s'imposent (voir chap. 10). N'oubliez pas la prudence que nécessite le transport d'un patient souffrant d'une lésion des vertèbres cervicales ou dorsales (voir chap. 4).

Avertissez le centre 100 que vous partez avec le patient, en mentionnant votre destination. Lorsque vous partez avec l'ambulance vers l'hôpital, cela veut dire que vous n'avez pas appelé le SMUR et que le patient ne court pas un risque vital. Le transport sûr et calme vers l'hôpital est plus important qu'un gain de temps de quelques minutes par une course effrénée. Le transport doit se faire en toute sécurité et ne peut pas aggraver la situation.

Le convoyeur doit rester près du patient.

Vous observez le patient pendant le trajet. Recommencez l'évaluation des fonctions vitales. Si la situation du patient se détériore, commencez immédiatement les mesures qui s'imposent et demandez le SMUR.

Lorsque vous arrivez à l'hôpital, vous en avisez le centre 100. A l'hôpital, transmettez toutes les informations importantes à l'infirmier ou au médecin (le chapitre 12 aura pour objet les relations entre les ambulanciers et les équipes médicales).

Avant de repartir et de vous rendre disponible, vous nettoyez et rangez le matériel et l'ambulance. Il faut toujours être rapidement prêt pour l'appel suivant.

DIAGRAMME 2.6

