

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

5

MALADIES ET INTOXICATIONS

CONTENU

- 5.1 Les maladies
- 5.2 Les intoxications
- 5.3 Alcool et drogue

5.1 Les maladies

Vous intervenez souvent pour une affection qui est apparue brutalement. Il n'est pas toujours d'emblée évident qu'il s'agit d'une maladie. Les apparences peuvent être celles d'un accident, alors qu'en réalité le patient est atteint d'une maladie. Une personne inconsciente couchée sur la route, à côté d'un véhicule, peut avoir été victime d'un accident avec un traumatisme crânien et perte de conscience. Par contre, il peut s'agir d'un diabétique qui a perdu connaissance à la suite d'une hypoglycémie. Il n'est pas exclu qu'une personne impliquée dans un accident se mette à souffrir subitement d'une maladie. Il est fréquent qu'une personne âgée sorte indemne de sa voiture après un léger accident de roulage, et soit victime de problèmes cardiaques à la suite des émotions qu'elle vient de vivre. Les causes de maladie sont extrêmement diverses: affections congénitales, dégénérescence (p. ex. d'articulations ou de vaisseaux sanguins), cancer, infection par des virus ou des bactéries, exposition à des substances toxiques, ...

Chez une personne apparemment en bonne santé, une maladie peut se manifester brutalement (problème cardiaque p. ex.). Mais chez un malade de longue date, une crise aiguë peut survenir (p. ex. une bronchite chronique), "accident" dans le contexte d'une maladie de longue évolution.

Le nombre de maladies qui peuvent donner lieu à un appel urgent est extrêmement grand. Il n'appartient pas aux ambulanciers de poser un diagnostic ou de déterminer la nature exacte d'une maladie. Vous devez cependant être capable d'évaluer la gravité de la situation et de prendre les mesures appropriées qui peuvent parfois sauver une vie.



Ici aussi, les règles universelles des premiers soins, qui ont été décrites au chapitre 2, restent d'application.

Lors de la première évaluation, suivez les procédures ABC, évaluez les fonctions vitales, observez les difficultés respiratoires et prenez les mesures nécessaires en cas de choc ou de coma.

Au moment de l'évaluation secondaire, vous appréciez la condition générale du patient. Sur la base de l'information ainsi récoltée, vous devez être capable de prendre les mesures adéquates pour préparer le patient au transport.

Les actes que l'ambulancier pose sont en principe toujours les mêmes, qu'il s'agisse d'un blessé ou d'un malade. Dans ce chapitre, vous découvrirez cependant plus spécifiquement les différents tableaux de maladie, cela pour vous permettre de reconnaître certaines situations dangereuses et de les gérer.

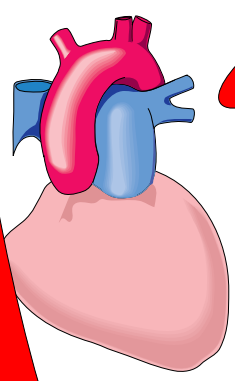
voir des
êtes pas
qu'une
est très
gne doit

LES AFF
DE PO

ne artère
s vaisse
du péri
on de la
thorax

Le coe
tout
M

trop pe
est-à-dire au m
sensation apparaît.



Au cours d'une **angine de poitrine**, la douleur disparaît généralement rapidement au repos, suite à la prise des médicaments appropriés. Par ailleurs, dans ce cas, aucune partie du cœur n'est nécrosée (morte).

On parle d'**infarctus du myocarde** lorsque l'apport de sang vers une partie déterminée du cœur est totalement interrompue par une obstruction complète d'une artère coronaire. La partie du cœur qui est alimentée par cette artère va se nécroser. On appelle cela communément "une crise cardiaque".

Le manque d'oxygène peut altérer gravement le fonctionnement normal du cœur. Ainsi, une des premières complications peut être la perturbation des contractions rythmiques des oreillettes et des ventricules. Ces troubles du rythme peuvent être de natures très diverses: le cœur peut battre trop rapidement ou trop lentement ou se mettre à suivre un rythme totalement irrégulier. La gravité de ces troubles du rythme est également très variable. L'ambulancier doit savoir qu'une fibrillation ventriculaire est une complication redoutable et relativement fréquente de l'infarctus du myocarde.



A la suite du mauvais fonctionnement de la pompe cardiaque, l'apport de sang à l'organisme est réduit, et un choc cardiogénique peut apparaître. Lorsque la partie gauche du cœur ne pompe plus suffisamment, une accumulation de sang dans les poumons peut survenir. Du liquide s'accumule dans ceux-ci et un **oedème pulmonaire** peut apparaître.

Comment évaluer la gravité d'une douleur thoracique ?

Ces complications sont à l'origine du décès de 40 à 50 % des personnes qui souffrent d'une crise cardiaque. La majorité des décès surviennent avant l'arrivée dans un hôpital. C'est pour cette raison que l'ambulancier doit demander l'intervention du SMUR lors de toute suspicion d'infarctus du myocarde. La "bonne mine" d'un patient qui se plaint de douleurs dans la poitrine ne supprime en rien la nécessité de demander l'intervention du SMUR. Une fibrillation ventriculaire peut apparaître inopinément, un oedème aigu du poumon peut apparaître et avoir des conséquences catastrophiques en l'espace de 5 minutes.

Comme nous l'avons signalé plus haut, un grand nombre d'affections peuvent provoquer une sensation d'oppression ou de douleur dans la poitrine. L'ambulancier n'a pas pour mission de trouver la cause de ces douleurs thoraciques et il doit surtout penser à l'infarctus, compte tenu du risque important de complications graves dans ce cas. Le texte qui suit doit vous servir uniquement à reconnaître les patients cardiaques avec des douleurs thoraciques.

Cette description ne vous apportera aucune certitude d'infarctus du myocarde. La règle est que tout patient qui présente des douleurs thoraciques est suspect d'être atteint d'un infarctus du myocarde, jusqu'à la preuve du contraire. En d'autres mots, en cas de doute, il faut demander l'intervention du SMUR, comme si le patient était victime d'un infarctus.

L'évaluation faite par l'ambulancier doit prendre en compte trois éléments: **le type de patient, son histoire et le type de plainte.**

Typiquement, le sujet atteint d'un infarctus est un homme âgé. Ceci ne signifie cependant pas que des femmes ou des hommes jeunes ne puissent pas faire un infarctus. Mais on peut présumer que la probabilité d'un infarctus chez un homme de moins de 35 ans et chez une femme de moins de 40 ans est très faible. Souvent, les patients atteints d'infarctus sont de grands fumeurs, sont diabétiques, ont une tension élevée ou une augmentation sérieuse de leur cholestérol.

Le patient lui-même et/ou son entourage peuvent généralement nous dire, qu'il ou elle "a quelque chose au cœur". Souvent le patient porte sur lui des médicaments cardiaques (comprimés à mettre sous la langue, emplâtres à coller sur la peau...)

Le patient se plaint de douleurs derrière le sternum. Dans la terminologie médicale, on parle de douleur "rétrosternale". La douleur irradie parfois vers l'épaule et le bras, fréquemment vers le côté gauche. Parfois, elle irradie vers la mâchoire et le cou.

Dans l'**angine de poitrine**, la douleur cède, tandis que dans l'**infarctus**, la douleur persiste. Sur place, il vous sera cependant impossible de faire la différence entre les deux. Agissez par conséquent comme s'il s'agissait toujours d'un infarctus. L'intensité de la douleur peut être fortement variable. Certaines personnes ne ressentent qu'une pression sur la poitrine. Chez d'autres, la douleur est intolérable. Le patient se tient généralement immobile et a peur (sensation de mort imminente). Ce tableau s'accompagne parfois de transpirations et de pâleur.

Certains ne ressentent pas ou presque pas de douleur, mais se sentent nauséux. Les **vomissements** sont fréquents. Les patients disent souvent qu'ils souffrent d'un "embarras gastrique" ou d'une indigestion. Il faudra vraiment les convaincre d'accepter de se rendre à l'hôpital. En tant qu'ambulancier, vous devez vous attendre à cette opposition et ne pas vous laisser déconcerter.

Tant l'infarctus décrit ci-dessus que l'angine de poitrine peuvent entraîner des complications majeures. Les signes observés peuvent être ceux d'un **arrêt cardiaque** (chapitre 3.2.), de l'**oedème aigu** du poumon (dyspnée, difficultés respiratoires, parfois de la mousse rosée sur les lèvres parce que du liquide reflue des poumons) et du **choc** (cfr chapitre 3.4.).



Que faire devant une douleur dans la poitrine?

Prenez toute douleur ou sensation de compression dans la poitrine au sérieux. Si le patient est conscient, parlez-lui, cela le calmera. Par un comportement agité, vous augmenterez le stress, ce qui aura un effet néfaste sur le cœur. Ne permettez plus aucun effort au patient. Ne lui permettez donc pas de marcher jusqu'au brancard.

Appelez le SMUR.

Si le patient est court d'haleine, administrez-lui de l'**oxygène** au masque (10 à 15 l/min.). Dans le cas contraire, administrez l'oxygène avec des lunettes à oxygène.

Placez le patient dans une position qu'il considère comme confortable. Chaque patient qui présente des problèmes cardiaques doit être transporté aussi rapidement et aussi sûrement que possible vers l'hôpital le plus proche. Faites-le calmement. Un trajet rapide avec sirènes hurlantes ne peut qu'angoisser le patient.

Expliquez au patient qui ne souhaite pas être hospitalisé, que le séjour à l'hôpital est vraiment nécessaire pour limiter l'étendue des lésions cardiaques. L'avis du médecin du **SMUR** aura peut-être plus de poids.

Surveillez le patient attentivement et prévenez l'**hôpital**. Lors d'un œdème aigu, mettez le patient en position assise et administrez l'oxygène au masque avec réservoir (10 à 15 l/min.).



Lors d'un arrêt cardiaque, vous débutez une réanimation.

En cas de choc, couchez le patient sur le dos avec les jambes surélevées et administrez de l'oxygène au masque avec réservoir (10 à 15 l/min.).

Si le patient est transporté en position assise, cela doit être sur le brancard et non sur la "chaise" d'ambulance. En effet, si la situation s'aggravait, seule la civière présenterait une possibilité de coucher rapidement le patient.

2. UNE "ATTAQUE" OU CONGESTION CÉRÉBRALE

Qu'est-ce qu'une "attaque"?

Une attaque survient à la suite d'une affection des vaisseaux sanguins qui alimentent le cerveau en sang et en oxygène. Dans le vocabulaire médical, on parle d'**AVC**, "**Accident Vasculaire Cérébral**", autrement dit, une situation urgente dans le domaine de la vascularisation cérébrale.

Si un vaisseau se bouche ou est obstrué, le tissu en aval ne recevra plus d'oxygène et va mourir. Le vaisseau sanguin peut être bouché par un caillot (on parle alors de "thrombose", un "thrombus" est un caillot). Le vaisseau peut également se déchirer, ce qui entraîne une hémorragie cérébrale.

Vous êtes incapable de voir ce qui se passe à l'intérieur du cerveau. Vous constatez cependant qu'une partie du cerveau ne fonctionne plus normalement.

Comment évaluez-vous un AVC?

Les plaintes du patient et les signes d'un AVC peuvent être très diversifiés, ils dépendent de la localisation et de l'importance de l'AVC. Un patient conscient se plaindra surtout de violents maux de tête. Il peut être confus. D'autres fois, l'état de conscience est altéré. Évaluez le niveau de conscience par la méthode EPADONO (cfr ch. 2).

Vous observerez fréquemment une **perte de force** ou de contrôle des membres et, en règle générale, uniquement d'un seul côté. Un seul coin de la bouche affaissé est un signe caractéristique.

Il existe parfois des troubles de la parole. Cependant, le fait que la **parole** du patient n'est plus fluide ne signifie pas qu'il vous est devenu impossible de le comprendre.

Une inégalité du diamètre des **pupilles** peut également signer une congestion cérébrale. Il arrive que la respiration soit difficile. Des convulsions peuvent survenir.

Que faire devant un AVC?

Si le patient est conscient, tentez de le calmer. A la suite des troubles de la parole et des phénomènes de paralysie, ces patients sont généralement très anxieux.

Administrez de l'**oxygène** au masque à réservoir (10-15 l/min.). Transportez le patient en position semi-assise.

Demandez l'intervention du **SMUR** si l'état de conscience du patient est altéré. Veillez à la perméabilité des voies respiratoires. Contrôlez la respiration. Administrez de l'oxygène au masque réservoir (10-15 l/min.), et assistez, si nécessaire, la circulation.

Préparez le bassin réniforme et l'aspirateur au cas où le patient devrait vomir.

Couchez le patient en position latérale de sécurité et transportez-le dans cette position.



3. DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES

Les problèmes respiratoires peuvent constituer une menace vitale. Plusieurs maladies peuvent entraîner des problèmes respiratoires: infections pulmonaires, œdème pulmonaire, intoxications, réactions allergiques, ... En premier lieu, vous devez être capable de reconnaître le problème respiratoire et capable d'assister le patient.

Comment évaluer les difficultés respiratoires?

Un patient conscient se plaint d'être "**à court de souffle**" ("**dyspnée**" en langage médical).

Lorsque les problèmes respiratoires sont graves, le patient peut être obnubilé, agité, ou même inconscient. La respiration est alors très rapide et superficielle. Ensuite, par épuisement, la respiration se ralentira et pourra même s'arrêter complètement.

Que faire devant des difficultés respiratoires?

Renseignez-vous auprès du patient ou de son entourage sur les causes possibles de ces difficultés:

- le patient souffre de dyspnée pour la première fois, ou bien cela est-il fréquent?
- avez-vous trouvé le patient près d'un incendie, ce qui peut vous faire suspecter une intoxication oxycarbonée (CO)?
- le patient est-il atteint de bronchite chronique (BPCO, cfr infra)?
- quels sont les médicaments utilisés par le patient? Emportez ces médicaments à l'hôpital.

Demandez l'assistance du **SMUR** si les problèmes sont graves (altération de l'état de conscience).



Tranquillisez le patient, parlez-lui. Veillez à la liberté de ses voies respiratoires. Pensez à la possibilité d'une obstruction des voies respiratoires par un corps étranger.

FIG. 5.2

LES SIGNES DE
PROBLÈMES RESPIRATOIRES



- coloration bleuâtre de la peau
- muscles du cou et du visage tendus
- sensation douloureuse, pesante, située dans le thorax
- contraction des muscles abdominaux
- patient incapable de prononcer des phrases complètes
- narines battantes (signes de problèmes respiratoires sérieux)
- lèvres serrées lors de l'expiration
- toux et bruits "aboyants"
- sifflements
- altération de l'état de conscience.

Lors de difficultés importantes, ventilez à l'oxygène au masque et au ballon.

Administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.). Chez un patient atteint de bronchite chronique, utilisez des lunettes à oxygène (1,5 l/min.).

Transportez le patient vers l'hôpital en position assise ou semi-assise.

Quelques affections graves pouvant entraîner des problèmes respiratoires.

Un patient atteint de **BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive)** souffre d'une affection respiratoire chronique aspécifique. La lumière des petites bronches est rétrécie suite à la présence de pus ou de mucus (bronchite chronique). Chez certains patients, les alvéoles pulmonaires sont endommagées (emphysème).

Il s'agit souvent de personnes âgées qui sont ou ont été des fumeurs. D'autres patients présentent des poumons "empoissés" (p. ex. après des années de travail dans la mine). Ces patients souffrent habituellement des poumons de manière chronique et prennent des médicaments pour se soigner. Ils font appel à une aide médicale lors d'une aggravation subite (crise) de leur affection.

Chez les patients atteints de BPCO, l'oxygène sera utilisé avec prudence. En effet, chez ces malades, l'administration d'oxygène peut déprimer le réflexe respiratoire, en donnant à l'organisme l'impression qu'il reçoit suffisamment d'oxygène. C'est la raison pour laquelle vous devrez administrer l'oxygène à bas débit, au moyen des lunettes à oxygène (1,5 l/min.). Par contre, si la respiration s'affaiblit ou s'arrête, vous devez toujours ventiler au ballon et masque avec 100 % d'oxygène. Demandez l'intervention du SMUR, si cela n'est pas déjà fait.

Les patients atteints d'**asthme** souffrent de dyspnée parce que les muscles des petites bronches se contractent, et qu'ainsi les voies respiratoires sont rétrécies. L'air ne pénètre plus que difficilement dans les alvéoles pulmonaires et en est expulsé plus difficilement encore.

Il s'agit souvent de jeunes patients qui, en règle générale, ne souffrent pas en permanence de dyspnée, mais qui présentent de temps en temps des "crises d'asthme". Ces patients savent souvent s'ils sont allergiques, par exemple aux animaux ou à des plantes, et qu'une crise peut être provoquée par l'exposition à ces substances. La respiration est souvent sifflante, et ces patients présentent des signes de dyspnée identiques à ceux décrits précédemment. Ces patients veulent rester assis et s'appuient sur leurs deux bras. Parfois, l'expiration se fait au travers des lèvres serrées.

En présence d'une crise grave, demandez le SMUR.

Administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.). Si vous êtes dans l'incertitude (s'agit-il d'un patient souffrant de BPCO ou d'asthme?), vous traiterez le sujet de plus de 50 ans, et (ancien) fumeur, par administration d'oxygène à bas débit au moyen de lunettes à oxygène (1,5 l/min.).

L'**hyperventilation** ("respirer plus que normalement") se caractérise par le fait que le patient respire trop vite et trop profondément. Ceci

entraîne l'expiration de dioxyde de carbone (CO₂) en grande quantité et en fait baisser le taux sanguin de CO₂. Cela peut provoquer différents problèmes. D'ordinaire, le patient commence à hyperventiler à la suite d'une grande émotion ou par angoisse.

Le patient ressent une sensation de vide dans la tête. Il est angoissé. En effet, il imagine souvent être victime d'une crise cardiaque (à la suite d'une sensation d'oppression thoracique). Angoissé, le patient va respirer encore plus vite. Certains patients éprouvent des picotements au niveau des doigts, des orteils et autour de la bouche (comme si ces parties du corps "s'endormaient").



Une hyperventilation peut également apparaître au cours d'affections graves: problèmes respiratoires ou choc.

Tranquillisez le patient en lui parlant et en lui expliquant ce qui se passe. Expliquez-lui que ses problèmes ont pour origine une respiration trop rapide et trop profonde.

Il n'est pas très efficace d'obliger le patient à respirer dans un sachet. On conseille souvent cette méthode dans le but de faire respirer l'air expiré (donc le CO₂ expiré), et d'ainsi augmenter le CO₂ sanguin. Cette méthode est cependant source d'angoisse (les sachets en plastique sont associés à l'étouffement).

Il est essentiel de faire la différence entre une **hyperventilation d'origine émotionnelle** et une **hyperventilation provoquée par une affection grave**, souvent accompagnée d'un risque vital. Le traitement de ces deux problèmes est toujours fondamentalement différent.

Lorsqu'une affection à risque vital provoque une hyperventilation, vous devrez toujours administrer de l'oxygène, tandis que lors d'une hyperventilation "émotionnelle", il vaut mieux ne pas administrer d'oxygène. Parfois, il est difficile de faire la différence. C'est la raison pour laquelle nous vous donnons quelques conseils généraux. Les personnes âgées présentent rarement une hyperventilation "émotionnelle". La majorité des patients atteints d'hyperventilation émotionnelle sont jeunes (< de 30 ans) et l'interrogatoire met souvent en évidence un événement chargé émotionnellement. Si vous doutez de la nature de l'hyperventilation, vous devrez toujours administrer de l'oxygène. **Une hyperventilation "émotionnelle" ne présente aucun risque vital et l'administration d'oxygène ne fait courir aucun risque supplémentaire, alors que, l'affection grave qui est à l'origine d'une crise d'hyperventilation, nécessite toujours l'apport d'oxygène supplémentaire.**

Un **œdème aigu du poumon** survient lorsque la partie gauche du cœur ne travaille pas correctement, et que le sang n'est plus pompé de manière suffisante du poumon vers le corps. Le sang et les liquides s'accumulent alors dans les poumons, ceux-ci "s'inondent" réellement.

L'œdème pulmonaire aigu survient d'habitude chez des personnes âgées qui souffrent de problèmes cardiaques. Parfois, il survient à la suite d'un infarctus. Le patient se plaint alors aussi de douleurs dans la poitrine. Le patient se plaint toujours de dyspnée et en manifeste tous les signes.

Quelquefois, il présente de la mousse rose sur les lèvres. Faites toujours appel au SMUR. Laissez le patient en position assise, sauf s'il présente des signes de choc. Administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.).



Dans de rares cas, un **pneumothorax** spontané peut survenir. Il arrive qu'une petite déchirure se forme, dans la plèvre, en l'absence de traumatisme. De cette manière, un pneumothorax suffocant peut s'installer.

De temps à autre, le patient ressent seulement une douleur importante dans la poitrine au moment de l'installation du pneumothorax. Quelquefois, on observe que les deux hémithorax ne se soulèvent pas simultanément. Le patient est court d'haleine. Un pneumothorax suffocant s'accompagne de signes de choc et de congestion des veines du cou. Laissez le patient en position assise pendant le transport et administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.). En présence d'une dyspnée sévère et de signes de choc, faites toujours appel au **SMUR**.

4. LE DIABÈTE

Le diabète est une maladie du système endocrinien. Le pancréas produit une hormone (insuline) qui assure l'utilisation du sucre sanguin par les cellules. Si le pancréas produit trop peu d'insuline, la captation du sucre à partir du sang par les cellules de l'organisme est perturbée, la teneur en sucre augmente dans le sang et le fonctionnement de l'organisme peut être dérégulé.

Les diabétiques soit prennent des médicaments par la bouche, soit s'injectent de l'insuline pour maintenir le taux de glucose sanguin à un niveau adéquat.

Si la concentration sanguine du sucre devient trop basse, on parle d'une "hypoglycémie" (hypo = trop bas, glycémie = teneur sanguine en sucre). Ceci peut arriver lorsqu'un patient a mangé trop peu de sucre, ou lorsqu'il s'est injecté trop d'insuline. Il existe un risque pour le cerveau de recevoir trop peu de sucre pour fonctionner correctement. Contrairement aux autres organes du corps, les cellules cérébrales utilisent presque exclusivement le sucre comme source d'énergie.

La concentration sanguine de sucre peut aussi être trop élevée (hyperglycémie). L'hyperglycémie provoque toute une série de plaintes, mais ne nécessite que très rarement l'intervention urgente des ambulanciers. Cependant, dans certains cas graves, un coma peut survenir.

Comment évaluer une hypoglycémie?

Au début, le patient se plaint de maux de tête ou de vertiges. Le patient devient ensuite pâle, transpire et ressent des palpitations. Il peut arriver que le patient devienne agressif, comme s'il avait trop bu. Il peut s'évanouir et/ou perdre connaissance. On constate, dans certains cas, une perte d'urines ou des convulsions.



Devant un patient qui présente un comportement confus, une altération de l'état de conscience ou des convulsions, vous devrez questionner ce patient ou son entourage et rechercher un diabète.

Que faire en cas d'hypoglycémie?

Demandez toujours si le patient n'est pas atteint de diabète. Si oui, demandez si le patient est traité par comprimés ou par injections.

Devant un patient qui présente une altération ou une perte de la conscience, vous devez demander le SMUR. Celui-ci administrera une solution de sucre par voie veineuse.

Vérifiez – comme pour tout patient inconscient – que les voies respiratoires sont dégagées. Contrôlez la respiration. Si le patient vomit, utilisez l'aspirateur.

Les patients diabétiques qui n'ont pas perdu connaissance reconnaissent habituellement les symptômes d'une hypoglycémie et mangent un morceau de sucre, prennent une boisson sucrée, ...

Ne donnez jamais rien à boire à un patient dont l'état de conscience est altéré. Le liquide peut pénétrer dans les poumons et y provoquer une broncho-pneumonie.

Il arrive que la famille ou l'entourage d'un diabétique administre une injection intramusculaire. Cette injection contient du glucagon. C'est un médicament qui augmente la glycémie. N'administrez pas cette injection vous-même. Votre formation ne vous y a pas préparé. Laissez faire la famille, sans aucune inquiétude. Elle a été entraînée et cela est très utile. Votre comportement devant des convulsions va être étudié plus loin.

Que faire lors d'une hyperglycémie? Si la conscience du patient est altérée, appelez le SMUR, vérifiez la liberté des voies respiratoires et administrez de l'oxygène.

5. LES CONVULSIONS

Les convulsions sont des mouvements saccadés anormaux des bras et des jambes qui atteignent généralement les deux côtés du corps. Elles sont la conséquence d'un fonctionnement anormal de certaines parties du cerveau.

Les convulsions peuvent survenir lors d'une crise d'épilepsie. L'épilepsie survient chez des patients, qui par ailleurs, sont en parfaite santé. Elle peut être congénitale ou apparaître après un accident grave avec traumatisme cérébral. La plupart des épileptiques prennent des médicaments et mènent, par ailleurs, une vie parfaitement normale.

Chez d'autres patients, les convulsions peuvent également survenir dans le cadre:

- de fièvre, chez les enfants entre 6 mois et 3 ans (cfr urgences pédiatriques);
- d'intoxications;
- d'hypoglycémie;
- d'accident vasculaire cérébral (AVC);
- de traumatisme cérébral;
- d'abus d'alcool (ou d'un sevrage alcoolique);
- de manque d'oxygène (lors d'une asphyxie par exemple);
- de tumeurs cérébrales;
- d'infections cérébrales.

Comment évaluer la gravité d'une crise convulsive?

Il est important d'observer attentivement les convulsions. Par la suite, le médecin pourra tirer, au départ de vos observations, des conclusions sur la nature de ces convulsions. Transmettez donc vos observations de manière précise au médecin.

La forme la plus connue de convulsions est celle d'une crise généralisée d'épilepsie. Ces crises sont subites. (1) Le patient perd brutalement connaissance et tombe. Il pousse parfois un cri. (2) Les muscles se contractent. Lors de cette phase, le patient peut se mordre la langue ou perdre les urines. La crise dure habituellement 30 secondes. (3) Ensuite, des mouvements très saccadés et non contrôlés se produisent. Cela dure environ 2 à 3 minutes, avec apparition de mousse (parfois sanglante) sur les lèvres et une coloration bleuâtre de la face (cyanose). (4) Finalement, le patient se détend et reste inconscient pendant une demi-heure ou plus. Lors de vos interventions, vous trouverez généralement le patient épileptique dans cette dernière phase, celle de la conscience altérée. Le récit des témoins et des signes comme une langue qui saigne ou une perte d'urines vous feront penser à une crise d'épilepsie.

Une crise convulsive peut n'atteindre qu'une partie du corps (le bras, la jambe ou la figure). Dans ces cas, il n'y a pas de perte de connaissance. Cependant, la crise peut s'étendre progressivement à tout le corps.

Une crise d'épilepsie dure seulement quelques minutes. Si cette crise dure exceptionnellement plus longtemps ou si plusieurs crises se suivent très rapidement, on parlera de "mal épileptique" (ou "status epilepticus"). C'est une situation de menace vitale, car la respiration du patient est entravée par des contractures musculaires continues.

*Que faire lors
d'une crise convulsive?*

Couchez le patient au sol, si possible en position latérale de sécurité.

Eloignez du patient tous les objets qui pourraient le blesser.

N'essayez jamais de maintenir les bras et les jambes du patient ou d'empêcher les mouvements convulsifs. Cela pourrait provoquer des fractures osseuses et des lésions musculaires.

N'essayez jamais d'introduire quelque chose dans la bouche du patient pour empêcher la morsure de la langue. Cela ne peut qu'entraîner des bris de dents et des blessures de la langue.

Dès que la crise est passée, couchez le patient en position latérale de sécurité pour éviter un encombrement pulmonaire par la salive. Aspirez si nécessaire.

Contrôlez la respiration et le pouls.

Administrez de l'oxygène au masque à réservoir (10-15 l/min.).

Demandez à l'entourage si l'épilepsie de la victime est connue.

Interrogez l'entourage et recherchez des indices soit d'intoxication par le CO, soit d'hypoglycémie, soit d'histoire de lésion cérébrale, ... Dans ces cas, faites toujours appel au SMUR.

Si la crise est toujours continue à votre arrivée, si celle-ci dure plusieurs minutes, ou lors de la survenue de nouvelles crises, appelez immédiatement le SMUR.

Transportez toujours ces patients à l'hôpital pour examen complémentaire.

Soyez attentif aux plaies et lésions provoquées par la crise (ex. des plaies du cuir chevelu, une luxation de l'épaule, ...).

6. LES DOULEURS ABDOMINALES AIGÜES

Une douleur abdominale aiguë peut avoir de nombreuses causes: des pierres aux reins, une appendicite, une crise vésiculaire, une pancréatite, ... En tant qu'ambulancier vous ne devez pas chercher à poser le diagnostic. Vous devez, cependant, vous préparer à l'apparition d'un choc à l'occasion des douleurs abdominales aiguës suivantes:

- une aorte abdominale qui se déchire;
- une grossesse extra-utérine;
- un traumatisme abdominal ancien avec contusion de la rate qui commence à saigner dans un deuxième temps;
- un ulcère de l'estomac qui se perfore, accompagné de douleurs importantes.

Le plus important est de transporter rapidement et en sécurité le patient vers un hôpital.

Que faire devant des douleurs abdominales aiguës?

Surveillez l'apparition d'éventuels signes de choc.

S'il survient, traitez-le et prévenez le SMUR.

Prévoyez les vomissements. Lorsque le patient vomit, il faut aspirer les vomissures. En cas d'altération de l'état de conscience, placez la victime en position latérale de sécurité.

Ne tentez pas de poser un diagnostic.

Ne donnez rien à manger ou à boire.

Si le patient est conscient, laissez-lui adopter la position qu'il considère comme la plus confortable. Certains patients diminueront leur douleur en prenant une position repliée.

7. L'INCONSCIENCE

L'inconscience ou le coma est une situation qui ressemble au sommeil. L'inconscience survient lorsque le cerveau ne fonctionne plus correctement. Les causes en sont diverses: lésions du crâne et du cerveau, AVC, manque d'oxygène par noyade ou étouffement, intoxication par l'alcool, le CO, des médicaments ou des drogues, hypoglycémie, ...

Comment évaluer l'état d'inconscience?



Notez le degré d'inconscience à l'aide de l'échelle "**EPADONO**", ainsi qu'en recherchant les éléments qui vous permettront par la suite de compléter l'échelle de coma de Glasgow.

Observez l'environnement dans lequel se trouve le patient: un poêle peut faire penser à une intoxication par le CO, un accident suggérera un traumatisme crânien. Posez des questions précises à l'entourage et à la famille (Le patient est-il tombé? Le patient est-il diabétique?)

Contrôlez l'état des pupilles:

- des pupilles dilatées (mydriase) sont un signe de manque d'oxygène ou d'intoxication par amphétamines ou cocaïne;

- des pupilles rétrécies (miosis) évoquent une intoxication par drogue comme l'héroïne;
- des pupilles inégales (anisocorie) font penser à une blessure cérébrale (hémorragie cérébrale après chute).

Que faire devant un état d'inconscience?

Veillez d'abord à votre propre sécurité: ouvrez les portes et les fenêtres si vous suspectez le CO.

S'il existe une suspicion d'intoxication oxycarbonée, il est primordial d'évacuer immédiatement le patient hors de l'espace vicié.

En cas d'inconscience, il faut toujours faire appel immédiatement au **SMUR**.



Lors d'une perte de conscience, les fonctions vitales sont en péril. Par conséquent, la première tâche de l'ambulancier sera la mise en œuvre de la procédure ABC.

Vous devez toujours dégager les voies respiratoires d'une personne inconsciente.

Basculer la tête vers l'arrière et relevez le menton.

Si nécessaire, ventilez **à l'oxygène** au ballon avec réservoir (10-15 l/min.). Ceci est capital lors d'une intoxication par le CO.

Si le patient respire et que le pouls est présent, le transport s'effectuera idéalement en position latérale de sécurité et sous oxygène. Si les circonstances de l'accident suggèrent une lésion de la colonne cervicale ou de la boîte crânienne, il vous faudra placer une minerve.

8. LA SYNCOPE

Qu'est-ce qu'une syncope et comment évaluer la situation?

Une syncope est un malaise au cours duquel le patient s'évanouit et perd connaissance pendant un bref moment. C'est une forme légère de coma qui cède spontanément. Il s'agit d'une des causes les plus fréquentes d'appel d'une ambulance. Ces évanouissements surviennent cependant dans des circonstances très diverses telles que:

- un apport insuffisant de sang vers le cerveau: à la suite d'un bref fonctionnement inadéquat du cœur, d'un rythme cardiaque irrégulier, lorsque le patient se lève brusquement, à la suite d'un effort musculaire important, suite au stress (ou la vue du sang, p. ex.), cela peut ralentir le cœur et dilater les vaisseaux et donc faire chuter brutalement la tension artérielle;
- des intoxications, comme l'intoxication oxycarbonée (poêles ou chauffe-eau mal réglés);
- à la suite d'un problème psychique, certains patients peuvent s'évanouir.
- suite à la prise d'un médicament: par exemple lors de la prise, en position debout, d'un comprimé pour le traitement de l'angine de poitrine;
- un trouble du rythme cardiaque;
- des troubles transitoires de la perfusion cérébrale.



Rassemblez les médicaments qui se trouvent auprès du patient et emportez-les à l'hôpital. Notez la présence d'un chauffe-eau, d'un poêle. Ouvrez portes et fenêtres et évacuez le patient de la pièce.

Souvent, le patient ne saura absolument pas ce qui s'est passé pendant la syncope. Il sera donc nécessaire d'interroger l'entourage.

Que faire lors d'une syncope?

Contrôlez les fonctions vitales du patient. Vous devez observer si le patient reprend spontanément connaissance (il s'agit d'une "**syncope**"), ou s'il reste inconscient (il s'agit d'un "**coma**"). Si le patient est en coma, prenez-le en charge comme précisé plus haut.

Lorsque le patient reprend connaissance, continuez à contrôler les fonctions vitales: la respiration est-elle plus rapide ou plus lente qu'auparavant, le pouls est-il plus lent ou plus rapide qu'avant, le patient est-il pâle, est-il en transpiration? Couchez le patient sur le dos. En présence de difficultés respiratoires ou de douleurs dans la poitrine, placez-le en position assise.

Relevez légèrement les jambes (posées sur une couverture roulée) afin de permettre un retour sanguin plus aisé vers le cœur.

Administrez de l'**oxygène** au masque avec réservoir (10-15 l/min.).

Si le patient vomit ou est nauséux, mettez-le en **position latérale de sécurité**. Tenez prêts l'aspirateur et un bassin réniforme.

Si l'état de conscience est altéré, appelez le **SMUR**.

Il arrive que les blessures survenues au cours de la chute soient plus graves que la syncope elle-même. Une chute peut provoquer des lésions de la nuque ou du crâne. Interrogez le patient sur la présence de douleurs de la nuque ou crâniennes et placez si nécessaire une minerve.

Tout patient qui a fait une syncope doit être examiné par un médecin. Emmenez le patient à l'hôpital si aucun médecin n'est sur place.

5.2 Les intoxications

INTRODUCTION

Parmi les patients admis dans les services d'urgence, 5 à 7% des cas sont des intoxications. Une intoxication est la conséquence de l'action nuisible d'une substance sur l'organisme. Certaines substances sont dangereuses, même en très petite quantité. Le nombre de substances qui peuvent être toxiques est extrêmement grand. Il n'est pas nécessaire de les connaître toutes. Cependant, il faut savoir reconnaître les signes d'un empoisonnement, et il faut connaître la manière de prendre en charge ces patients.

COMMENT SURVIENT UNE INTOXICATION ?

Une intoxication peut être la conséquence d'une erreur ou d'un manque d'information. C'est souvent le cas chez les jeunes enfants qui ne connaissent pas encore les produits dangereux et explorent avec curiosité tout ce qui les entoure. De plus, ils prennent tout en bouche. Dans ces cas, la prévention vaut mieux qu'un traitement: les produits dangereux doivent être gardés hors de portée des enfants et il est important d'informer la famille et l'entourage de ces enfants.

Les adultes peuvent également s'intoxiquer accidentellement. L'intoxication par le CO (monoxyde de carbone) est très fréquente. Le CO est produit par des cheminées au tirage défectueux, des appareils de chauffage ou des chauffe-eau mal entretenus ou utilisés incorrectement. Dans ces cas, l'évacuation des gaz de combustion ne peut pas s'effectuer correctement.

Chez les adultes, une intoxication peut être une tentative de suicide. Ceci est fréquemment rencontré dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. Des patients qui vivent des difficultés psychologiques s'intoxiquent parfois pour attirer l'attention sur leur situation, mais, dans certains cas, le but manifeste est le suicide. Vous vous trouvez, alors, non seulement devant une urgence médicale, mais également devant une urgence psychiatrique. Exceptionnellement, il s'agit de meurtre ou de tentative de meurtre.

La plupart des intoxications ne concernent qu'une seule victime. A l'occasion d'une intoxication alimentaire, d'émanations de gaz, plusieurs victimes peuvent être atteintes. Dans ces cas, vous agirez selon les règles de la médecine de catastrophe.

Une substance toxique peut se présenter tant sous forme liquide, que solide ou gazeuse. Certains champignons sont particulièrement vénéneux. Les serpents venimeux provoquent des intoxications par morsure. De la nourriture contaminée peut provoquer des intoxications par ingestion. Des gaz tels que le CO sont toxiques par inhalation.

Le toxique peut pénétrer dans l'organisme par quatre voies: par la bouche, par les poumons, par la peau et par injection. Le traitement que vous allez débiter sera fonction de la voie de pénétration du toxique.

La voie orale

L'intoxication par voie orale survient généralement lors de l'utilisation de médicaments, de produits ménagers, de produits industriels, ou d'ingestion d'alimentation avariée, de plantes et de champignons, de produits agricoles ou de produits pétroliers.

Rassemblez rapidement le plus d'informations possible. Si les fonctions vitales sont menacées, cette recherche doit se faire pendant la première évaluation. Interrogez les témoins.

Comment évaluer la situation lors d'une intoxication par voie orale?

Rassemblez les emballages de médicaments, les bouteilles et les bidons qui peuvent avoir contenu des substances. Quels sont les indices sur les lieux qui évoquent une intoxication (le patient était-il en train de vaporiser une substance chimique?, le patient a-t-il vomi?...)?

Les signes d'intoxication sont extrêmement divers:

- diminution de la conscience;
- troubles respiratoires (respiration trop lente, superficielle, paralysie);
- pouls anormal (trop rapide, trop lent, trop faible, ...);
- signes de choc;
- pupilles rétrécies en tête d'épingle, ou pupilles dilatées;
- transpiration importante;
- douleurs abdominales;
- vomissements, diarrhée;
- convulsions;
- brûlures au niveau de la bouche;
- irritations au niveau de la bouche, douleurs à la déglutition, (provoquées par ces irritations), écoulement de salive par la bouche;
- odeur d'alcool ou de produits pétroliers dans l'haleine du patient.

Que faire devant une intoxication par voie orale?

En présence d'une inconscience, d'une détresse vitale ou d'un état de choc, demandez immédiatement le SMUR. Dégagez les voies respiratoires. Ne ventilez jamais, dans ces cas, par la méthode du bouche-à-bouche, vous pourriez vous intoxiquer. Administrez de l'oxygène au moyen d'un masque de protection avec valve ou d'un ballon avec masque. Commencez la RCP si un arrêt cardiaque survient. Traitez le choc. Si le patient est inconscient et respire correctement, placez-le en position

latérale de sécurité. Vous éviterez ainsi l'envahissement des poumons par des vomissements.

Un patient conscient se transporte en position semi-assise. Prévoyez les vomissements du patient.

Ne donnez **rien** à boire; pas de lait, comme des personnes peu compétentes pourraient le conseiller. Celui-ci peut provoquer des vomissements!

Dans certains cas, la famille ou l'entourage a déjà contacté le Centre Antipoison, et applique les directives qui lui ont été transmises (p. ex. faire boire de l'alcool lors d'une intoxication par le méthanol qui est l'alcool à brûler...). Laissez faire et suivez les conseils du Centre Antipoison.

Préparez un bassin réniforme et un aspirateur.

Recueillez les éventuels vomissements dans un bassin réniforme et donnez-en un échantillon au service des urgences. Ces prélèvements sont irremplaçables et permettent un examen de laboratoire.

Calmez le patient et transportez-le tranquillement. Cela permet de prévenir des vomissements. Les vomissements s'accompagnent toujours de risques, surtout dans le cas d'intoxication par des produits volatils ou corrosifs. Lors du vomissement, les produits caustiques passent une nouvelle fois par l'œsophage et la bouche et provoquent de nouvelles lésions. A l'occasion des vomissements, les substances volatiles peuvent pénétrer facilement dans les poumons et provoquer, de cette manière, des broncho-pneumonies.

Emportez avec vous à l'hôpital tous les récipients et emballages ainsi que les restes de plantes, de nourriture et de champignons suspects. La cause de l'intoxication pourra ainsi être plus aisément déterminée.

La voie respiratoire: l'inhalation

L'intoxication par inhalation est provoquée par des gaz, des vapeurs ou la vaporisation de substances utilisées dans le ménage ou dans l'industrie. L'intoxication par gaz la plus fréquente est l'intoxication par monoxyde de carbone (CO). Les autres toxiques fréquents sont l'ammoniaque (dans les systèmes réfrigérants), le chlore (dans les piscines et l'industrie), l'hydrogène sulfuré (dans les fosses à purin et l'industrie), le dioxyde de carbone (CO₂, dans l'industrie), les insecticides (par vaporisation), et les solvants volatils.

Les gaz qui ont intoxiqué la victime peuvent intoxiquer également l'ambulancier. Il sera donc parfois nécessaire de faire évacuer le patient hors de la zone de danger par un sauveteur équipé d'un masque à gaz ou d'un appareil respiratoire isolant.

Le monoxyde de carbone (CO) est un gaz extrêmement toxique. De plus, il est très dangereux parce qu'il est inodore et incolore. Il est plus léger que l'air.

Le CO se forme au cours d'une combustion incomplète, en d'autres termes, il se forme dans une flamme alimentée par trop peu d'oxygène. Les sources de CO sont les poêles à charbon et à gaz, les boilers, les incendies, les fours à coke, et l'échappement des moteurs à combustion.

Le CO est toxique parce qu'il empêche les globules rouges de fixer l'oxygène. De cette façon, la quantité d'oxygène transportée à travers l'organisme devient insuffisante. Le CO provoque de cette manière, indirectement, un manque d'oxygène.

Comment rechercher une intoxication par le CO?

Recherchez les sources de CO: un moteur qui tourne dans un garage fermé ou un chauffe-eau au gaz dans une salle de bains.

Recherchez les plaintes et les signes d'une intoxication par le CO: vomissements, céphalées, vertiges, troubles de la respiration (respiration rapide), palpitations (pouls rapide), altération de l'état de conscience ou perte de connaissance, teint gris. La couleur rouge cerise parfois décrite dans les manuels est rare et est un signe très tardif de l'intoxication par le CO; cette couleur apparaît fréquemment lorsque le patient est déjà décédé.

Que faire devant une intoxication au CO?



*CO = danger pour la propre sécurité de l'ambulancier
= administrez un maximum d'oxygène au patient*

Ouvrez immédiatement les portes et les fenêtres de la pièce où se trouve **le patient**. Amenez le patient à l'extérieur. Si le patient est inconscient, demandez immédiatement l'intervention du SMUR.

Couchez le patient en décubitus dorsal, dégagez les voies respiratoires et assistez la respiration si nécessaire. Si le patient respire spontanément, placez-le en position latérale de sécurité. Préparez un aspirateur avec une sonde pour le cas où le patient commencerait à vomir.

Administrez de l'oxygène au masque avec réservoir (10-15 l/min).

D'autres gaz toxiques ont des actions différentes. Certains agissent sur les poumons et les voies respiratoires, d'autres perturbent le système nerveux. Lors de votre arrivée dans des industries, le service de sécurité vous informera probablement sur la nature des gaz impliqués et les mesures à prendre. Il existe des codes internationaux pour l'utilisation et le transport des matières dangereuses. Vous les trouverez dans un chapitre ultérieur (ch. 13).



Comment reconnaître une intoxication par des gaz?

On peut remarquer facilement la présence de certains gaz. Le chlore entraîne des picotements caractéristiques des voies respiratoires, des yeux ..., l'hydrogène sulfuré a une odeur d'œuf pourri, l'ammoniac a une forte odeur caractéristique. Recherchez les symptômes suivants: dyspnée, parfois arrêt respiratoire, toux (parfois crachats avec du sang et une grande quantité de sécrétions), vertiges, altération de l'état de la conscience voire perte de connaissance, pouls ralenti ou accéléré, irritation des yeux (sensation de sable dans les yeux), sensation de brûlure dans la bouche, le nez et la poitrine, brûlure ou chatouillement au niveau de la peau, céphalées et vomissements, couleur grise de la peau.

Que faire lors d'une intoxication par des gaz?

Dans de nombreux cas, un pompier avec vêtements de protection et un appareillage spécial évacuera le patient de la zone de danger. Portez également, si cela est possible, des vêtements de protection. N'essayez jamais de dégager vous-même des victimes, si vous n'avez pas suivi une formation spéciale à cet effet.

Prévenez le SMUR si des patients sont inconscients ou atteints de difficultés respiratoires.



Dégagez les voies respiratoires, contrôlez et soutenez si nécessaire la respiration et la circulation.

Administrez un maximum d'oxygène au masque avec réservoir (10-15 l/min.). Couchez le patient inconscient qui respire spontanément en position latérale de sécurité. Laissez le patient conscient et dyspnéique en position assise ou semi-assise.

Enlevez les vêtements imprégnés de matières volatiles toxiques. Portez vous-même des vêtements de protection et des gants si cela est nécessaire.

Récoltez toute l'information possible sur la nature du gaz toxique pour la transmettre au centre 100 et au SMUR. Ventilez la cellule sanitaire de l'ambulance.

Demandez si d'autres personnes présentent les mêmes symptômes. Prenez ces personnes en charge ou conseillez-leur de se faire examiner et traiter.

Demandez si cela est nécessaire le nettoyage et la décontamination de l'ambulance après le transport.

La voie cutanée

Dans certains cas, la peau est lésée par des acides ou des bases fortes car leur action caustique détruit la peau. Certaines substances toxiques peuvent pénétrer dans l'organisme au travers d'une peau saine, sans blessures. Certains insecticides (parathion ou E 605) peuvent être absorbés à travers la peau et provoquer des signes généraux d'intoxication. Dans de rares cas, ces intoxications peuvent survenir sans lésions cutanées apparentes. Le traitement des lésions cutanées par produits chimiques sera traité dans le chapitre sur les brûlures.



Les injections

Les conséquences d'une injection de drogue seront envisagées dans la partie suivante de ce chapitre. Les intoxications par injection les plus fréquentes sont les morsures et les piqûres d'insectes et de reptiles. Les serpents venimeux et les scorpions sont peu fréquents dans nos régions et vous rencontrerez rarement des victimes de ces piqûres ou morsures. Les réactions anaphylactiques sur piqûres d'insectes ont été discutées lors du traitement du choc.



5.3 Alcool et drogues

Les ambulanciers sont souvent confrontés à des patients qui présentent des problèmes aigus d'intoxication suite à l'abus d'alcool ou de drogues. Vous devez être capable de reconnaître ces patients et d'agir dans ces situations.

ALCOOL

L'alcool est une drogue qui influence le fonctionnement du cerveau. Bien que l'alcool soit socialement accepté, cela ne change rien au fait qu'il s'agit d'une drogue.

L'urgence pour laquelle vous avez été appelé peut être la conséquence de l'action directe de l'alcool sur l'organisme du buveur, ou un effet indirect de l'abus de boisson (bagarres et accidents de la route).

Les effets de l'alcool sur l'organisme peuvent être aigus (ivresse) ou chroniques (atteinte du foie suite à un alcoolisme chronique qui peut occasionner des vomissements de sang).

Il arrive que les intoxications alcooliques ne soient pas prises au sérieux, car une personne ivre peut être risible. Cependant, ce sont souvent des cas difficiles pour l'ambulancier, car le patient est insoumis, querelleur et met la patience des ambulanciers à rude épreuve. Les mêmes patients peuvent être pris en charge à plusieurs reprises par les ambulanciers. Souvent, ces patients sont dans un état d'hygiène déplorable. En tant qu'ambulancier, on vous objectera souvent que les moyens de l'Aide Médicale Urgente pourraient être utilisés plus utilement pour d'autres patients.

Il est impérieux de traiter une personne intoxiquée à l'alcool avec le même professionnalisme que tout autre patient. Une intoxication alcoolique aiguë ou chronique **est un problème médical** qui mérite autant d'attention qu'une jambe cassée.

N'oubliez cependant pas que votre propre sécurité passe avant tout.

Si vous vous sentez menacé par l'agressivité du patient, n'hésitez pas à appeler la police en renfort.



Comment évaluer l'intoxication alcoolique?

La première question, et la plus importante, est toujours: l'intoxication par l'alcool est-elle le seul problème? Ne vous laissez pas obnubiler par l'idée que toutes les plaintes et tous les symptômes proviennent de la boisson. Regardez bien autour de vous et interrogez les témoins. D'autres affections ont parfois l'aspect d'intoxications alcooliques:

- Le patient est-il diabétique? Une hypoglycémie peut donner un tableau de patient ivre.
- Des signes de traumatisme crânien sont-ils présents? Une hémorragie



cérébrale peut provoquer une confusion et une diminution de l'état de conscience.



- Le patient est-il atteint d'épilepsie?

Comment reconnaître une intoxication alcoolique aiguë?

L'haleine du patient présente une odeur d'alcool. En soi, ce signe n'est pas suffisant. Après un seul verre, l'haleine d'une personne peut sentir l'alcool. Par contre, certaines boissons fortes ne donnent pas une haleine fortement alcoolisée.

Le patient parle avec difficulté, pense de manière embrouillée, s'exprime au moyen de phrases et de mots décousus.

La face est souvent rouge et en transpiration.

Des vomissements peuvent être présents.

La marche est ébrieuse et les réactions sont ralenties.

La confusion peut aller jusqu'à une diminution de la conscience ou l'inconscience profonde; à ce stade la respiration peut être déprimée. Parfois, le patient est victime d'hallucinations (entendre et voir des choses qui, en réalité, ne sont pas présentes).

Comment reconnaître un sevrage alcoolique?

L'organisme de la personne dépendante de l'alcool s'adapte à la prise constante de cette substance étrangère. Au moment de l'arrêt d'apport d'alcool, l'organisme n'est plus en équilibre. Cela explique l'apparition de plusieurs phénomènes aigus lors de l'arrêt ou de la diminution de la prise d'alcool. Ceci survient par exemple à l'occasion d'une maladie. Nous observons alors des signes typiques de "sevrage alcoolique":

- confusion et agitation;
- comportement bizarre;
- hallucinations (voir, entendre et sentir des choses qui, en réalité, sont absentes);
- tremblement marqué surtout des doigts et des mains;
- transpiration et peau chaude.

Des convulsions surviennent chez de nombreux patients et évoquent une épilepsie.

Lors d'un épuisement profond, des signes de choc peuvent apparaître.

En présence d'une diminution de l'état de conscience et de l'apparition d'hallucinations, on parle de "delirium tremens".

Que faire devant un problème d'intoxication éthylique?

Contrôlez l'état de conscience (EPADONO).

Contrôlez les fonctions vitales.

Lors d'une intoxication très importante, le patient peut perdre connaissance et même présenter des problèmes respiratoires. Dégagez les voies respiratoires (élévation du menton). Si la respiration reste insuffisante, ventilez et administrez de l'oxygène. Faites toujours appel au SMUR s'il y a une perte de connaissance ou des problèmes respiratoires.

En présence de problèmes respiratoires:

Parlez avec le patient pour le tenir éveillé, cela va parfois l'empêcher de s'arrêter de respirer.

Placez une minerve s'il existe des signes de lésions de la nuque ou du crâne (après une chute ou en présence d'une plaie de la tête).

Si le patient vomit, placez-le en position latérale de sécurité. Aspirez-le avec l'aspirateur avec une sonde.

Le patient peut présenter des convulsions. Protégez le patient des chocs avec les objets environnants. N'essayez pas d'empêcher les convulsions, cela peut entraîner des fractures, des lésions articulaires ou musculaires. Administrez de l'oxygène pendant la crise convulsive.

Amenez toujours le patient à l'hôpital.

LES DROGUES

Se droguer consiste à prendre des substances pour atteindre un certain état mental. Dans un certain nombre de cas, ces substances sont des médicaments. Les personnes qui doivent faire appel à l'Aide Médicale Urgente après l'usage de ces substances doivent être considérées comme des patients et doivent recevoir des soins et une aide adéquate.

Quels sont les différents types de drogues?

Les stimulants excitent et stimulent le système nerveux. On les utilise pour se sentir "bien" ou pour lutter contre la fatigue. Les amphétamines en sont un exemple (pep-pills et produits assimilés, porteurs de noms communs "ecstasy" ou "speed"); la cocaïne ("crack" ou "snow") en est un autre exemple. Ces substances s'avalent généralement sous forme de comprimés. La cocaïne est souvent prise par le nez, parfois fumée ou injectée.

Les calmants ont un effet déprimant, ils calment le système nerveux. On les utilise pour dormir ou pour se détendre. Les benzodiazépines comme le Valium® et le Rohypnol® sont des somnifères et sont donc des médicaments mais on peut en abuser pour d'autres utilisations. Les barbituriques sont des somnifères que la médecine n'utilise plus, mais on continue à les trouver sur le marché de la drogue.

Les stupéfiants provoquent une ivresse et de la somnolence. Ils appartiennent à la famille des opiacés et sont utilisés en médecine avec succès dans le traitement des fortes douleurs (p. ex. chez les patients cancéreux). Ils sont également utilisés abusivement comme drogues. L'héroïne s'injecte, tandis que d'autres, comme le Burgodin®, se prennent par voie orale. Les substances hallucinogènes perturbent le fonctionnement du cerveau et entraînent des hallucinations. La perception de l'environnement est, par conséquent, totalement déformée. Ces substances ne sont pas utilisées en médecine et sont seulement utilisées par des personnes qui se droguent. Le L.S.D., par exemple, peut être pris sous forme de comprimés et pénétrer dans le corps par les muqueuses buccales.

Il existe également des substances qui perturbent l'état mental sans provoquer d'hallucinations, par exemple la marijuana ou le haschich. Cepen-

dant, ces substances modifient également la coordination des mouvements et perturbent la concentration.

Les solvants volatils s'absorbent par inhalation et stimulent ou dépriment le système nerveux. Des produits de nettoyage, des colles et des solvants sont inhalés dans ce but.

Comment évaluer la situation devant une intoxication par drogue?

Il est toujours très difficile de savoir quelle substance a été utilisée. Chaque utilisateur réagit de manière différente à une drogue et, souvent, plusieurs substances ont été prises simultanément. Cependant, un certain nombre de signes donnent des informations précieuses:

- Après usage de **stimulants**, le patient est excité, le pouls est rapide, les pupilles sont dilatées et le patient transpire. Parfois, il n'a plus dormi depuis longtemps.
- L'usage de **calmants** rend le patient lent, sans énergie et somnolent. Il parle de manière peu compréhensible et son élocution est difficile. La respiration peut être faible, lente (mesurez la fréquence). Les fonctions vitales peuvent être en danger.
- Lors de l'usage de **stupéfiants**, la respiration est lente et superficielle. Le pouls est lent et filant. La somnolence peut évoluer vers l'inconscience, qui peut s'aggraver au point de ne plus permettre de réactions aux stimuli douloureux. Les pupilles sont rétrécies ou même en "tête d'épingle". Dans les cas graves, la respiration peut même s'arrêter. Vous pouvez remarquer des sites d'injection (p. ex. aux plis du coude).
- L'utilisation d'**hallucinogènes** rend le patient agité, et le contact est rendu difficile. Vous l'entendez vous décrire des choses imaginaires. Le patient est anxieux et "déconne". Il est parfois agressif; en fait, il délire. Après la prise de solvants volatils, le patient a le "regard vague" et donne une impression d'absence. Il perd parfois connaissance. Au cours de l'inhalation du produit enfermé dans un sac en plastique, une suffocation peut survenir si le patient chute, la face enfermée dans le sac de plastique. L'utilisation de solvants peut provoquer une fibrillation ventriculaire suivie d'un arrêt cardiaque.

Les intoxiqués en état de manque présentent des symptômes de sevrage: angoisse, agitation, sudations, tendances nauséuses, irritabilité et confusion.

Que faire en présence d'une intoxication par drogue ?

La prise en charge n'est pas fondamentalement différente de celle d'une autre urgence. Contrôlez les fonctions vitales et traitez si nécessaire. Administrez de l'oxygène lors des difficultés respiratoires (masque avec réservoir).

Essayez de maintenir le contact avec le patient en lui parlant calmement. Essayez de gagner sa confiance.

Regardez attentivement autour de vous et interrogez l'entourage. Recherchez des emballages, des traces d'injection.

Vérifiez la présence de plaies et de blessures à la tête ou ailleurs. Posez si nécessaire une minerve ou un pansement.

Protégez-vous, portez toujours des gants. Faites attention au sang et aux aiguilles. En cas de piqûres accidentelles, il existe un danger de contagion (SIDA, hépatite B).

Si le patient est agressif et vous menace, mettez-vous en sûreté et appelez les forces de l'ordre à l'aide.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE 5

Vous serez amené dans votre pratique d'ambulancier à prendre en charge des patients souffrant de maladies ou d'intoxications très diverses. Contrairement aux patients qui ont été victimes d'un accident, les causes profondes du mauvais état de santé de ce type de patient sont plus difficiles à appréhender.

Votre évaluation primaire sera toujours systématique:

- **Etat de conscience?**
- **Etat respiratoire?**
- **Etat circulatoire?**

Si une ou plusieurs grandes fonctions vitales du patient sont menacées, demandez l'aide d'un SMUR.

Si vous ne comprenez pas clairement les causes de l'état du patient, veillez sur ses grandes fonctions vitales:

- **Surveillez l'évolution de son état de conscience**
- **Protégez ses voies respiratoires**
- **Veillez sur sa respiration, sa fréquence, son amplitude**
- **Oxygénez le patient**
- **Surveillez la circulation, la fréquence cardiaque**
- **Recherchez les signes d'un état de choc.**

Lors de la prise en charge de patients malades ou intoxiqués, recherchez un maximum d'informations dans l'environnement immédiat du patient: quelles maladies sont connues chez ce patient, quels médicaments prend-il, quels produits toxiques trouvez-vous à proximité? Le patient est-il diabétique...?