



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

14

SUPPLÉMENTS

CONTENU

- 14.1 Le formulaire d'enregistrement du transport ambulancier
- 14.2 Le code de la route pour les véhicules prioritaires
- 14.3 L'oxymétrie de pouls
- 14.4 La désincarcération d'une victime
- 14.5 Soins aux plaies et pansements
- 14.6 Le stress psychologique en aide médicale urgente

14.1 Le formulaire d'enregistrement du transport ambulancier

INTRODUCTION

Le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement a créé ce formulaire pour permettre une meilleure évaluation et donc une meilleure gestion des moyens de l'Aide Médicale Urgente. Ce formulaire permettra aussi de mieux former les secouristes-ambulanciers. La réalisation d'un formulaire standardisé, utilisé dans toute la Belgique, s'est avérée indispensable.

Ce formulaire devait être facile d'emploi et permettre une informatisation des données.

Ce formulaire d'enregistrement se présente sous la forme d'une page avec deux copies. La première page est destinée au dossier médical. La première copie est destinée à l'administration de votre service, la deuxième copie est destinée au Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement.

DIRECTIVES GÉNÉRALES POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Le formulaire doit se remplir du haut vers le bas et de la gauche vers la droite. Il présente des **cases ombrées**: elles représentent une réponse qui doit toujours être donnée. Lorsque les cases ne sont pas ombrées, elles représentent un choix de réponses possibles ou une combinaison de plusieurs réponses possibles. Les cases qui sont ombrées avec OUI et NON doivent toujours être remplies. Il faut employer le symbole Ø lorsque le matériel ou l'information nécessaires sont absents. Le chiffre 0 (Zéro) est utilisé lorsque l'on n'obtient aucun résultat lors de la réalisation d'une mesure correcte.

Le document est divisé en 6 parties: l'identité du patient, l'identité des ambulanciers, la description de l'appel, les heures d'intervention et le kilométrage du véhicule, l'évaluation sur place et les décisions prises.

PRÉSENTATION DU DOCUMENT
PARAGRAPHE PAR PARAGRAPHE

Identité du patient

La première partie concerne l'identité du patient. Le nom est écrit de préférence en lettres capitales, ensuite vous pouvez mentionner l'adresse, la date de naissance et le sexe du patient. Il est indispensable de réaliser un document par patient. En découpant la partie supérieure du formulaire (le long de la ligne qui est indiquée par les ciseaux), l'identité du patient reste anonyme pour l'administration. Ceci permet de respecter le secret professionnel.



DONNEES PATIENT (Confidentiel)			
Nom:	Prénom:		
Rue:	n°:	Bte postale:	✂
Code Postal: |.....|.....|.....|.....|	Localité:		
Date de naissance :/...../.....	Sexe: <input type="checkbox"/> (F)Femme <input type="checkbox"/> (H)Homme		

Identité des ambulanciers

Dans cette partie nous réunissons les données suivantes: le numéro du rapport, le numéro officiel du véhicule utilisé, la date de l'intervention, l'appartenance à un service d'ambulance, l'identité des deux ambulanciers et leur numéro officiel. Les numéros mentionnés doivent correspondre au numéro d'identification qui a été attribué par le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement. Les données qui seront mentionnées dans cette partie du rapport ne seront pas utilisées pour l'évaluation individuelle de l'activité des ambulanciers. Ces données vont seulement être utilisées pour une évaluation globale des services.

DONNEES AMBULANCIERS			
N° rapport:	N° 100 :	Date:/...../.....	
Service:	N°:	N° Ambulance:	
Ambulancier 1:	N°:	Ambulancier 2:	N°:

Description de l'appel

Sous cette rubrique, les données suivantes sont analysées:

- Qui a demandé l'intervention?
- Pour quelles raisons l'intervention est-elle indispensable?
- S'agit-il d'une intervention urgente?

Un "témoin direct" est un spectateur direct de l'événement.

Par situation "vitale" on veut dire une situation qui met la vie en danger.

Un appel "urgent" est un appel à propos d'une situation critique ou qui peut devenir critique. Un appel non urgent correspond à un problème qui n'est pas critique.



L'évaluation de l'urgence est réalisée par le préposé du centre 100: cela veut dire que cette donnée vous est transmise par le centre 100.

DONNEES AMBULANCIERS								
N° rapport:	N° 100 :	Date:/...../.....						
Service:	N°:	N° Ambulance:						
Ambulancier 1:	N°:	Ambulancier 2:	N°:					
DESCRIPTION DE L'APPEL								
Personne appelante:		<input type="checkbox"/> (1) Patient	<input type="checkbox"/> (2) Médecin	<input type="checkbox"/> (3) Famille	<input type="checkbox"/> (4) Hôpital	<input type="checkbox"/> (5) Home	<input type="checkbox"/> (6) Ambulance	
		<input type="checkbox"/> (7) SMUR	<input type="checkbox"/> (8) Pol/Gend.	<input type="checkbox"/> (9) Autre	Témoin :		<input type="checkbox"/> (1) Direct	<input type="checkbox"/> (0) Indirect
Motif :		<input type="checkbox"/> (1) Accident	<input type="checkbox"/> (2) Maladie	<input type="checkbox"/> (3) Intoxication	<input type="checkbox"/> (4) Obstétrique	<input type="checkbox"/> (5) Prévention	<input type="checkbox"/> (6) Transfert	
Degré d'urgence:		<input type="checkbox"/> (1) Vital	<input type="checkbox"/> (2) Urgent	<input type="checkbox"/> (3) Pas urgent	Transmis par le centre 100 :		<input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non	
HEURES			KM					
Appel:	Départ:	Index retour:	(km)					
Arrivée sur place:	Départ du lieu:	Index départ:	(km)					
Arrivée à destination :	Retour à la base:	Différence:	(km)					

Heure et kilomètre

Soyez précis en remplissant les heures et les kilomètres.

Le temps doit être exprimé en heures et minutes.

Lorsque l'on consultera plus tard ce document, vos données seront très utiles.

Distance

Le kilométrage de départ se trouve **en dessous** de l'index enregistré au retour. En soustrayant les deux valeurs, on obtient le nombre de kilomètres parcourus pour l'intervention.

DESCRIPTION DE L'APPEL								
Personne appelante:		<input type="checkbox"/> (1) Patient	<input type="checkbox"/> (2) Médecin	<input type="checkbox"/> (3) Famille	<input type="checkbox"/> (4) Hôpital	<input type="checkbox"/> (5) Home	<input type="checkbox"/> (6) Ambulance	
		<input type="checkbox"/> (7) SMUR	<input type="checkbox"/> (8) Pol/Gend.	<input type="checkbox"/> (9) Autre	Témoin :		<input type="checkbox"/> (1) Direct	<input type="checkbox"/> (0) Indirect
Motif :		<input type="checkbox"/> (1) Accident	<input type="checkbox"/> (2) Maladie	<input type="checkbox"/> (3) Intoxication	<input type="checkbox"/> (4) Obstétrique	<input type="checkbox"/> (5) Prévention	<input type="checkbox"/> (6) Transfert	
Degré d'urgence:		<input type="checkbox"/> (1) Vital	<input type="checkbox"/> (2) Urgent	<input type="checkbox"/> (3) Pas urgent	Transmis par le centre 100 :		<input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non	
HEURES			KM					
Appel:	Départ:	Index retour:	(km)					
Arrivée sur place:	Départ du lieu:	Index départ:	(km)					
Arrivée à destination :	Retour à la base:	Différence:	(km)					

Bilan sur place Cette rubrique rassemble les données que vous observez vous-même sur place.

Notez toujours vos premières constatations. L'évolution de ces données pourra être signalée à la partie inférieure du formulaire.

Vous avez étudié la majorité de ces données dans le chapitre 2 "Les premières minutes".

Les exceptions sont :

- la mesure de la tension artérielle
- la saturation en oxygène



Si vous n'employez pas ces techniques, remplissez les rubriques par le symbole Ø.

Lieu d'intervention

Le lieu d'intervention décrit le type d'endroit où est réalisée l'intervention. En cochant plusieurs cases, il vous est possible de décrire, de manières plus précise, ce lieu d'intervention.

Par exemple: un accident sportif lors d'une activité scolaire; vous cochez les deux cases "école" et "sport".

Personne déjà présente sur place

A l'arrivée vous notez la présence ou l'absence de témoins.

Un "particulier", est une personne qui n'a pas de formation de secouriste, d'infirmier ou de médecin.

Sont considérés comme "secouristes": les secouristes et la police, la gendarmerie, les pompiers ou la Protection Civile.

Motifs constatés

Toutes les possibilités reprises ici peuvent être combinées. Vous cochez autant de cases que nécessaire pour décrire le motif d'appel de manière aussi précise que possible.

Par exemple: un accident de roulage avec victime ivre, pourra être indiqué comme suit:

"Accident" "Circulation" "Intoxication alcool".

Les abréviations: "psy" indiquent "psychiatrie", "CO" indique le "monoxyde de carbone".

La différence entre un accouchement et un "accouchement prématuré" est située à 28 semaines de grossesse.

Respiration

Les données seront observées au cours de l'évaluation primaire du patient.



La respiration est normale ou non en fonction du tableau 2.1. du manuel. En ce qui concerne la fréquence, on considère qu'une respiration inférieure à 10 respirations/min. est lente. Une fréquence respiratoire de 10 à 24 est normale, une fréquence respiratoire supérieure à 24/min. est considérée comme rapide.

Circulation

Pour évaluer la fonction cardiocirculatoire, vous devez employer les techniques décrites au chapitre 2: “Les premières minutes”.



Le tableau 2.2. est un résumé qui définit la normalité du pouls.

“Hémorragie” veut dire: Les hémorragies sérieuses qui peuvent menacer la vie du patient.

Si vous y avez été entraîné, il vous est loisible de mesurer la pression artérielle et la saturation en oxygène. Si après une mesure effectuée correctement vous n’observez aucune valeur mesurable, vous indiquez le chiffre 0 (zéro). Si vous n’avez pas de tensiomètre ou si vous n’êtes pas formé à cette mesure, vous remplissez avec le symbole Ø. Si vous n’avez pas de pulsoxymètre, vous remplissez également avec le symbole Ø.

Conscience



Au cours de la première évaluation rapide, vous évaluez si la conscience est normale.

Vous utilisez la méthode EPADONO.



Une méthode plus précise a été décrite au chapitre 4.5. Il s’agit du Glasgow Coma Scale.

Vous donnez une valeur pour les rubriques:

- ouverture des yeux
- réponse verbale
- réponse motrice

puis, vous additionnez ces valeurs et vous obtenez le Glasgow Coma Scale.

Lésions traumatiques

Vous recherchez ces lésions lors de l’évaluation secondaire. Elles sont subdivisées en fracture, contusion, plaie et brûlure.

Les abréviations suivantes ont été utilisées dans les documents:

MSD: Membre supérieur droit

MSG: Membre supérieur gauche

MID: Membre inférieur droit

MIG: Membre inférieur gauche

Remarques

Ce document permet l’annotation d’une première observation de la respiration, de la circulation et de la conscience. Une évolution de ces paramètres doit être signalée sous la rubrique “Remarques” en bas du document.

Degré d'urgence

L'évaluation du motif d'appel, de la qualité de la respiration, de la circulation, de l'état de conscience et la description des lésions vous permettent de conclure s'il y a un risque vital.

Le risque vital correspond à une situation critique qui met la vie en danger. Le terme "urgent" correspond à une évolution possible vers une situation critique.

"Non urgent" correspond à une situation non critique du patient.

BILAN SUR PLACE Personne déjà présente: <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (1) Particulier <input type="checkbox"/> (2) Autre ambulancier <input type="checkbox"/> (3) Médecin <input type="checkbox"/> (4) SMUR <input type="checkbox"/> (0) NON											
Lieu d'intervention: <input type="checkbox"/> (1) Voie Publ. <input type="checkbox"/> (2) Lieu Publ. <input type="checkbox"/> (3) Travail <input type="checkbox"/> (4) Ecole <input type="checkbox"/> (5) Sport <input type="checkbox"/> (6) Cab.Méd. <input type="checkbox"/> (7) Privé <input type="checkbox"/> (8) Hôpital <input type="checkbox"/> (9) Home <input type="checkbox"/> (A) Autre											
Nom du lieu :			Rue:			N°:		Bte:			
Code Postal: l.....l.....l.....l.....l			Localité:								
Motif constaté:							Conscience: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale				
<input type="checkbox"/> (1) Accident <input type="checkbox"/> (1) Roulage <input type="checkbox"/> (2) Chute <input type="checkbox"/> (3) Incendie <input type="checkbox"/> (4) Explosion <input type="checkbox"/> (5) Electrocutation <input type="checkbox"/> (6) Noyade <input type="checkbox"/> (7) Arme <input type="checkbox"/> (8) Bagarre <input type="checkbox"/> (9) Pendaison <input type="checkbox"/> (A) Autre <input type="checkbox"/> (2) Maladie <input type="checkbox"/> (1) Respir. <input type="checkbox"/> (2) Coeur <input type="checkbox"/> (3) Psy <input type="checkbox"/> (4) Digestif <input type="checkbox"/> (5) Métabolique <input type="checkbox"/> (3) Intoxication <input type="checkbox"/> (1) Alcool <input type="checkbox"/> (2) Drogue <input type="checkbox"/> (3) Médicament <input type="checkbox"/> (4) CO <input type="checkbox"/> (5) Chimique <input type="checkbox"/> (4) Obstétrique <input type="checkbox"/> (1) Douleur <input type="checkbox"/> (2) Hémorragie <input type="checkbox"/> (3) Accouchement <input type="checkbox"/> (4) Accouchement prématuré							Ouverture des yeux: <input type="checkbox"/> Spontanée (4) <input type="checkbox"/> A la voix (3) <input type="checkbox"/> A la douleur (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1)				
Respiration: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale			Circulation: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale								
Fréquence respiratoire <input type="checkbox"/> (0) Absente <input type="checkbox"/> (1) Lente (<10) <input type="checkbox"/> (2) Normale (10-24) <input type="checkbox"/> (3) Rapide (>24)			Pouls: l.....l.....l.....l (/min) <input type="checkbox"/> (0) Absent <input type="checkbox"/> (1) Régulier <input type="checkbox"/> (2) Irrégulier				Hémorragie: <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non				
Lésions traumatiques: <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON			T.A.: l.....l.....l.....l / l.....l.....l.....l (mmHg) SatO2: l.....l.....l (%)								
	Tête	Col.Cerv.	Colonne	MSD	MSG	Thorax	Abdomen	Bassin	MID	MIG	Réponse motrice: <input type="checkbox"/> Obéit (6) <input type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Evitement (4) <input type="checkbox"/> Flexion (3) <input type="checkbox"/> Extension (2) <input type="checkbox"/> Nulle (1)
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glasgow score l.....l.....l
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1) Vital <input type="checkbox"/> (2) Urgent <input type="checkbox"/> (3) Pas urgent											

Décision Sous cette rubrique, les 3 points suivants sont abordés

- Avez-vous besoin d'une aide complémentaire?
- Quels sont les actes que vous avez réalisés?
- Comment le transport a-t-il été réalisé?

Suivant l'importance du problème, il est parfois nécessaire de demander une aide complémentaire: un SMUR (Service Mobile d'Urgence), une autre ambulance ou un Corps de Pompiers (S.R.I.).

Le document vous permet de définir l'aide obtenue.

Vous devez mentionner de manière précise le moment de l'appel et le moment de l'arrivée de cette aide complémentaire.

Si l'aide complémentaire n'est pas disponible, cela peut être mentionné à la partie inférieure du document sous la rubrique "Remarques".



Gestes posés

Cette rubrique permet de mentionner tous les gestes que vous avez posés. La rubrique "position" indique un traitement (une position qui sert de traitement) et n'a pas la même signification que le mot "position" dans la rubrique "transport".

La rubrique "GUEDEL" correspond aussi bien à une canule de MAYO qu'à une canule de GUEDEL ou toute autre canule oro-pharyngée.

Transport

Vous devez indiquer la position dans laquelle vous transportez le patient et la destination choisie.

Il est possible de signaler une évolution de la situation du patient pendant le transport.

Le document est clôturé par 9 causes possibles de "non-transport".

Motif constaté: <input type="checkbox"/> (1) Accident <input type="checkbox"/> (1) Roulage <input type="checkbox"/> (2) Chute <input type="checkbox"/> (3) Incendie <input type="checkbox"/> (4) Explosion <input type="checkbox"/> (5) Electrocution <input type="checkbox"/> (6) Noyade <input type="checkbox"/> (7) Arme <input type="checkbox"/> (8) Bagarre <input type="checkbox"/> (9) Pendaison <input type="checkbox"/> (A) Autre <input type="checkbox"/> (2) Maladie <input type="checkbox"/> (1) Respir. <input type="checkbox"/> (2) Coeur <input type="checkbox"/> (3) Psy <input type="checkbox"/> (4) Digestif <input type="checkbox"/> (5) Métabolique <input type="checkbox"/> (3) Intoxication <input type="checkbox"/> (1) Alcool <input type="checkbox"/> (2) Drogue <input type="checkbox"/> (3) Médicament <input type="checkbox"/> (4) CO <input type="checkbox"/> (5) Chimique <input type="checkbox"/> (4) Obstétrique <input type="checkbox"/> (1) Douleur <input type="checkbox"/> (2) Hémorragie <input type="checkbox"/> (3) Accouchement <input type="checkbox"/> (4) Accouchement prématuré						Conscience: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale Ouverture des yeux: <input type="checkbox"/> Spontanée (4) <input type="checkbox"/> A la voix (3) <input type="checkbox"/> A la douleur (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1) Réponse verbale: <input type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Confuse (4) <input type="checkbox"/> Inappropriée (3) <input type="checkbox"/> Incompréhensible (2) <input type="checkbox"/> Nulle (1) Réponse motrice: <input type="checkbox"/> Obéit (6) <input type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Evitement (4) <input type="checkbox"/> Flexion (3) <input type="checkbox"/> Extension (2) <input type="checkbox"/> Nulle (1) Glasgow score :							
Respiration: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale Fréquence respiratoire: <input type="checkbox"/> (0) Absente <input type="checkbox"/> (1) Lente (<10) <input type="checkbox"/> (2) Normale (10-24) <input type="checkbox"/> (3) Rapide (>24)			Circulation: <input type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale Pouls: / (min) Hémorragie: <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (0) Absent <input type="checkbox"/> (1) Régulier <input type="checkbox"/> (2) Irrégulier T.A.: / (mmHg) SatO2: (%)										
Lésions traumatiques: <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON													
	Tête	Col.Cerv.	Colonne	MSD	MSG	Thorax	Abdomen	Bassin	MID	MIG			
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1) Vital <input type="checkbox"/> (2) Urgent <input type="checkbox"/> (3) Pas urgent													
DECISION		Appel		OUI		NON		Heures:		Appel		Arrivée	
SMUR:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....		.....		.....
MG:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....		.....		.....
Autre ambul.:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....		.....		.....
SRI:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....		.....		.....
Gestes posés : <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON						Transport: <input type="checkbox"/> (1) OUI Position: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Position <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON <input type="checkbox"/> (1) Assise <input type="checkbox"/> (1) Minerve <input type="checkbox"/> (2) Semi-assise <input type="checkbox"/> (2) Attelle` <input type="checkbox"/> (3) Couchée <input type="checkbox"/> (3) Scoop <input type="checkbox"/> (4) Trendelenburg <input type="checkbox"/> (4) Coquille <input type="checkbox"/> (5) PLS		Immobilisation <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON <input type="checkbox"/> (1) Minerve <input type="checkbox"/> (2) Attelle` <input type="checkbox"/> (3) Scoop <input type="checkbox"/> (4) Coquille <input type="checkbox"/> (5) PLS		Pansements <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON <input type="checkbox"/> (1) Compressif <input type="checkbox"/> (2) Occlusif		Drain/Aspiration <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON <input type="checkbox"/> (1) Oro-Phar. <input type="checkbox"/> (2) Gastrique <input type="checkbox"/> (3) Autre		Voies aériennes <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON <input type="checkbox"/> (1) Nasale <input type="checkbox"/> (2) Guedel <input type="checkbox"/> (3) Masque <input type="checkbox"/> (4) Tube Endo-trach. <input type="checkbox"/> (5) Ballon <input type="checkbox"/> (6) O2 <input type="checkbox"/> (1) <3L <input type="checkbox"/> (2) 5-10L <input type="checkbox"/> (3) >10L		Destination: <input type="checkbox"/> (1) Hôpital <input type="checkbox"/> (2) Home <input type="checkbox"/> (3) Domicile Nom: Rue: Localité: Evolution durant le transport: <input type="checkbox"/> ↗ <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> ↘ <input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (1) Mort sur place après RCP <input type="checkbox"/> (5) Chargé par un autre <input type="checkbox"/> (2) Mort sur place sans RCP <input type="checkbox"/> (6) Refus de transport <input type="checkbox"/> (3) Traité sur place <input type="checkbox"/> (7) Course annulée <input type="checkbox"/> (4) Appel malveillant <input type="checkbox"/> (8) Pas de patient <input type="checkbox"/> (9) Prévention			
Perfusion: <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non						Monitoring <input type="checkbox"/> (1) Oui <input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (2) Pas disponible							
Défibrillation <input type="checkbox"/> (1) Oui (Nombre:) <input type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (2) Pas disponible						RCP <input type="checkbox"/> (1) OUI (Durée: (min)) (Résultat: <input type="checkbox"/> (1) + <input type="checkbox"/> (2) -) <input type="checkbox"/> (0) NON							
Remarques :													

EXEMPLES

**Exemple 1**

Le centre 100 vous appelle et vous annonce un “noyé amené inconscient sur la berge”.

Le centre a été appelé par un témoin, l’heure d’appel est 14 h 02, vous êtes sur place à 14 h 07.

Au départ, l’index kilométrique était de 20.512 km. Vous trouvez le noyé entouré de nombreux spectateurs, sur la plage, au niveau d’un kiosque. Aucune RCP n’est commencée.

La première évaluation montre un patient inconscient avec arrêt respiratoire et circulatoire.

Le SMUR est appelé par l’ambulancier 1 à 14 h 08, l’ambulancier 2 commence une RCP immédiatement. Le SMUR vient de l’hôpital Y. A 14 h 11, aucune amélioration de la situation n’a été constatée. Le noyé est intubé par le médecin du SMUR, aspiré et reçoit de l’oxygène (100%). L’“Advanced Life Support” a débuté en 5 minutes et un pouls très faible est mesuré. Vous aidez le médecin du SMUR à poser une minerve. La saturation d’oxygène est de 75%, le monitoring montre un rythme très lent, la réanimation continue pendant le transport vers l’hôpital Y. Départ vers l’hôpital à 14 h 45, arrivée à 14 h 55. A l’arrivée, la pression est de 5, le pouls est de 40 et la saturation d’oxygène est de 80%. L’index kilométrique de votre véhicule au retour est de 20.520 km. Votre intervention se termine à 15 h.



Exemple 2

Le préposé du centre 100 vous envoie chez un patient avec les renseignements suivants:

- intoxication par une grande quantité de somnifères, appel par la famille
- il s'agit d'un appel urgent.
- adresse: Rue du Moulin, N° 6, Commune de G.
- heure de l'appel: 08h17
- index kilométrique au départ: 14.221 km
- arrivée sur place: 08h26

La famille du patient est sur place, vous montre un emballage vide d'un somnifère X. Le patient présente une réponse verbale et est bien orienté. Par précaution, vous réussissez à le convaincre à venir à l'hôpital. Il marque son accord après insistance de la famille. Vous apprenez de la famille qu'il souffre également d'épilepsie. Sa respiration est 14 respirations/min., normale. Il présente un pouls régulier à 70/min; la saturation d'oxygène est de 95%, la conscience est normale et vous mesurez un Glasgow de 15.

Vous évaluez que la situation du patient n'est pas urgente, vous le transportez en position semi-assise avec 2 litres d'oxygène par sonde nasale. Vous partez pour l'hôpital Y à 08 h 35. La situation du patient reste stable pendant le transport. Arrivée à l'hôpital Y à 08 h 45. Index kilométrique au retour vers le lieu de stationnement: 14.228 km. L'intervention est terminée à 08 h 55.

FIG. 14.2

FORMULAIRE
DE L'EXEMPLE 2

DESCRIPTION DE L'APPEL												
Personne appelante: <input type="checkbox"/> (1)Patient <input type="checkbox"/> (2)Médecin <input checked="" type="checkbox"/> (3)Famille <input type="checkbox"/> (4)Hôpital <input type="checkbox"/> (5)Home <input type="checkbox"/> (6)Ambulance <input type="checkbox"/> (7)SMUR <input type="checkbox"/> (8)Pol/Gend. <input type="checkbox"/> (9)Autre					Témoin : <input checked="" type="checkbox"/> (1)Direct <input type="checkbox"/> (0)Indirect							
Motif : <input type="checkbox"/> (1)Accident <input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (5)Prévention <input type="checkbox"/> (6)Transfert												
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input checked="" type="checkbox"/> (2)Urgent <input type="checkbox"/> (3)Pas urgent					Transmis par le centre 100 : <input checked="" type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non							
HEURES												
Appel: 1.0.1.8.1.1.7		Départ: 1.0.1.8.1.1.8		KM								
Arrivée sur place: 1.0.1.8.1.2.6		Départ du lieu: 1.0.1.8.1.3.5		Index retour: 1.4.2.2.8		(km)						
Arrivée à destination : 1.0.1.8.1.4.5		Retour à la base: 1.0.1.8.1.5.5		Index départ: 1.4.2.2.1		(km)						
Différence: 1.4.2.2.1		(km)										
BILAN SUR PLACE												
Personne déjà présente: <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input checked="" type="checkbox"/> (1)Particulier <input type="checkbox"/> (2)Autre ambulancier <input type="checkbox"/> (3)Médecin <input type="checkbox"/> (4)SMUR <input type="checkbox"/> (0)NON												
Lieu d'intervention: <input type="checkbox"/> (1)Voie Publ. <input type="checkbox"/> (2)Lieu Publ. <input type="checkbox"/> (3)Travail <input type="checkbox"/> (4)Ecole <input type="checkbox"/> (5)Sport <input type="checkbox"/> (6)Cab.Méd. <input checked="" type="checkbox"/> (7)Privé <input type="checkbox"/> (8)Hôpital <input type="checkbox"/> (9)Home <input type="checkbox"/> (A)Autre												
Nom du lieu :			Rue: du Moulin			N°: 6		Bte:				
Code Postal:			Localité: G									
Motif constaté:							Conscience: <input checked="" type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale					
<input type="checkbox"/> (1)Accident <input type="checkbox"/> (1)Roulage <input type="checkbox"/> (2)Chute <input type="checkbox"/> (3)Incendie <input type="checkbox"/> (4)Explosion <input type="checkbox"/> (5)Electrocution <input type="checkbox"/> (6)Noyade <input type="checkbox"/> (7)Arme <input type="checkbox"/> (8)Bagarre <input type="checkbox"/> (9)Pendaison <input type="checkbox"/> (A)Autre <input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (1)Respir. <input type="checkbox"/> (2)Coeur <input type="checkbox"/> (3)Psy <input type="checkbox"/> (4)Digestif <input type="checkbox"/> (5)Métabolique <input checked="" type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (1)Alcool <input type="checkbox"/> (2)Drogue <input checked="" type="checkbox"/> (3)Médicament <input type="checkbox"/> (4)CO <input type="checkbox"/> (5)Chimique <input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (1)Douleur <input type="checkbox"/> (2)Hémorragie <input type="checkbox"/> (3)Accouchement <input type="checkbox"/> (4)Accouchement prématuré							Ouverture des yeux: <input checked="" type="checkbox"/> Spontanée (4) <input type="checkbox"/> A la voix (3) <input type="checkbox"/> A la douleur (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1)					
Respiration: <input checked="" type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale Fréquence respiratoire <input type="checkbox"/> (0) Absente <input type="checkbox"/> (1) Lente (<10) <input checked="" type="checkbox"/> (2) Normale (10-24) <input type="checkbox"/> (3) Rapide (>24)			Circulation: <input checked="" type="checkbox"/> (N) Normale <input type="checkbox"/> (A) Anormale Pouls: 7.0 (/min) Hémorragie: <input type="checkbox"/> (1) Oui <input checked="" type="checkbox"/> (0) Non <input type="checkbox"/> (0) Absent <input checked="" type="checkbox"/> (1) Régulier <input type="checkbox"/> (2) Irrégulier T.A.: 0 / (mmHg) SatO2: 9.5 (%)							Réponse verbale: <input checked="" type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Confuse (4) <input type="checkbox"/> Inappropriée (3) <input type="checkbox"/> Incompréhensible (2) <input type="checkbox"/> Nulle (1)		
Lésions traumatiques: <input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON												
	Tête	Col.Cerv.	Colonne	MSD	MSG	Thorax	Abdomen	Bassin	MID	MIG		
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input type="checkbox"/> (2)Urgent <input checked="" type="checkbox"/> (3)Pas urgent												
DECISION												
Appel		OUI		NON		Heures:		Appel		Arrivée		
SMUR:		<input type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....
MG:		<input type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....
Autre ambul.:		<input type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....
SRI:		<input type="checkbox"/> (1)		<input checked="" type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		.....		.....
Gestes posés : <input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON						Transport: <input checked="" type="checkbox"/> (1) OUI Position: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
Position		Immobilisation		Pansements		Drain/Aspiration		Voies aériennes				
<input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON		<input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON		<input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON		<input type="checkbox"/> (1) OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0) NON		<input checked="" type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON				
<input type="checkbox"/> (1) Assise		<input type="checkbox"/> (1) Minerve		<input type="checkbox"/> (1) Compressif		<input type="checkbox"/> (1) Oro-Phar.		<input type="checkbox"/> (1) Nasale				
<input type="checkbox"/> (2) Semi-assise		<input type="checkbox"/> (2) Attelle		<input type="checkbox"/> (2) Occlusif		<input type="checkbox"/> (2) Gastrique		<input type="checkbox"/> (2) Guedel				
<input type="checkbox"/> (3) Couchée		<input type="checkbox"/> (3) Scoop		<input type="checkbox"/> (3) Autre			<input type="checkbox"/> (3) Masque				
<input type="checkbox"/> (4) Trendelenburg		<input type="checkbox"/> (4) Coquille						<input type="checkbox"/> (4) Tube Endo-trach.				
<input type="checkbox"/> (5) PLS								<input type="checkbox"/> (5) Ballon				
								<input type="checkbox"/> (6) 02				
								<input checked="" type="checkbox"/> (1) <3L				
								<input type="checkbox"/> (2) 5-10L				
								<input type="checkbox"/> (3) >10L				
Perfusion: <input type="checkbox"/> (1) Oui <input checked="" type="checkbox"/> (0) Non		Défibrillation		RCP								
<input type="checkbox"/> (1) Oui		<input type="checkbox"/> (1) Oui (Nombre:		<input type="checkbox"/> (1) OUI (Durée: .....(min))								
<input type="checkbox"/> (0) Non		<input type="checkbox"/> (0) Non		<input type="checkbox"/> (0) Non (Résultat: <input type="checkbox"/> (1)+ <input type="checkbox"/> (2)-)								
<input type="checkbox"/> (2) Pas disponible		<input type="checkbox"/> (2) Pas disponible		<input type="checkbox"/> (0) NON								
Monitoring						Evolution durant le transport: <input type="checkbox"/> ↗ <input checked="" type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> ↘						
<input type="checkbox"/> (1) Mort sur place après RCP						<input type="checkbox"/> (0) Non						
<input type="checkbox"/> (2) Mort sur place sans RCP						<input type="checkbox"/> (1) Chargé par un autre						
<input type="checkbox"/> (3) Traité sur place						<input type="checkbox"/> (2) Refus de transport						
<input type="checkbox"/> (4) Appel malveillant						<input type="checkbox"/> (3) Course annulée						
						<input type="checkbox"/> (4) Pas de patient						
						<input type="checkbox"/> (5) Prévention						



Exemple 3

Appel par le préposé du centre 100 à 15h20 avec la notion d'“intervention urgente pour accident de roulage sur la route nationale 22, au carrefour avec l'Avenue du Commerce, sur le territoire de Wemmelghem”.

Appel par un témoin sur place. Index kilométrique au départ: 8.262 km. Arrivée sur place 15 h 40. Vous trouvez une victime qui a été sortie du véhicule en feu par des spectateurs. La victime respire difficilement avec une fréquence de 18/min. Son pouls est faible à 85/min; la P.A. est de 90 à 60 mmHg. La saturation d'oxygène est de 99%. Le patient est obnubilé par les émanations de fumée mais répond. Il semble confus et montre, lors de petits mouvements de la jambe droite, une réaction de douleur très nette. L'évaluation secondaire fait suspecter une fracture de la jambe droite. L'observation plus attentive, montre que la jambe est gonflée. Il présente des brûlures de la face et de la tête et des jambes. Vous jugez que la situation est “urgente” et vous demandez au centre 100 une aide médicale et les pompiers à 15 h 42. Le SMUR n'est pas disponible. On pose une minerve. Le patient reçoit 15 litres d'oxygène/min., par masque à réservoir; il est mis en position de Trendelenburg, les brûlures sont couvertes de manière stérile. Après placement d'une attelle à la jambe droite, la victime est transportée par brancard à palettes. Départ à 16 h 20 vers l'hôpital Z. Pendant le transport, le patient est mis en position de Trendelenburg, la situation reste stable pendant le transport, arrivée à l'hôpital Z à 16 h 20. Retour sur le lieu de stationnement à 16 h 30 et fin de l'intervention avec un kilométrage au compteur de 8.672 km.

FIG. 14.3

FORMULAIRE
DE L'EXEMPLE 3

DESCRIPTION DE L'APPEL													
Personne appelante: <input type="checkbox"/> (1)Patient <input type="checkbox"/> (2)Médecin <input type="checkbox"/> (3)Famille <input type="checkbox"/> (4)Hôpital <input type="checkbox"/> (5)Home <input type="checkbox"/> (6)Ambulance <input type="checkbox"/> (7)SMUR <input type="checkbox"/> (8)Pol/Gen. <input checked="" type="checkbox"/> (9)Autre Témoïn : <input checked="" type="checkbox"/> (1)Direct <input type="checkbox"/> (0)Indirect													
Motif : <input checked="" type="checkbox"/> (1)Accident <input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (5)Prévention <input type="checkbox"/> (6)Transfert													
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input checked="" type="checkbox"/> (2)Urgent <input type="checkbox"/> (3)Pas urgent Transmis par le centre 100 : <input checked="" type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non													
HEURES													
Appel: 1.15.2.0				Départ: 1.15.2.3				Index retour: 8.6.7.2 (km)					
Arrivée sur place: 1.15.4.0				Départ du lieu: 1.16.0.0				Index départ: 8.6.6.2 (km)					
Arrivée à destination: 1.16.2.0				Retour à la base: 1.16.3.0				Différence: 1.1.0 (km)					
BILAN SUR PLACE Personne déjà présente: <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (1)Particulier <input type="checkbox"/> (2)Autre ambulancier <input type="checkbox"/> (3)Médecin <input type="checkbox"/> (4)SMUR <input type="checkbox"/> (0)NON													
Lieu d'intervention: <input checked="" type="checkbox"/> (1)Voie Publ. <input type="checkbox"/> (2)Lieu Publ. <input type="checkbox"/> (3)Travail <input type="checkbox"/> (4)Ecole <input type="checkbox"/> (5)Sport <input type="checkbox"/> (6)Cab.Méd. <input type="checkbox"/> (7)Privé <input type="checkbox"/> (8)Hôpital <input type="checkbox"/> (9)Home <input type="checkbox"/> (A)Autre													
Nom du lieu : <i>Nat - 22</i> Rue: <i>AV du Commerce</i> N°: Bte: Code Postal: Localité: <i>Wemmelghem</i>													
Motif constaté:										Conscience: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input type="checkbox"/> (A)Anormale			
<input checked="" type="checkbox"/> (1)Accident <input checked="" type="checkbox"/> (1)Roulage <input type="checkbox"/> (2)Chute <input checked="" type="checkbox"/> (3)Incendie <input type="checkbox"/> (4)Explosion <input type="checkbox"/> (5)Electrocution <input type="checkbox"/> (6)Noyade <input type="checkbox"/> (7)Arme <input type="checkbox"/> (8)Bagarre <input type="checkbox"/> (9)Pendaison <input type="checkbox"/> (A)Autre <input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (1)Respir. <input type="checkbox"/> (2)Coeur <input type="checkbox"/> (3)Psy <input type="checkbox"/> (4)Digestif <input type="checkbox"/> (5)Métabolique <input type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (1)Alcool <input type="checkbox"/> (2)Drogue <input type="checkbox"/> (3)Médicament <input type="checkbox"/> (4)CO <input type="checkbox"/> (5)Chimique <input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (1)Douleur <input type="checkbox"/> (2)Hémorragie <input type="checkbox"/> (3)Accouchement <input type="checkbox"/> (4)Accouchement prématuré										Ouverture des yeux: <input type="checkbox"/> Spontanée (4) <input type="checkbox"/> A la voix (3) <input checked="" type="checkbox"/> A la douleur (2) <input type="checkbox"/> Aucune (1)			
Respiration: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input checked="" type="checkbox"/> (A)Anormale				Circulation: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input checked="" type="checkbox"/> (A)Anormale				Réponse verbale:					
Fréquence respiratoire: <input checked="" type="checkbox"/> (2)Normale (10-24)				Pouls: 8.5 (min) Hémorragie: <input type="checkbox"/> (1)Oui <input checked="" type="checkbox"/> (0)Non				<input type="checkbox"/> Orientée (5) <input type="checkbox"/> Confuse (4) <input checked="" type="checkbox"/> Inappropriée (3) <input type="checkbox"/> Incompréhensible (2) <input type="checkbox"/> Nulle (1)					
T.A.: 9.0 / 6.0 (mmHg) SatO2: 9.9 (%)								Réponse motrice:					
Lésions traumatiques: <input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON													
	Tête	Col.Cerv.	Colonne	MSD	MSG	Thorax	Abdomen	Bassin	MID	MIG			
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Brûlure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input checked="" type="checkbox"/> (2)Urgent <input type="checkbox"/> (3)Pas urgent													
DECISION													
		Appel		OUI		NON		Heures:		Appel		Arrivée	
		SMUR:		<input checked="" type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)		Nom: <i>pas disponible</i>		
		MG:		<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)		Nom:	
		Autre ambul.:		<input type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)		Nom:	
		SRI:		<input checked="" type="checkbox"/> (1)		<input type="checkbox"/> (0)		Nom: <i>B.</i>		
Gestes posés : <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON													
Position						Transport: <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI Position: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON <input type="checkbox"/> (1)OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0)NON <input checked="" type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON						Destination: <input checked="" type="checkbox"/> (1)Hôpital <input type="checkbox"/> (2)Home <input type="checkbox"/> (3)Domicile Nom: <i>B.</i> Rue: Localité:							
<input type="checkbox"/> (1)Assise <input checked="" type="checkbox"/> (1)Minerve <input type="checkbox"/> (1)Compressif <input type="checkbox"/> (1)Oro-Phar. <input type="checkbox"/> (1)Nasale <input type="checkbox"/> (2)Semi-assise <input checked="" type="checkbox"/> (2)Attelle <input type="checkbox"/> (2)Occlusif <input type="checkbox"/> (2)Gastrique <input type="checkbox"/> (2)Guedel <input type="checkbox"/> (3)Couchée <input checked="" type="checkbox"/> (3)Scoop <input type="checkbox"/> (3)Autre <input checked="" type="checkbox"/> (3)Masque <input checked="" type="checkbox"/> (4)Trendelenburg <input type="checkbox"/> (4)Coquille <input type="checkbox"/> (4)Tube Endo-trach. <input type="checkbox"/> (5)PLS <input type="checkbox"/> (5)Ballon <input type="checkbox"/> (6)02 <input type="checkbox"/> (1)<3L <input type="checkbox"/> (1)OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0)Non <input type="checkbox"/> (2)5-10L <input checked="" type="checkbox"/> (3)>10L						Evolution durant le transport: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (0)Non <input type="checkbox"/> (1)Mort sur place après RCP <input type="checkbox"/> (5)Chargé par un autre <input type="checkbox"/> (2)Mort sur place sans RCP <input type="checkbox"/> (6)Refus de transport <input type="checkbox"/> (3)Traité sur place <input type="checkbox"/> (7)Course annulée <input type="checkbox"/> (4)Appel malveillant <input type="checkbox"/> (8)Pas de patient <input type="checkbox"/> (9)Prévention							
Perfusion: <input type="checkbox"/> (1)Oui <input checked="" type="checkbox"/> (0)Non						Monitoring							
Monitoring						Défibrillation							
<input type="checkbox"/> (1)OUI <input checked="" type="checkbox"/> (0)Non						<input type="checkbox"/> (1)OUI (Nombre:)							
<input checked="" type="checkbox"/> (2)Pas disponible						<input type="checkbox"/> (1)OUI (Durée: .....(min))							
						<input type="checkbox"/> (2)Pas disponible							
						<input type="checkbox"/> (1)OUI (Résultat: <input type="checkbox"/> (1)+ <input type="checkbox"/> (2)-)							
						<input type="checkbox"/> (0)NON							

DONNEES PATIENT (Confidentiel)											
Nom:					Prénom:						
Rue:					n°:		Bte postale:				
Code Postal: |.....|.....|.....|			Localité:								
Date de naissance :/...../.....					Sexe: <input type="checkbox"/> (F)Femme <input type="checkbox"/> (H)Homme						
DONNEES AMBULANCIERS											
N° rapport:			N° 100 :			Date:/...../.....					
Service:			N°:		N° Ambulance:						
Ambulancier 1:			N°:		Ambulancier 2:			N°:			
DESCRIPTION DE L'APPEL											
Personne appelante: <input type="checkbox"/> (1)Patient <input type="checkbox"/> (2)Médecin <input type="checkbox"/> (3)Famille <input type="checkbox"/> (4)Hôpital <input type="checkbox"/> (5)Home <input type="checkbox"/> (6)Ambulance											
<input type="checkbox"/> (7)SMUR <input type="checkbox"/> (8)Pol/Gend. <input type="checkbox"/> (9)Autre Témoïn : <input type="checkbox"/> (1)Direct <input type="checkbox"/> (0)Indirect											
Motif : <input type="checkbox"/> (1)Accident <input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (5)Prévention <input type="checkbox"/> (6)Transfert											
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input type="checkbox"/> (2)Urgent <input type="checkbox"/> (3)Pas urgent					Transmis par le centre 100 : <input type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non						
HEURES					KM						
Appel: |.....|.....|.....|		Départ: |.....|.....|.....|		Index retour: |.....|.....|.....| (km)							
Arrivée sur place: |.....|.....|.....|		Départ du lieu: |.....|.....|.....|		Index départ: |.....|.....|.....| (km)							
Arrivée à destination : |.....|.....|.....|		Retour à la base: |.....|.....|.....|		Différence: |.....|.....|.....| (km)							
BILAN SUR PLACE <i>Personne déjà présente:</i> <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (1)Particulier <input type="checkbox"/> (2)Autre ambulancier <input type="checkbox"/> (3)Médecin <input type="checkbox"/> (4)SMUR <input type="checkbox"/> (0) NON											
Lieu d'intervention: <input type="checkbox"/> (1)Voie Publ. <input type="checkbox"/> (2)Lieu Publ. <input type="checkbox"/> (3)Travail <input type="checkbox"/> (4)Ecole <input type="checkbox"/> (5)Sport <input type="checkbox"/> (6)Cab.Méd.											
<input type="checkbox"/> (7)Privé <input type="checkbox"/> (8)Hôpital <input type="checkbox"/> (9)Home <input type="checkbox"/> (A)Autre											
Nom du lieu :			Rue:			N°:		Bte:			
Code Postal: |.....|.....|.....|			Localité:								
Motif constaté:							Conscience: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input type="checkbox"/> (A)Anormale				
<input type="checkbox"/> (1)Accident <input type="checkbox"/> (1)Roulage <input type="checkbox"/> (2)Chute <input type="checkbox"/> (3)Incendie <input type="checkbox"/> (4)Explosion <input type="checkbox"/> (5)Electrocution							Ouverture des yeux: <input type="checkbox"/> Spontanée (4)				
<input type="checkbox"/> (2)Maladie <input type="checkbox"/> (1)Respir. <input type="checkbox"/> (2)Coeur <input type="checkbox"/> (3)Psy <input type="checkbox"/> (4)Digestif <input type="checkbox"/> (5)Métabolique							<input type="checkbox"/> A la voix (3)				
<input type="checkbox"/> (3)Intoxication <input type="checkbox"/> (1)Alcool <input type="checkbox"/> (2)Drogue <input type="checkbox"/> (3)Médicament <input type="checkbox"/> (4)CO <input type="checkbox"/> (5)Chimique							<input type="checkbox"/> A la douleur (2)				
<input type="checkbox"/> (4)Obstétrique <input type="checkbox"/> (1)Douleur <input type="checkbox"/> (2)Hémorragie <input type="checkbox"/> (3)Accouchement <input type="checkbox"/> (4)Accouchement prématuré							<input type="checkbox"/> Aucune (1)				
Respiration: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input type="checkbox"/> (A)Anormale			Circulation: <input type="checkbox"/> (N)Normale <input type="checkbox"/> (A)Anormale								
Fréquence respiratoire <input type="checkbox"/> (0)Absent			Pouls: |.....|.....| (min)			Hémorragie: <input type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non					
<input type="checkbox"/> (1)Lente (<10) <input type="checkbox"/> (2)Normale (10-24) <input type="checkbox"/> (3)Rapide (>24)			<input type="checkbox"/> (0)Absent <input type="checkbox"/> (1)Régulier <input type="checkbox"/> (2)Irrégulier								
			T.A.: |.....|.....| / |.....|.....| (mmHg)			SatO2: |.....|.....| (%)					
Lésions traumatiques: <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON											
	Tête	Col.Cerv.	Colonne	MSD	MSG	Thorax	Abdomen	Bassin	MID	MIG	
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Plaie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Réponse verbale: <input type="checkbox"/> Orientée (5)				
							<input type="checkbox"/> Confuse (4)				
							<input type="checkbox"/> Inappropriée (3)				
							<input type="checkbox"/> Incompréhensible (2)				
							<input type="checkbox"/> Nulle (1)				
							Réponse motrice: <input type="checkbox"/> Obéit (6)				
							<input type="checkbox"/> Orientée (5)				
							<input type="checkbox"/> Evitement (4)				
							<input type="checkbox"/> Flexion (3)				
							<input type="checkbox"/> Extension (2)				
							<input type="checkbox"/> Nulle (1)				
							Glasgow score |.....|.....|				
Degré d'urgence: <input type="checkbox"/> (1)Vital <input type="checkbox"/> (2)Urgent <input type="checkbox"/> (3)Pas urgent											
DECISION											
Appel		OUI		NON		Heures:		Appel		Arrivée	
SMUR:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		|.....|.....|		|.....|.....|		|.....|.....|
MG:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		|.....|.....|		|.....|.....|		|.....|.....|
Autre ambul.:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		|.....|.....|		|.....|.....|		|.....|.....|
SRI:		<input type="checkbox"/> (1) <input type="checkbox"/> (0)		Nom: .....		|.....|.....|		|.....|.....|		|.....|.....|
Gestes posés : <input type="checkbox"/> (1) OUI <input type="checkbox"/> (0) NON											
Position			Immobilisation		Pansements		Drain/Aspiration		Voies aériennes		
<input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON			<input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON		<input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON		<input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON		<input type="checkbox"/> (1)OUI <input type="checkbox"/> (0)NON		
<input type="checkbox"/> (1)Assise <input type="checkbox"/> (2)Semi-assise <input type="checkbox"/> (3)Couchée <input type="checkbox"/> (4)Trendelenburg <input type="checkbox"/> (5)PLS			<input type="checkbox"/> (1)Minerve <input type="checkbox"/> (2)Attelle <input type="checkbox"/> (3)Scoop <input type="checkbox"/> (4)Coquille		<input type="checkbox"/> (1)Compressif <input type="checkbox"/> (2)Occlusif		<input type="checkbox"/> (1)Oro-Phar. <input type="checkbox"/> (2)Gastrique <input type="checkbox"/> (3)Autre		<input type="checkbox"/> (1)Nasale <input type="checkbox"/> (2)Guedel <input type="checkbox"/> (3)Masque <input type="checkbox"/> (4)Tube Endo-trach. <input type="checkbox"/> (5)Ballon <input type="checkbox"/> (6)02		
Perfusion: <input type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non			Monitoring		Défibrillation		RCP		<input type="checkbox"/> (1)<3L <input type="checkbox"/> (2)5-10L <input type="checkbox"/> (3)>10L		
<input type="checkbox"/> (1)Oui <input type="checkbox"/> (0)Non <input type="checkbox"/> (2)Pas disponible			<input type="checkbox"/> (1)Oui (Nombre:)		<input type="checkbox"/> (1)OUI (Durée: .....(min))		(Résultat: <input type="checkbox"/> (1)+ <input type="checkbox"/> (2)-)				
			<input type="checkbox"/> (2)Pas disponible		<input type="checkbox"/> (0)NON						
Remarques :											
Transport: <input type="checkbox"/> (1) OUI Position: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							Destination: <input type="checkbox"/> (1)Hôpital <input type="checkbox"/> (2)Home <input type="checkbox"/> (3)Domicile				
Nom:							Rue:				
Localité:							Evolution durant le transport: <input type="checkbox"/> ↗ <input type="checkbox"/> → <input type="checkbox"/> ↘				
							<input type="checkbox"/> (0)Non				
<input type="checkbox"/> (1)Mort sur place après RCP							<input type="checkbox"/> (5)Chargé par un autre				
<input type="checkbox"/> (2)Mort sur place sans RCP							<input type="checkbox"/> (6)Refus de transport				
<input type="checkbox"/> (3)Traité sur place							<input type="checkbox"/> (7)Course annulée				
<input type="checkbox"/> (4)Appel malveillant							<input type="checkbox"/> (8)Pas de patient				
							<input type="checkbox"/> (9)Prévention				

14.2 Le code de la route pour les véhicules prioritaires

INTRODUCTION

Parfois, la rapidité d'intervention peut être un élément important. Il faut trouver un compromis entre la vitesse d'une part et la sécurité d'autre part. La sécurité propre de l'ambulancier et des autres usagers de la route doit rester prioritaire, même au prix d'une réduction de la vitesse d'intervention. Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire dans les véhicules automobiles.

Comme pour tout autre véhicule, le conducteur d'un véhicule prioritaire doit détenir un permis de conduire catégorie B. Si le poids maximal autorisé du véhicule prioritaire est supérieur à 3.500 kg, un permis de conduire de catégorie C, CE, D ou DE est nécessaire.

Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit être porteur d'un certificat de sélection médicale. Jusqu'à l'âge de 50 ans, le certificat a une validité renouvelable de 5 ans. Cette validité est délivrée pour trois ans au delà de cet âge.

Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit toujours conduire "défensivement" :

- il ne peut pas commettre de fautes,
- il doit anticiper et se protéger des réactions inattendues des autres usagers,
- il doit toujours tenir compte des conditions de la circulation.

Comme chaque usager, le conducteur d'un véhicule prioritaire doit connaître et respecter le code de la route. Les règles de circulation sont basées sur :

- (A.R. 16.03.68): arrêté royal portant coordination des lois relatives à la police de la circulation routière,
- (A.R. 01.12.75): arrêté royal portant règlement général sur la police de la circulation routière,
- (A.R. 07.04.76): arrêté royal désignant les infractions graves au règlement sur la police de la circulation routière,
- (A.R. 15.03.68): arrêté royal portant règlement des conditions techniques auxquelles doivent répondre les véhicules automobiles, leurs remorques, leurs éléments ainsi que les accessoires de sécurité.

Certaines dispositions de ces textes s'appliquent plus particulièrement aux véhicules prioritaires.

ÉQUIPEMENT D'UN VÉHICULE PRIORITAIRE

A.R. 01.12.75 Art. 37.1: Un véhicule prioritaire est équipé d'un ou de plusieurs feux bleus clignotants et d'un avertisseur sonore spécial, conformément aux dispositions des "règlements techniques des véhicules automobiles ou des cyclomoteurs et motocyclettes".

Feux bleus clignotants

Les **feux bleus clignotants** se trouvent à l'avant ou sur le toit du véhicule. Le tableau 14.1 reprend une liste des véhicules qui peuvent faire usage de feux bleus clignotants (A.R. 15.03.68 Art. 28§2.c.4).

TABLEAU 14.1 VÉHICULES POUVANT ÊTRE MUNIS DE FEUX BLEUS CLIGNOTANTS

- véhicules d'intervention médicale urgente du service 100
- véhicules des services de police et de gendarmerie
- véhicules de lutte contre l'incendie
- véhicules de la Protection Civile
- véhicules d'une station de sauvetage des mines
- véhicules de secours de la S.N.C.B.
- véhicules de secours en cas d'incident impliquant l'eau, le gaz, l'électricité ou des substances radioactives
- véhicules de l'armée
- véhicules non banalisés
 - du contrôle routier de l'Administration du Transport terrestre
 - de l'Administration des Douanes et Accises
 - de la Police Militaire
 - des services d'enlèvement et de destruction des engins explosifs
- autres véhicules autorisés par le Ministre des Communications

Les feux bleus clignotants doivent être allumés lorsque le véhicule accomplit une mission urgente. Ils peuvent être utilisés pour l'exécution de "toute autre mission" (A.R. 01.12.75 Art.37.2). "Toute autre mission" sous-entend une mission dans l'exercice de la fonction de véhicule prioritaire. Les feux bleus clignotants peuvent être utilisés pendant une mission de secours dans un lieu public ou si le véhicule prioritaire gêne la circulation.

Avertisseur sonore spécial

Les véhicules prioritaires doivent être munis d'un **avertisseur sonore spécial**. Le tableau 14.1 présente une liste des véhicules qui sont pris en considération (A.R. 15.03.68 Art. 43§2.3).

L'avertisseur sonore spécial ne peut être utilisé que quand le véhicule prioritaire effectue "une mission urgente" (A.R. 01.12.75 Art.37.3).

"Une mission urgente" sous-entend qu'un retard serait préjudiciable à la santé d'une personne en détresse.

Pour qu'un véhicule devienne prioritaire, il devra utiliser simultanément ses feux bleus clignotants et son avertisseur sonore spécial.

FACILITÉS ACCORDÉES AU CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE PRIORITAIRE

Le code de la route vis-à-vis des véhicules prioritaires doit être appliqué par les piétons, les véhicules, les conducteurs et les gardiens d'animaux. Le code de la route est en vigueur sur les voies publiques (accessibles au public). Le code de la route ne s'applique pas aux voies privées ni aux chemins de fer.

A.R. 01.12.75 Art.37.4: Lorsque le trafic est réglé par des signaux lumineux de circulation, le véhicule prioritaire peut franchir le feu rouge après avoir marqué l'arrêt et à condition qu'il n'en résulte pas de danger pour les autres usagers.

Cet article s'applique aux feux tricolores de circulation, décrits par l'article 61 du code de la route (A.R. 01.12.75). Cet article est également d'application pour les feux tricolores de circulation qui marquent un passage pour piétons ou un rétrécissement de la chaussée. Cette disposition ne s'applique pas aux feux de circulation clignotants protégeant un passage à niveau ni aux feux de circulation bicolores spécifiques aux bandes de circulation d'une route. L'article ne s'applique pas au feu rouge qui surplombe une bande de circulation.

Le conducteur d'un véhicule prioritaire ne peut, dans ces conditions, ignorer le feu rouge. Aussi ne peut-il pas traverser un passage à niveau si les barrières ne sont pas levées et si le signal sonore fonctionne.

Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit aussi se soumettre aux quatre conditions suivantes lors du franchissement d'un feu rouge renseigné dans l'article 61 et ses extensions :

- l'avertisseur sonore spécial doit être audible,
- les feux bleus clignotants doivent être allumés,
- le véhicule doit s'arrêter (ralentir est insuffisant),
- le franchissement du feu rouge ne peut occasionner aucun danger pour d'autres usagers.

Dès lors, le conducteur d'un véhicule prioritaire qui franchit un feu rouge sans respecter ces exigences et qui occasionne un accident, sera tenu pour responsable.

A.R. 01.12.75 Art.59.13: Les dispositions de l'article 11 (limitations de vitesse) ne sont pas applicables aux véhicules utilisés par les agents qualifiés ni aux véhicules prioritaires dans les cas justifiés par l'urgence de leur mission. Dans ces cas, les conducteurs de ces véhicules ne sont pas tenus d'observer la limitation de vitesse imposée par le signal C43 (A.R. 01.12.75 Art.11).

FIG. 14.4

PANNEAU DE SIGNALISATION C43



Cependant, le conducteur d'un véhicule prioritaire doit adapter sa vitesse aux circonstances et conditions locales. En s'engageant dans un carrefour, la vitesse d'un véhicule prioritaire doit être adaptée. Un véhicule prioritaire doit toujours être en mesure d'éviter un obstacle prévisible et doit garder une distance suffisante avec les véhicules qui le précèdent.

A.R. 01.12.75 Art.59.14: Les dispositions de l'article 41 (comportement à l'égard des colonnes militaires, des groupes d'enfants ou d'écoliers, des cortèges, des coureurs cyclistes et groupes de cyclotouristes) ne sont pas applicables aux véhicules prioritaires dans les cas justifiés par l'urgence de leur mission.

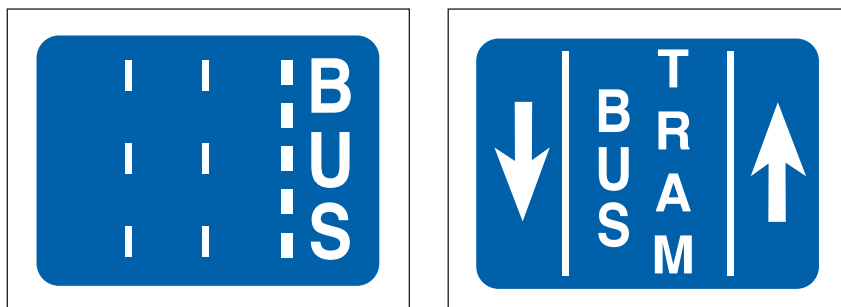
Le conducteur d'un véhicule prioritaire ne peut couper une formation ou une colonne qu'en utilisant l'avertisseur sonore spécial et les feux bleus clignotants.

A.R. 01.12.75 Art.72.5: Sur une chaussée pourvue du signal F17, la bande de circulation délimitée par de larges traits discontinus et dans laquelle le mot 'BUS' est inscrit, est réservée aux véhicules des services réguliers de transport en commun et aux véhicules affectés au ramassage scolaire. Les véhicules prioritaires peuvent circuler dans cette bande de circulation lorsque l'urgence de leur mission le justifie. Les autres véhicules ne peuvent employer cette bande de circulation que pour changer de direction.

A.R. 16.07.97 Art.12 (en complément de l’A.R. 01.12.75 Art.72.6): Une ou plusieurs larges lignes blanches continues ou des marques en damier composées de carrés blancs posés sur le sol délimitent le site spécial franchissable qui est réservé aux véhicules des services réguliers de transport en commun. Les véhicules prioritaires peuvent circuler sur ce site lorsque l’urgence de leur mission le justifie (fig. 14.5). Ils doivent se conformer aux feux de circulation lumineux spéciaux présents.

FIG. 14.5

 PANNEAUX DE SIGNALISATION
 F17 ET F18



A.R. 01.12.75 Art.81.4.4: (...) les obligations, imposant une limitation de vitesse et le port d’une plaque de vitesse (signal C43 avec mention de 60 km), ne s’appliquent pas aux véhicules prioritaires.

LES OBLIGATIONS D’UN VÉHICULE PRIORITAIRE

Le conducteur d’un véhicule prioritaire doit obéir aux injonctions des agents qualifiés.

TABLEAU 14.2 AGENTS QUALIFIÉS
(A.R. 01.12.75 ART.3, 40 ET 41)

- gendarmerie
- police communale et rurale, y compris les agents auxiliaires
- agents de l’Administration des Transports
- agents de la Régie des Voies aériennes
- agents des Ponts et Chaussées
- agents des services voyers provinciaux
- agents préposés à la surveillance des ponts
- agents des douanes
- agents de la police des chemins de fer
- agents du Service général des Constructions militaires
- agents de l’administration des Eaux et Forêts
- police militaire
- agents des sociétés de transport en commun

Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit respecter le signal STOP (B5) et les signaux de priorité.

FIG. 14.6

PANNEAU DE SIGNALISATION
B5 STOP



Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit respecter les signaux d'interdiction (sens interdit, interdiction de dépasser, ...).

Le conducteur d'un véhicule prioritaire doit obéir aux signaux d'obligation (direction obligatoire,...).

COMPORTEMENT DES AUTRES USAGERS À L'ÉGARD D'UN VÉHICULE PRIORITAIRE

A.R. 01.12.75 Art.38: Dès que l'approche d'un véhicule prioritaire est signalée par l'avertisseur sonore spécial, tout usager doit immédiatement dégager la route et céder le passage. Au besoin, il doit s'arrêter.

L'avertisseur sonore spécial doit être utilisé par le véhicule prioritaire. L'utilisateur (qu'il soit piéton ou conducteur) doit pouvoir l'entendre. En premier lieu, l'utilisateur doit céder la priorité au véhicule prioritaire. Il doit céder le passage ou se ranger, parfois même si nécessaire, sur le trottoir. Dans les cas d'urgence, dégager le passage est plus important que s'arrêter.

CONCLUSION

La sécurité lors de la conduite d'un véhicule prioritaire est plus importante que la vitesse.

14.3 L'oxymétrie de pouls

POURQUOI UNE OXYMÉTRIE DE POULS ?

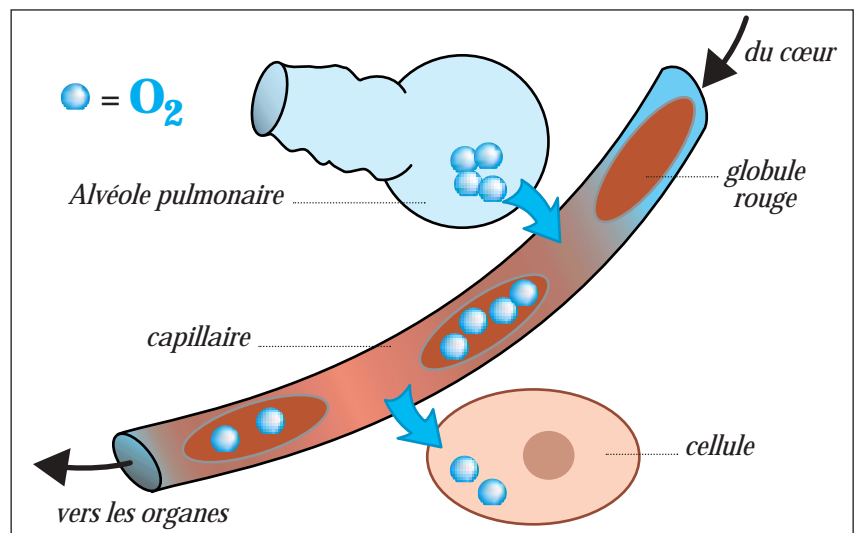


Comme nous l'avons lu dans les chapitres 1 et 3, l'oxygène est d'une importance vitale pour les cellules.

Comme vous l'avez appris antérieurement, l'oxygène que nous inspirons est absorbé et échangé dans les **alvéoles pulmonaires** au cours de la respiration (fig. 1.8).

Le système cardio-vasculaire transporte les globules rouges chargés d'oxygène à l'aide du sang vers les vaisseaux capillaires des tissus et c'est à cet endroit que les globules rouges transmettent l'oxygène aux cellules (fig. 14.7).

FIG. 14.7
ÉCHANGE D'OXYGÈNE



Légende: ceci est une représentation schématique de l'échange d'oxygène au niveau des alvéoles pulmonaires et des cellules des organes. L'oxygène passe à travers les parois de l'alvéole pulmonaire et du capillaire et se fixe sur le globule rouge. L'oxygène y est fixé sur l'hémoglobine et transporté vers les organes. Au niveau des capillaires, l'oxygène est transmis aux cellules où il est utilisé pour la combustion des nutriments et la production d'énergie.

Les globules rouges contiennent la structure qui absorbe et libère l'oxygène sous la forme d'une protéine particulière: **l'hémoglobine**.

Lorsque l'hémoglobine est chargée d'oxygène, on parle d'oxyhémoglobine ou **d'hémoglobine saturée**; sous cette forme, l'hémoglobine a une couleur rouge.

Si l'hémoglobine ne contient que peu d'oxygène, nous parlons **d'hémoglobine insaturée**; l'hémoglobine pauvre en oxygène a une couleur bleu pourpre.

La quantité d'oxygène qui sera présentée aux cellules (comme par exemple les cellules cérébrales, les cellules du cœur, ...) dépendra donc:

- de la quantité d'oxygène fixée sur les globules rouges, que l'on appelle également la **saturation en oxygène** des globules rouges,
- de la **quantité de globules rouges** présente dans les capillaires,
- du **débit circulatoire** dans les capillaires,
- de la **capacité de la cellule** à absorber l'oxygène.

Qu'est-ce qui peut provoquer un manque d'oxygène chez le patient?

Un patient peut être en manque d'oxygène pour plusieurs raisons:

- manque d'oxygène dans l'air inspiré,
- respiration insuffisante (par exemple: obstruction des voies respiratoires, intoxication à l'héroïne, traumatisme cérébral, ...),
- diminution de l'échange gazeux au niveau de la paroi des alvéoles pulmonaires (pathologies respiratoires chroniques ou aiguës, œdème des muqueuses par l'action de gaz irritants, ...),
- pénurie de globules rouges (perte importante de sang, ...),
- diminution de la circulation sanguine (décompensation cardiaque, choc, ...),
- impossibilité de fixation de l'oxygène par l'hémoglobine des globules rouges (intoxication par le CO, ...),
- augmentation de la consommation d'oxygène (fièvre, traumatisme, stress, ...).

Le malade ou le blessé doit recevoir suffisamment d'oxygène; sinon vous devez prendre les mesures nécessaires.

Comment reconnaître un patient en manque d'oxygène ?

Plusieurs raisons peuvent justifier un manque d'oxygène sans qu'il soit évident de le reconnaître à l'aspect du patient. Il est par conséquent important pour la médecine d'urgence de disposer d'un moyen pour mesurer la **saturation en oxygène** des globules rouges (de 0 à 100 %) et, simultanément, la **force du pouls** au niveau des capillaires. Cette méthode doit en outre être **non-invasive**, ce qui veut dire sans devoir traverser la peau par une ponction. En outre, pour la médecine d'urgence, ce matériel doit être **pratique**. Cette mesure se fait au moyen d'un appareil portable: **l'oxymètre de pouls**.

QUEL EST LE PRINCIPE DE L'OXYMÉTRIE DE POULS ?

La technique utilisée est la **mesure de la saturation en oxygène des globules rouges pulsés dans les capillaires**.

On place un senseur appelé capteur sur une partie de la peau qui permet de "voir" une zone des capillaires du patient. On choisit généralement l'extrémité d'un doigt (fig. 14.8).

FIG. 14.8

MISE EN PLACE DU CAPTEUR



© photo: Didier Stuckens

Légende: la mesure de la saturation est effectuée par l'appareil au niveau du doigt en plaçant l'émetteur au niveau du lit de l'ongle.

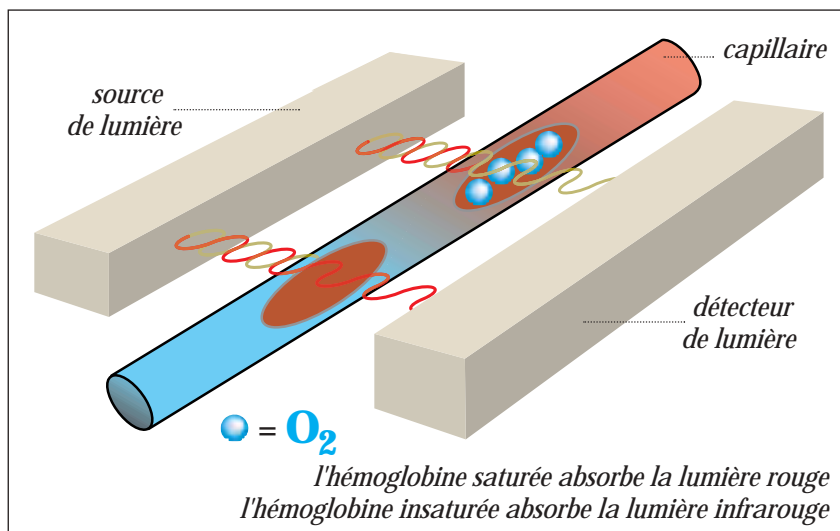
Une partie du **capteur** émet un signal lumineux. Cet **émetteur** est une source lumineuse avec deux longueurs d'onde de couleur déterminée, qui ont été fixées avec précision et de manière permanente pour chaque appareil.

De l'autre côté du **capteur**, nous trouvons un récepteur (détecteur de lumière). Il analyse la lumière des deux longueurs d'onde qui ont été choisies, en fonction de leur absorption par les deux sortes d'hémoglobine qui nous intéressent: l'oxyhémoglobine et l'hémoglobine insaturée. L'électronique de l'appareil analyse l'absorption de la lumière dans les longueurs d'onde du rouge et de l'infrarouge.

L'absorption de la lumière est la **diminution de l'intensité** mesurée entre l'émetteur de lumière et le récepteur lors du passage au travers d'une substance donnée qu'est l'hémoglobine (fig. 14.9).

L'appareil calcule à partir de cette absorption le **pourcentage de saturation par l'oxygène** de l'hémoglobine dans les capillaires qui sont observés par le capteur: ceci constitue l'**oxymétrie**.

FIG. 14.9
PRINCIPE DU CAPTEUR



Légende: Plus grande est la quantité d'oxyhémoglobine, plus grande est la quantité de lumière rouge absorbée. Ceci est traduit par l'appareil par une plus grande valeur de saturation d'oxygène (exprimée en %).

On combine à la mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine (oxymétrie) une technique de mesure des pulsations. Le même capteur que décrit plus haut enregistre également les différences de l'intensité de la lumière à chaque battement du pouls (fig. 14.10).

FIG. 14.10

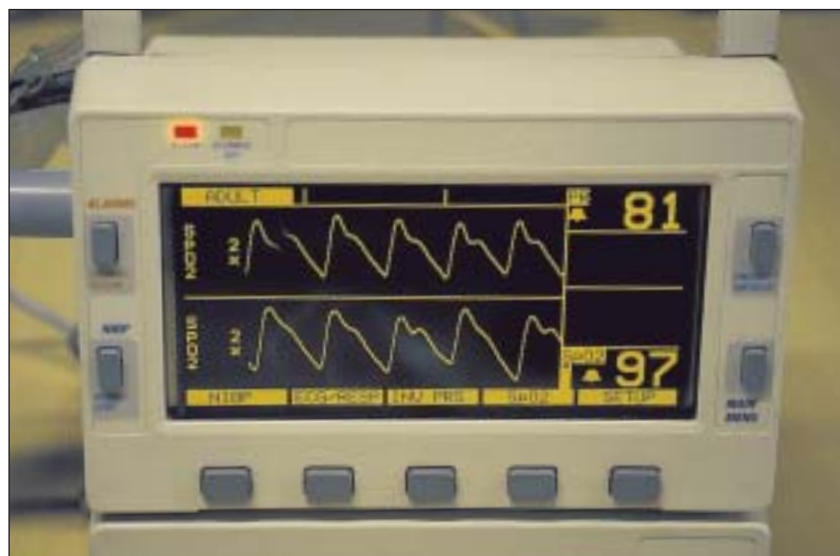
REPRÉSENTATIONS DE LA PULSATION SUR UN MONITEUR SPÉCIALISÉ ET UNE ÉCHELLE "LED"

A chaque contraction cardiaque qui envoie une onde de pression dans les artères, cette onde de pression sera mesurée lorsqu'elle est transmise dans les vaisseaux qui sont surveillés par le capteur.

Le capteur a donc une double mission: mesurer la saturation en oxygène de l'hémoglobine et la force de l'onde de pouls au niveau des capillaires.



© photo: Didier Struckens



© photo: Didier Struckens

L'appareil nous renseigne donc continuellement sur la qualité de la perfusion sanguine des capillaires du patient et de la saturation en oxygène du sang.

LE CALCUL DE LA SATURATION EN OXYGÈNE

Les valeurs normales mesurées chez une personne en bonne santé qui respire de l'air avec une teneur normale en oxygène (21%) se situent entre **96 % et 100 %**. Si le patient souffre d'un apport déficient d'oxygène vers les cellules, ces valeurs seront plus basses: 90 %, 85 %, ...

Lors de l'amélioration de l'apport d'oxygène vers les cellules, la valeur mesurée du pourcentage de la saturation d'oxygène s'améliore également. L'évolution est plus importante qu'une donnée chiffrée unique.

EN PRATIQUE ...

L'évolution technique permet la réalisation d'oxymètres portables, avec une alimentation sur batteries et d'un usage convivial.

Toutes les ambulances du service 100 ont été équipées d'un **oxymètre de pouls**. En tant que secouriste-ambulancier, vous devez connaître cette technique de surveillance. Si les oxymètres de pouls se présentent sous des dehors divers, ils travaillent néanmoins selon les principes de base et les techniques mentionnées ci-dessus. Vous devez connaître le fonctionnement de l'appareil qui a été mis à votre disposition.

A votre base de départ

- Vérifiez la tension des **batteries** électriques.
- Vérifiez si le capteur est raccordé à l'appareil. Généralement le capteur se présente sous la forme d'une "pince" qui est placée sur l'extrémité d'un doigt. Souvent, un dessin sur le capteur rappelle la technique correcte de son placement. La source de lumière doit toujours être placée au niveau du lit de l'ongle et le récepteur à l'autre côté du doigt.
- Vérifiez si le capteur est **propre** et émet une lumière rouge lors de la mise en marche.

Auprès du patient

- Allumez l'appareil.
- Placez le capteur: l'extrémité du doigt doit être propre et facilement accessible.
- L'appareil s'étalonne automatiquement en quelques secondes.
- Dès que l'appareil mesure un pouls suffisant et affiche une valeur fiable, on obtient **la valeur mesurée de la saturation d'oxygène** (en %).
- L'appareil produit un signal sonore et visuel à chaque battement du pouls, montre le pouls mesuré sur un écran, imprime les résultats et le moment de chaque mesure. Eventuellement, une alarme sonore se déclenche selon les limites définies pour la saturation d'oxygène.

Après la mission

Indiquez la première valeur de la saturation en oxygène (% Sat O₂ dans la section circulation) sur le formulaire d'enregistrement de l'intervention en service d'ambulance. Les valeurs suivantes seront notées dans la rubrique des remarques.



LES LIMITES DE CETTE TECHNIQUE

L'oxymétrie de pouls est un progrès remarquable du monitoring non invasif (c'est à dire de la surveillance) du patient. **En prenant la mesure au niveau du doigt du patient, l'appareil est capable de vous aider dans la surveillance du blessé ou du malade.**

Cette technique est inoffensive pour le patient et les capteurs modernes sont très fiables. Tous ces avantages ne doivent pas vous faire oublier que des causes extérieures peuvent perturber la mesure et que cette technique a des limites.

- Les mouvements du capteur au niveau du doigt perturbent les mesures.
- Le vernis pour ongles et une couleur de peau très foncée perturbent également les mesures.
- Une source de lumière extérieure puissante peut interférer au niveau d'un capteur non protégé.
- Des champs électromagnétiques puissants dans l'entourage immédiat de l'appareil rendent la détermination non fiable.
- Un choc (par exemple: perte de sang importante ou arrêt cardio-respiratoire, ...) diminue la circulation capillaire et provoque l'absence d'un signal mesurable. Ne perdez pas de temps à chercher à obtenir coûte que coûte un signal. Le traitement du patient est à ce moment beaucoup plus important. Une vasoconstriction importante des capillaires par le froid ou par certains médicaments (comme l'adrénaline) peuvent perturber la mesure.
- Une anémie sévère (c'est-à-dire un manque important de globules rouges) influence la mesure.
- Une intoxication oxycarbonée (par le CO - monoxyde de carbone) transforme l'hémoglobine en "carboxyhémoglobine". Le désavantage est que l'hémoglobine bloquée par le monoxyde de carbone est mesurée par l'appareil comme de l'hémoglobine normale. Ceci donnera des résultats optimistes et donc dangereux.

Le secouriste-ambulancier doit retenir qu'une intoxication par le CO indique des valeurs faussement normales de saturation d'oxygène et donne donc une illusion de sécurité.

CONCLUSION

L'oxymétrie de pouls est une technique qui vous permet, en tant que secouriste-ambulancier, de **surveiller** la saturation en oxygène des tissus du patient.

Cette technique mesure **la fréquence cardiaque, la force du pouls et la saturation en oxygène** des globules rouges dans les capillaires. Cet appareil vous permet d'évaluer l'évolution de la situation.

L'amélioration d'un apport d'oxygène insuffisant est signe d'une aide efficace au patient (par exemple: administration d'oxygène au masque, ...).

En tant que secouriste-ambulancier, vous devez connaître les limites et les pièges de la technique.

14.4 La désincarcération d'une victime

INTRODUCTION



Comme cela a été exposé dans les chapitres 2 et 4, vous êtes responsables d'une ou de plusieurs victimes dès votre arrivée sur les lieux d'un accident. La gravité de l'accident peut être très variable. Il est donc essentiel pour un secouriste-ambulancier d'évaluer correctement la gravité d'un accident. Le diagramme des premières minutes vous a appris la prise en charge correcte du patient (diagramme 2.7). Votre expérience de l'aide médicale urgente vous a fait prendre conscience, que pour être efficace, les intervenants et les divers services doivent collaborer.

La nécessité de cette collaboration est évidente lors de la désincarcération d'une victime d'accident. Le but de cette désincarcération est la libération et l'extraction de la victime sans aggravation des lésions. La vitesse de l'intervention n'est pas en soi l'élément le plus important. Une bonne collaboration avec les services médicaux, de pompiers et de police a un effet favorable sur l'évolution du patient. Cette dernière n'est pas seulement déterminée par des facteurs physiques mais également par des facteurs psychologiques.



Une aide efficace pendant **“the first golden hour (la première heure après l'accident)”** influencera de manière positive la survie et réduira les séquelles à long terme de la victime. L'organisation de la prise en charge des victimes des accidents de roulage qui entraînent une incarcération ressemble beaucoup à celle de la riposte face à une catastrophe et à sa désorganisation. Non seulement le résultat mais également la manière dont s'est réalisée la désincarcération de la victime sont importants. Des recherches ont démontré qu'un accident grave peut avoir des répercussions prolongées sur le plan psychique tant pour la victime que pour son entourage.

Sur base de l'expérience des corps de secours, de nouvelles stratégies ont été imaginées et testées pour libérer les victimes incarcérées. Contrairement aux idées reçues, ces nouvelles méthodes ne nécessitent pas plus de temps. Cependant, l'application d'une **méthode standardisée** améliore la qualité du dégagement de la victime.

Généralement, vous aurez affaire à des victimes coincées à l'intérieur d'un véhicule. La libération et l'extraction de ce type de victime est discutée en détail dans ce texte. Vous pouvez rencontrer d'autres circonstances où il est nécessaire de dégager une victime; l'accident avec des machines, l'accident de train, les accidents avec des véhicules, l'effondrement d'une habitation et les catastrophes diverses. La libération d'une victime prisonnière d'un véhicule est prise, ici, comme exemple pour d'autres cir-

constances d’incarcération: vous devez toujours appliquer la “procédure des premières minutes”.

LES PREMIÈRES MINUTES AUPRÈS D’UNE VICTIME INCARCÉRÉE



La méthode d’intervention du secouriste-ambulancier auprès d’une victime atteinte de blessures graves et la procédure pendant les premières minutes ont été exposées de manière détaillée dans les chapitres 2 et 4. Cette méthode reste toujours d’application.

Que faire à l’arrivée ?



A l’arrivée sur les lieux d’un accident, choisissez un endroit sûr pour placer votre véhicule de secours. Si vous arrivez les premiers sur les lieux d’intervention, interposez votre véhicule en “bouclier” entre la circulation et l’accident. Tenez toujours compte de la possibilité de la présence de produits dangereux, du risque d’explosion et de la direction du vent.

Assurez d’abord **votre propre sécurité** par le balisage notamment. Le secouriste-ambulancier doit veiller à être équipé de vêtements adéquats, de souliers de sécurité, de gants, d’un casque et de lunettes de protection. Évaluez les circonstances et l’environnement.

Y a-t-il un danger pour les intervenants, les victimes ou les spectateurs ? L’observation des circonstances permet d’évaluer la force de l’impact sur la victime. Le tableau 14.3 énumère les indices de gravité d’un accident avec victime incarcérée.

TABLEAU 14.3 INDICES DE GRAVITE D’UN ACCIDENT AVEC UNE VICTIME INCARCEREE

- un déplacement des véhicules, au cours d’une collision frontale, de plus de 7 mètres vers l’arrière
- un déplacement vers l’arrière de l’essieu avant du véhicule
- une intrusion du bloc moteur dans l’habitacle
- une déformation latérale vers l’intérieur de l’habitacle
 - de plus de 35 cm du côté de la victime
 - de plus de 50 cm de l’autre côté
- une autre victime a été éjectée du véhicule
- un des occupants du véhicule est décédé
- la voiture a fait un tonneau avant
- l’habitacle ou la colonne de direction est déformée

Dans la “**procédure des premières minutes**”, vous établissez la possibilité de demander de l’aide technique ou médicale supplémentaire.

Si une équipe de pompiers se trouve sur place, vous ne pourrez accéder à la victime qu’avec l’accord du pompier responsable de l’intervention.

L'évaluation primaire d'une victime

Ce n'est que lorsque la sécurité a été assurée que vous pouvez procéder à l'évaluation primaire du patient. Observez l'état de conscience et l'ABC.



Si une victime est incarcérée, il faut toujours demander au préposé le renfort technique des pompiers et le renfort médical du SMUR.



En l'absence de danger et dans l'attente du SMUR, vous réalisez rapidement une première évaluation. Prenez en charge les fonctions vitales et posez **une minerve** avec l'aide d'un autre intervenant. Au cours de cette manœuvre, évitez les mouvements de flexion, d'extension et surtout de rotation de la tête. Il faut suspecter une lésion de la nuque chez tout patient incarcéré, jusqu'à preuve du contraire. Une victime incarcérée nécessite de **l'oxygène** comme tout autre blessé grave.

L'évaluation secondaire de la victime

Dès que cela sera possible, vous pouvez effectuer une évaluation secondaire après l'évaluation primaire plus approfondie. Le contrôle de l'état de conscience et de l'ABC, ainsi que la prise en charge des fonctions vitales, restent le plus important. Ceci nécessite votre présence constante près de la victime, pour autant que votre propre sécurité reste assurée.



Le patient incarcéré peut aussi bien réagir de manière exagérée en criant, en tentant de fuir à la suite d'un état de panique, que de façon moins active, se trouver en état de stupeur, être pâle et trembler.

Ne partez pas de l'idée qu'un patient apparemment inconscient n'entend plus rien. L'expérience montre que cette supposition est fautive. Vous devez toujours respecter la dignité de la victime. **Évitez les paroles irréfléchies.**

LA TECHNIQUE DE DÉSINCARCÉRATION

La technique de désincarcération se base sur un nombre de principes résumés dans le tableau 14.4

TABLEAU 14.4 PRINCIPES DE LA DESINCARCERATION

- l'évaluation correcte de la situation
- la concertation entre les équipes techniques et l'équipe médicale
- l'utilité des périmètres d'action
- la répartition des tâches lors d'une désincarcération
- la stabilisation du véhicule
- la gestion du verre
- la protection
 - de la victime
 - et des intervenants
- l'accès vers la victime
- la stabilisation de la victime
- le dégagement de la victime

L'évaluation correcte de la situation

En tant que secouriste-ambulancier, vous devez essayer de comprendre le mécanisme de l'accident. Ceci vous permet une recherche orientée des lésions. Le pompier responsable de l'intervention a pour mission la réalisation d'un bilan de la situation. Il est responsable de la sécurité des victimes, des intervenants, des spectateurs et de l'environnement. Simultanément, il peut recueillir des renseignements qui peuvent être utiles pour le dégagement proprement dit de la victime. Les voies d'accès vers la victime sont déterminées en grande partie par les observations du pompier responsable de l'intervention, par la nature des lésions et en fonction du matériel disponible.

Concertation entre l'équipe technique et l'équipe médicale

La **concertation** entre les différents services impliqués est très **importante**. Chaque renseignement obtenu peut être utile pour les deux services.



Sous la direction du pompier responsable de l'intervention, un plan de dégagement est établi en concertation avec l'équipe médicale. La procédure de désincarcération est alors fixée et le temps nécessaire à sa réalisation est estimé. Le travail se fait selon ce plan. Il faut considérer la désincarcération d'une victime comme un plan catastrophe à petite échelle réalisé sous la direction du pompier responsable de l'intervention. Les secouristes-ambulanciers et les membres du SMUR renseignent le responsable pompier sur les impératifs médicaux avant qu'une décision ne soit prise.

La discussion doit être ordonnée et constructive. Une concertation calme a un effet favorable sur la victime.

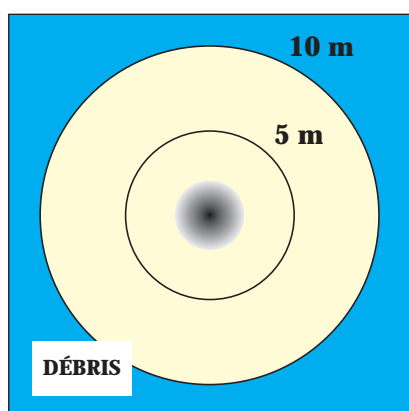


Il est important de libérer les victimes dans un ordre précis. Contrairement à ce qui a été enseigné dans les mesures à prendre pendant les premières minutes, il faut prendre en charge d'abord les blessés accessibles. Viennent ensuite les blessés qui sont difficiles à dégager. Les victimes décédées sont laissées sur place tant qu'elles ne gênent pas les manœuvres de dégagement d'autres victimes.

L'utilité des périmètres d'action

FIG. 14.11

L'UTILITÉ DES PÉRIMÈTRES D'ACTION



Légende: Le point noir représente l'épave. Autour de celle-ci, vous délimitez deux cercles de 5 et de 10 mètres de rayon respectivement pour subdiviser la surface de travail. La zone de dépôt des débris se trouve au moins au-delà de la zone des cinq mètres.

La répartition des tâches lors d'une désincarcération

La stabilisation du véhicule

Un accident doit être comparé à un **espace de travail** qui doit être **sûr** et **ordonné**. Il est fait usage de deux cercles de travail imaginaires autour du véhicule accidenté. Ces cercles ont pour but d'assurer la sécurité et l'efficacité du travail.

Le centre du cercle est constitué par **l'épave**.

Le **premier cercle de travail** a un rayon de 5 m à partir de l'épave. Dans ce rayon ne se trouvent que les intervenants qui participent directement à la désincarcération. Les autres intervenants se tiennent en dehors de la zone des 5 mètres, prêts à aider si cela est nécessaire et après avoir obtenu la permission du pompier responsable de l'intervention. Dans ce premier cercle ne se trouvent que les outils nécessaires à l'action en cours. Dès qu'un outillage n'est plus utilisé, il doit être enlevé de la zone des 5 mètres.

Le **deuxième cercle de travail** a un rayon de 10 mètres autour de l'épave. Vous y trouvez les véhicules de secours et le matériel des intervenants placés de manière stratégique, pour respecter autant que possible la circulation normale des autres véhicules.

Les débris détachés sont rassemblés dans une **zone de dépôt des débris** située en dehors de la zone des 5 mètres.

Cette méthode crée un terrain de travail où les intervenants ne trébuchent pas sur des obstacles et où l'on évite une "surpopulation".

Pendant ce type d'intervention, il est nécessaire d'utiliser une méthode de travail qui place un nombre minimum d'intervenants à proximité immédiate de l'épave. Une distribution stricte des tâches est donc indispensable. Chacun doit savoir ce que l'on attend de lui. Le pompier responsable de l'intervention dirige toute cette opération.

La stabilisation de l'épave est importante tant pour les intervenants que pour la victime. **Un véhicule instable constitue un danger pour les intervenants**. En outre, tout mouvement du véhicule peut provoquer des douleurs chez la victime et augmenter le risque de lésions supplémentaires. La stabilisation du véhicule prend peu de temps. Si elle est réalisée avec compétence, tous en seront bénéficiaires, la victime comme les sauveteurs.

Le corps de pompiers possède un matériel de stabilisation pour les véhicules. Le matériel utilisé dépend de la position du véhicule après la col-

lision. Citons comme matériel utilisé pour la stabilisation d'un véhicule: des poutres et des coins en bois, des blocs de mousse, des courroies de fixation, des crics et des étauçons. L'utilisation simultanée de toutes ces aides techniques est parfois nécessaire.

FIG. 14.12

MATÉRIEL TECHNIQUE POUR LA
STABILISATION DU VÉHICULE



Les blocs de mousse soutiennent le véhicule.



Dégonfler les pneus stabilise le véhicule de manière définitive.

Si le véhicule est toujours en appui sur ses roues, le dégonflage des pneus, effectué après la réalisation des mesures provisoires de stabilisation, assurera la stabilisation permanente de l'épave par neutralisation des éléments de suspension.

Le pompier responsable de l'intervention fera placer judicieusement le matériel de stabilisation afin qu'il ne doive pas être enlevé au cours de la libération proprement dite de la victime.

Il devra, après intervention des secouristes, renseigner les services d'ordre qui effectuent l'examen technique de l'accident, sur la position et l'environnement initial de l'épave.

La gestion du verre

La gestion du verre est la dénomination globale pour qualifier toutes les mesures qui limitent les dégâts provoqués par le verre.

Au début de la désincarcération, il est indiqué de commencer par l'enlèvement de tout le verre présent. Les éclats de verre seront également enlevés dans un cercle réduit autour de l'épave. Ceci crée ainsi une assise sûre pour le matériel de stabilisation. En plus, les risques de chute, de glissade et de blessures des intervenants sont diminués. Tant les vitres intactes que les vitres brisées doivent être enlevées. En effet, pendant les manœuvres de désincarcération, elles peuvent à tout moment voler en éclats. Il existe plusieurs méthodes pour enlever les vitres: elles dépendent entre autres de l'état de la vitre, du type de verre et du matériel disponible.

Il est important qu'un **sauveteur informe la victime des actions réalisées**. L'usage d'une protection transparente devrait contribuer à rassurer la victime de même qu'assurer une protection confortable.

FIG. 14.13

LA GESTION DU VERRE



Les morceaux de verre, les éclats de verre et les vitres sont transportés vers la zone de dépôt des débris.

Le pompier en charge de la sécurité veille à l'enlèvement des pièces détachées ou des pièces de découpe hors de la zone de travail. Les débris de verre, quant à eux, seront glissés sous l'arrière de la carcasse. Cela diminue le risque de blessure pour les secouristes et de dommage pour le matériel médical.

La protection de la victime et des intervenants pendant la désincarcération

Les corps de pompiers possèdent des moyens techniques simples qui protègent la victime et les intervenants pendant les manœuvres de désincarcération.

Couvertures et feuilles de plastique renforcé

Les couvertures réalisent une bonne protection, mais ne sont pas hygiéniques. De plus, elles empêchent la vision de l'intervenant et de la victime. Celle-ci peut être inquiète de ce qu'elle entend et ne voit pas.

Il vaut mieux utiliser des feuilles de plastique transparent renforcé. Chaque manœuvre avec une cisaille ou un écarteur provoque des éclats. Ces couvertures protègent contre les verres et les éclats. Une protection transparente permet à l'intervenant de suivre les opérations. Par sa proximité physique, il peut informer la victime sur ce qui va se passer et la tranquilliser. Le problème du refroidissement, qui menace la victime lorsque son incarcération se prolonge, peut être prévenu dans une certaine mesure par l'utilisation de ces feuilles.

Plaques rigides de protection

Les plaques rigides de protection transparentes protègent la victime et les intervenants pendant l'intervention. Les plaques rigides protègent très bien contre les dérapages du matériel et les mouvements inattendus d'éléments de l'épave ; il faut donc toujours placer ces plaques de protection entre la victime, l'intervenant et le matériel.

L'avantage de ces plaques transparentes est qu'elles permettent la localisation par l'intervenant des parties du corps de la victime qui sont menacées par les actions de désincarcération.

Les housses de protection

L'accident et les manœuvres de désincarcération créent des zones coupantes à la carrosserie de l'épave.

Elles peuvent provoquer des blessures chez les sauveteurs. Le pompier

chargé de la sécurité veille à faire recouvrir ces points dangereux. Les corps de pompiers utilisent à cette fin des sacs de jute, de vieux tuyaux d'incendie ou des housses de matériel synthétique renforcé.

FIG. 14.14

MOYENS DE PROTECTION



Couvertures et feuilles de plastique renforcé.



Plaques transparentes rigides et renforcées.



Housses de protection.

L'accès à la victime

La manière dont la victime sera finalement libérée sera déterminée par le pompier responsable de l'intervention en concertation avec l'équipe médicale. Cela nécessite, si la sécurité le permet, une évaluation primaire de l'état de la victime. On pose toujours une minerve. Les mesures de prise en charge des fonctions vitales sont réalisées dès que les dangers sont éliminés.

L'accès et la libération de la victime dépendent de son état général, de ses blessures, de l'état de l'épave et des possibilités techniques des équipes d'intervention. Pour prévenir les complications, il faut éviter tout déplacement de la victime.

Lors du sauvetage, le principe de base suivant est à appliquer :

**démanteler l'épave autour de la victime
et non enlever la victime de l'épave.**

Créer de l'espace autour de la victime a deux avantages: la victime ne doit pas être déplacée pour être libérée et l'équipe médicale bénéficie de plus de place pour travailler.

La concertation entre le pompier responsable de l'intervention et l'équipe médicale empêche qu'une voiture soit totalement démantelée pour une blessure minime. Une équipe entraînée de pompiers a besoin de moins de 20 minutes pour dépecer une voiture. En cas de doute sur la gravité des lésions ou lors de blessures graves, il faut toujours prévoir un large accès vers la victime et un large chemin d'extraction.

FIG. 14.15

CONCERTATION ENTRE LES
ÉQUIPES MÉDICALES ET
TECHNIQUES



Concertation entre les responsables.

Une bonne entente entre les responsables de l'équipe de pompiers et de l'équipe médicale est importante. L'équipe médicale conseille le pompier responsable de l'intervention qui, lui, prend les décisions. Parfois, les manœuvres doivent être interrompues pour permettre l'évaluation ou le soutien des fonctions vitales. Cette nécessité doit être signalée au responsable des pompiers.

Si vous voyez que la situation de la victime s'aggrave, vous pouvez demander au pompier responsable d'accélérer la désincarcération.

Comme le montre le tableau 14.5, il existe plusieurs techniques pour créer de l'espace.

TABLEAU 14.5 TECHNIQUES POUR CREER DE L'ESPACE

- le rabattement du toit vers l'arrière
- le rabattement du toit vers l'avant
- le rabattement latéral du toit
- l'enlèvement total du toit
- l'ouverture de la porte, côté serrure
- l'ouverture de la porte, côté charnières
- le refoulement de l'essieu avant
- le rabattement de la paroi latérale de l'espace inférieur pour les jambes
- le refoulement de la console du tableau de bord et de la colonne de direction
- l'enlèvement complet de la paroi latérale
- l'enlèvement des sièges
- l'ouverture d'un véhicule reposant sur le toit

FIG. 14.16

TECHNIQUES POUR CRÉER DE L'ESPACE

Ce sont des exemples pour des voitures de tourisme. Il est évident que de nombreuses techniques sont utilisables pour libérer des victimes incarcerated dans d'autres types de véhicules.



Séparation des portes.



Enlèvement du montant central.



Mise en place des mousses de protection.



Enlèvement du pare-brise.



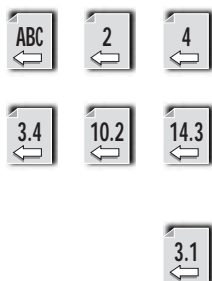
Enlèvement du toit.



Extraction de la victime dans l'axe.

La stabilisation de la victime

Les chapitres 2 et 4 vous ont appris, à l'aide d'un diagramme, ce qu'il faut faire pour aider un blessé. La même technique est certainement d'application pour une victime coincée.



Afin de permettre une **évaluation primaire** et réaliser la prise en charge des fonctions vitales, il faudra, si nécessaire, interrompre brièvement les manœuvres de désincarcération. Évaluez l'état de conscience et de l'ABC de la victime. Soutenez ses fonctions vitales et posez une minerve. Déterminez son oxymétrie de pouls. Dès que le **SMUR** est sur place, il sera possible de placer un accès veineux. Il faudra veiller à ce que les trousses de perfusion, les câbles du moniteur ou les tuyaux d'oxygène ne soient pas coupés ou écrasés.

La libération de la victime



Pendant l'extraction de la victime, les lésions de la colonne cervicale retiendront toute votre attention. Il faut conserver strictement l'axe longitudinal du corps de la victime. Vous utilisez une minerve pour le maintien de la nuque. Celle-ci employée seule n'est pas suffisante. Vous devez sou-

FIG. 14.17

MOYENS DE STABILISATION DE LA
COLONNE VERTÉBRALE



Un corset d'immobilisation et
deux modèles de minerve.



Une planche de colonne.



tenir la nuque avec les deux mains de manière continue. Pour la colonne dorsale, la colonne lombaire et le bassin, l'utilisation simultanée d'un corset d'immobilisation de colonne, d'une planche de relevage ou d'une civière à palettes est utile.

La figure 14.18 présente différentes photos démontrant l'utilisation simultanée d'un corset d'immobilisation et d'une planche de colonne.

- En maintenant de manière continue l'immobilisation de la colonne cervicale, vous devez tout d'abord placer un corset d'immobilisation derrière la victime.
- Après immobilisation de la nuque et la fermeture des sangles du corset, le dossier du siège de voiture est incliné vers l'arrière ou enlevé. Vous devez soutenir continuellement la victime et maintenir l'axe longitudinal.
- Une planche de colonne est glissée ensuite jusqu'au niveau des fesses (du coccyx) de la victime.
- Sur les indications de l'équipe médicale, la victime est posée prudemment avec l'aide d'au moins trois sauveteurs sur la planche de colonne et ensuite positionné vers le haut.
- Dès que la victime est complètement posée sur la planche, elle est portée vers le brancard.

FIG. 14.18

UTILISATION D'UN CORSET
D'IMMOBILISATION ET D'UNE
PLANCHE DE COLONNE.

LIBÉRATION D'UNE VICTIME
PAR L'ENLÈVEMENT DE LA
PAROI LATÉRALE





*LIBÉRATION D'UNE VICTIME
PAR L'ENLÈVEMENT TOTAL
DU TOIT*



Si cela est nécessaire, une stabilisation complémentaire de la victime peut être effectuée avant de commencer le transport vers l'hôpital. Prévenez le préposé au moment de votre départ. Un style de conduite brutale est à éviter pendant le transport. Ceci calme le patient et augmente la sécurité de tous.

L'INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ PASSIVE SUR LA LIBÉRATION D'UNE VICTIME INCARCÉRÉE

On différencie les mesures de sécurité passives et actives.

La sécurité **active** constitue ce que font ou ne font pas le conducteur, les passagers et le public. La sécurité active est surtout déterminée par le comportement. Les exemples en sont notamment: l'utilisation de la ceinture de sécurité, la vitesse adaptée aux circonstances et la conduite en état de sobriété. La sécurité active suppose des actions conscientes des usagers de la route.

La sécurité **passive** est constituée des dispositifs situés dans et autour du véhicule. Les occupants du véhicule et les spectateurs ne doivent rien faire: l'équipement du véhicule travaille passivement à leur place. Les exemples de sécurité passive dans la circulation routière sont évidents ; la sécurité passive est actuellement présente sans que vous en ayez conscience.

L'industrie fait des efforts pour protéger le conducteur, les passagers et le public contre les conséquences d'un accident. Ces découvertes et adaptations augmentent surtout la sécurité des véhicules. Si la sécurité passive protège les occupants lors des accidents, elle rend leur libération de l'épave plus difficile.

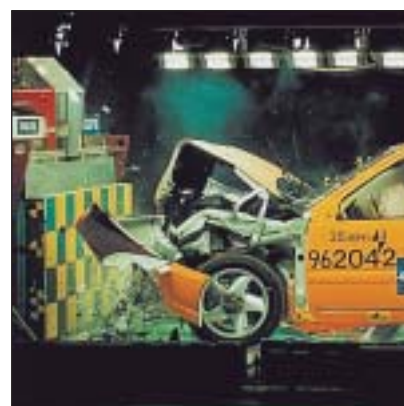
Les zones de déformation



Les zones de déformation sont les parties d'une voiture qui absorbent de l'énergie en se déformant sous l'influence de la force de collision. Ces zones de déformation peuvent absorber une grande partie, mais pas la totalité de l'énergie cinétique d'un accident.

FIG. 14.19

LES ZONES DE DÉFORMATION



Les zones de déformation avant l'accident.

Les zones de déformation après l'accident.

La cellule de sécurité

La cellule de sécurité qui inclut l'habitacle est conçue pour empêcher au maximum sa déformation lors d'une collision. Cependant, si les forces de collision sont importantes, elle se déformera quand même. Il sera difficile d'ouvrir les portes qui seront coincées lors de la déformation de cette cellule de sécurité.

FIG. 14.20

LA CELLULE DE SÉCURITÉ



© photo: Volvo

Une cellule de sécurité empêche la déformation de l'habitacle.

Une cellule de sécurité empêche la déformation de l'habitacle

Les poutrelles (barres) de renforcement des portes dépendent de

- la forme (profil rond, profil rectangulaire, plein ou creux),
- l'emplacement (transverse, droites ou croisées),
- l'action (coulissantes ou non).

Les poutrelles de renforcement peuvent ralentir de manière importante la désincarcération de l'épave.

Les coussins de protection (airbag)

• Fonctionnement



L'airbag est une partie de l'équipement passif de sécurité qui déploie un coussin gonflé de gaz lors d'une décélération brutale du véhicule. Le système est constitué

- de senseurs dans le véhicule,
- d'une centrale de contrôle,
- d'un mécanisme de mise à feu,
- d'un circuit de secours,
- d'un emplacement pour le coussin gonflable.

Le poste de contrôle reçoit ou non des impulsions en provenance des zones de senseurs. Ce poste de contrôle ne peut utiliser ces impulsions que s'il est alimenté en courant électrique. Dans les circonstances normales, il s'agit de la batterie du véhicule. Lors d'un accident, le déclenchement se fait parfois à partir d'une source de secours (condensateur), qui peut rester encore active pendant trente minutes après l'accident.

Le déploiement du coussin de protection s'effectue en quelques millisecondes lors du ralentissement brutal du véhicule. Par ignition d'un mécanisme de mise à feu, ce déploiement présente une grande vitesse et une grande force. Le coussin de protection peut provoquer des lésions chez les petits enfants. Dès que le coussin est déployé suite à cette explosion, il se vide et répand beaucoup de poussière et un peu de fumée.

Supposez toujours qu'un coussin de protection peut être caché dans l'épave. Il est possible de le repérer par des inscriptions (SRS, SIR...) se trouvant entre autre sur le volant, le tableau de bord et les vitres.

• Les coussins frontaux de protection

Les coussins d'air frontaux sont destinés à la protection du conducteur et du passager avant. Dans un certain nombre de véhicules, vous trouvez également des coussins de protection dans les dossiers des sièges avant. Ils sont destinés à la protection des passagers des sièges arrière lors d'une collision frontale. Les coussins frontaux de protection diminuent l'importance des lésions lors d'une collision, pour autant que les passagers portent préalablement leur ceinture de sécurité.

FIG. 14.21

.....
UN DES SYMBOLES QUI
INDIQUENT LA PRÉSENCE D'UN
COUSSIN DE PROTECTION
.....



© photo: Didier Stuckens

• Les coussins latéraux de protection

Les coussins latéraux de protection ont été conçus pour les collisions latérales. Ils se trouvent habituellement dans les portières ou dans les dossiers des sièges. La protection donnée par ces coussins est également élevée lorsque les passagers portent leur ceinture de sécurité. Les travaux de découpage sur la paroi latérale du véhicule peuvent entraîner le déclenchement d'un coussin non encore déployé, même après déconnexion de la batterie. Le déploiement d'un coussin de protection provoque une forte détonation. Outre une réaction de peur chez la victime et les intervenants, elle peut provoquer des lésions des yeux et de la peau.

Un coussin de protection déployé pend de manière très visible, comme un sac vide dans le véhicule. Lorsque il est déployé, il faut tenir compte d'une certaine possibilité d'irritation des yeux, de la peau et des voies respiratoires. Cette irritation est liée au nuage de particules libérées lors du déploiement du coussin. Protégez-vous à l'aide d'un masque, de gants et de lunettes de sécurité. Pensez aussi au fait que les parties métalliques dans lesquelles le coussin était renfermé s'échauffent lors de l'explosion. Le volant et le coussin ne s'échauffent pas lors du déclenchement du système.

Un coussin de protection **non encore déployé** peut provoquer des problèmes lors de la désincarcération. Vous devez prévoir que le coussin peut se déployer inopinément au cours de la libération. Pour cette raison, il est conseillé de déconnecter d'abord la batterie et de faire installer, par les pompiers, un "système anti-airbag" aussi rapidement que possible sur le volant. Si cela n'est pas possible ou qu'il s'agit du coussin d'air du pas-

sager pour lequel il n'existe pas encore de système de neutralisation sur le marché, essayez de ne pas vous interposez entre la victime et le coussin. De même, ne posez pas de matériel et d'outils à cet endroit car ils pourraient devenir des projectiles mortels.

FIG. 14.22

UN SYSTÈME ANTI-AIRBAG
PERMETTANT DE CONTENIR UNE
EXPLOSION TARDIVE




Mise en place du système anti-airbag.



House de protection contre les fumées et les poussières.

Les tendeurs de ceinture

Cette protection passive empêche le mouvement vers l'avant des passagers lors d'une collision frontale en tendant les ceintures de sécurité. Les collisions latérales, arrières ou les tonneaux ne mettent pas en action les tendeurs de ceinture.

-  Il existe deux système de tendeurs de ceinture sur le marché:
- un ressort qui se détend, ce qui rétracte la ceinture de 6 à 12 cm,
 - un système électronique qui rétracte la ceinture de 6 à 18 cm.

Si vous voulez libérer une victime, vous devez sectionner la ceinture à deux endroits avec un couteau spécial. Il n'est pas toujours apparent qu'un système de mise sous tension de la ceinture soit monté dans le véhicule. Soyez donc prudents et restez à une distance d'au moins 15 cm des points d'ancrage et de tension de la ceinture. Les systèmes de mise sous tension des ceintures peuvent provoquer des blessures et des brûlures des mains.

FIG. 14.23

LE TENDEUR ET LE COUTEAU
DE CEINTURE



CONCLUSION

Assurez toujours votre propre sécurité.

**Avertissez toujours le préposé des problème d'incarcération.
Demandez les renforts techniques et médicaux supplémentaires.**

La libération d'une victime incarcérée nécessite la collaboration de plusieurs services.

Une action coordonnée s'effectue sous la direction du pompier responsable de l'intervention.

14.5 Soins aux plaies et pansements



Lorsque vous soignez une plaie, pensez d'abord à votre propre sécurité en portant **toujours** des gants!

En premier lieu, vérifiez si vous et le patient êtes en sécurité, et si vous le resterez durant toute la durée des soins aux plaies. Si à un moment donné, vous constatez qu'il y a danger, interrompez ceux-ci et prenez les mesures nécessaires.



La plaie, aussi impressionnante soit-elle, n'a aucune priorité sur le bilan primaire et sur les règles élémentaires de l'ABC.



La durée des soins aux plaies ne doit pas porter préjudice au patient et ne doit avoir comme objectif que d'éviter l'aggravation des lésions en attendant des soins définitifs.



Dès la prise en charge du patient, soyez surtout attentif, d'une part aux saignements, et d'autre part à l'installation des signes de l'état de choc. Pour tout saignement, la prévention et/ou le traitement d'un état de choc sont l'arrêt des saignements, l'administration d'oxygène et une position adaptée, suivant la localisation de la plaie et l'état du patient. Si nécessaire, prévenez le SMUR.

PREMIERS SOINS AUX PLAIES



Tout soin à une plaie nécessitera, au minimum, de placer le patient en position assise. Néanmoins, la douleur et la vue du sang peuvent provoquer des réactions syncopales. Soyez attentif à ces symptômes et, le cas échéant, placez le patient en position couchée, jambes surélevées.



Chaque plaie doit être globalement et largement visualisée. Il convient d'être particulièrement attentif à la **localisation** des lésions, à la présence de **corps étrangers** pénétrants, à la **profondeur** et l'**étendue** des lésions, ainsi qu'aux **saignements**.

Il ne faut jamais retirer les corps étrangers pénétrants d'une plaie. Les retirer pourrait aggraver les saignements ou la lésion. Une plaie souillée peut bénéficier d'un rinçage abondant à l'aide de liquide physiologique.

Pour éviter la contamination des plaies durant le transport, elles doivent toutes être emballées stérilement. Veillez à ne pas toucher la face qui sera en contact direct avec la plaie. Il est important qu'elle soit entièrement couverte.

FIG. 14.24

 COUVRIR UNE PLAIE



Lorsque vous présentez un pansement ou lorsque vous le manipulez, la face du pansement en contact avec la plaie doit rester stérile.

Choisissez un pansement suffisamment grand et des compresses en quantité suffisante pour couvrir les bords de la plaie.

En fonction de l'emplacement et de l'étendue de la plaie, utilisez, soit du sparadrap, soit un bandage, de manière à ce que le pansement reste efficace durant tout le transport.



Avec des gestes rapides et simples, vous pouvez fixer une compresse stérile à l'aide d'un ruban adhésif de type sparadrap.

Pour fixer correctement des compresses sur une plaie, utilisez des bandages.

PANSEMENTS PROVISOIRES

Pansements provisoires La prise en charge d'une plaie à l'aide de pansements provisoires est reprise dans le tableau suivant.

TABLEAU 14.6 PRISE EN CHARGE D'UNE PLAIE

SÉQUENCE	OBJECTIFS
Surélever le membre	Diminuer les pertes de sang et l'œdème
Inspecter la plaie dans sa totalité	Evaluer la gravité de la plaie
Rincer la plaie à l'aide de liquide physiologique stérile	Visualiser et éliminer les souillures
Couvrir la plaie en dépassant largement les bords de la plaie	Protéger la plaie de la contamination
Fixer le pansement sans gêner ni comprimer	Mettre en condition pour le transport

Des gestes rapides permettent de limiter les pertes de temps sur les lieux de l'accident.

Types de pansements Quelques types de pansements provisoires sont repris dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU 14.7 TYPES DE PANSEMENTS PROVISOIRES

TYPE	INDICATION	REMARQUE
Pansement couvrant	Plaie avec peu ou pas de saignement	Dépasser largement les bords et fixer efficacement
Pansement compressif	Plaie avec un saignement important	Eviter en présence d'un corps étranger ou d'une fracture
Pansement stabilisateur	Présence d'un corps étranger pénétrant	Laisser le corps étranger en place
Pansement ayant un effet de refroidissement (cooling)	Brûlures	Pansement hydrogel ou pansement stérile humide

LES BANDAGES EN FONCTION DE LA LOCALISATION DE LA LÉSION

La tête et le cou

En cas de blessure à la tête ou au cou, il faut envisager la présence de lésions cranio-cervicales. Placez alors un collier cervical avant de traiter les plaies.



FIG. 14.25

IMMOBILISATION DU COU ET PANSEMENT D'UNE PLAIE DU FRONT



Préalablement aux soins de plaies, il faut stabiliser la tête en position neutre et placer un collier cervical.



On commence par panser la plaie du front.



Les emballages sous le menton permettent d'éviter un glissement du bandage.

Pour un emballage du front, on termine par une fixation sous le menton, afin d'éviter qu'il ne glisse.

FIG. 14.26

PANSEMENT D'UNE PLAIE OCCIPITALE

On réalisera les pansements des plaies occipitales d'une façon semblable.



Il est important de visualiser la plaie du cuir chevelu.



Dans ce cas, on commence par des bandages circulaires pour maintenir la compresse.



Pour éviter le glissement, on termine par quelques circulaires sous le menton.

FIG. 14.27

PANSEMENT D'UNE PLAIE
DU VISAGE

En cas de blessures au visage, il est possible de choisir entre plusieurs types de pansements couvrants. Le choix dépendra notamment de la localisation et des caractéristiques de la plaie, ainsi que du matériel à disposition.



Si la plaie saigne peu, il suffit de fixer une compresse à l'aide d'un sparadrap.



Commencez par quelques circulaires au niveau du front et maintenez ensuite la compresse, en passant sous le menton et en évitant de couvrir les yeux.



Une autre possibilité: placer un bandage comme pour un pansement de l'œil.

FIG. 14.28

PANSEMENT
D'UNE PLAIE DU COU

Si une blessure au cou saigne superficiellement, on peut obtenir une compression suffisante en faisant passer le bandage sous l'aisselle située du côté indemne.



Une blessure avec saignement superficiel au niveau du côté droit du cou.



Il faut couvrir la plaie avec une compresse suffisamment grande.



Avec un autre secouriste-ambulancier, fixer un bandage partant du côté droit du cou vers l'aisselle gauche.



On passe de l'aisselle droite, sur la compresse, vers l'aisselle gauche.



Le bandage terminé vu de droite.



Pansement d'une plaie du côté droit du cou vu de dos.

En cas de lésions au niveau des gros vaisseaux du cou, il faut couvrir la plaie le plus rapidement possible et coucher le patient pour éviter l'introduction d'air dans une grosse veine.

L'épaule Les compresses placées sur des plaies au niveau de l'épaule ou de l'aisselle seront mieux maintenues si le bandage passe sous l'autre aisselle.

FIG. 14.29

PANSEMENT D'UNE PLAIE
DE L'ÉPAULE



Une plaie sous l'aisselle peut saigner abondamment.



En utilisant un pansement assez épais, il est possible de comprimer la plaie.



Bandage sur une plaie à l'aisselle droite vu de face.



Bandage sur une plaie à l'aisselle droite vu de dos.



Il est conseillé de soutenir le bras à l'aide d'un bandage triangulaire.

Le bras et l'avant-bras

Il est parfois nécessaire de découper un vêtement.

Les plaies au niveau de l'avant-bras ou du bras seront recouvertes de compresses stériles que l'on fixera à l'aide d'un bandage croisé (spica), partant de la partie distale (la plus éloignée), vers la partie proximale (la plus proche du corps). On préférera une bande élastique placée en spica, car elle permet de maintenir le bandage et d'éviter qu'il ne glisse.

FIG. 14.30

BANDAGE CROISE (SPICA)
DE L'AVANT-BRAS

En raison de la forme conique du membre, un bandage circulaire ou en spirale peut glisser. Sur les photos suivantes, on peut suivre, étape par étape, la réalisation d'un bandage en spica.



Les coudes

Pour les blessures au niveau du coude, on fixera la compresse à l'aide d'un bandage en éventail en-dessous, puis au-dessus, de l'articulation. Une écharpe soutiendra le membre blessé.

FIG. 14.31

PANSEMENT D'UNE PLAIE
DU COUDE ET
IMMOBILISATION



Vue d'ensemble d'une plaie au coude droit.



Appliquez le bandage en partant du coude. Le bras de la victime est plié.



Le résultat final est un bandage croisé ou spiralé.



Pour réaliser correctement le bandage triangulaire, orienter le sommet du bandage vers le membre blessé.



Vous pourrez nouer les deux chefs, uniquement si l'avant-bras est légèrement relevé.



Terminez le bandage en repliant le sommet et en le fixant à l'aide de sparadrap ou d'une épingle à nourrice.

Il existe différentes manières de poser un bandage triangulaire. L'idée fondamentale est que la main doit être surélevée par rapport au coude.

Les mains



Un bandage de la main doit permettre au patient de conserver la mobilité de ses doigts et les extrémités doivent être visibles.

FIG. 14.32

PANSEMENT D'UNE PLAIE DE LA MAIN



Couvrez les plaies sur le dos de la main à l'aide de compresses stériles.



Les compresses sont maintenues par un bandage croisé.



Le bandage est achevé par un tour de poignet. Le pouce et les doigts restent libres.

Si les doigts sont blessés, réalisez un bandage en moufle et en position neutre.



Les plaies aux doigts et dans la paume de la main seront recouvertes de compresses stériles.



Placez la bande Velpeau dans la paume de la main et fermez vous-même les doigts de la victime.



On commence toujours un bandage en moufle par quelques va-et-vient de la bande dans le sens de la longueur du membre.



Réalisez un bandage croisé. Si le pouce est indemne, laissez-le libre.



Terminez le bandage par un tour de poignet.



Résultat final d'un bandage fonctionnel de la main gauche et bandage croisé de la main droite.

Le thorax et l'abdomen

Les blessures superficielles au niveau du thorax, de l'abdomen et du cou seront recouvertes de grandes compresses fixées à l'aide de sparadrap. L'emploi de bandages circulaires trop serrés peut entraver la respiration.

FIG. 14.33

.....
**PANSEMENT D'UNE PLAIE
DE L'ABDOMEN OU DU THORAX**
.....



Plaies superficielles de la cage thoracique et de l'abdomen.



Couvrir avec des grandes compresses qui seront fixées avec du sparadrap.



Au chapitre 4, nous avons déjà traité des plaies particulières telles que les plaies thoraciques avec lésions pulmonaires, le corps étranger dans le thorax ou dans l'abdomen et les plaies avec lésions aux organes abdominaux.

Le membre inférieur

Pour les plaies des membres inférieurs, on agit comme pour les plaies aux membres supérieurs.

FIG. 14.34

PANSEMENT D'UNE PLAIE
DU MEMBRE INFÉRIEUR



Un pantalon déchiré et ensanglanté peut cacher une plaie de la jambe.



Avec une paire de ciseaux, découpez la jambe du pantalon pour visualiser la plaie.



Dégagez largement pour visualiser la plaie et son environnement.



Bandage circulaire de la jambe: placez le bandage en commençant par le côté distal et terminant par le côté proximal.



Un bandage spica de la jambe.



Un bandage articulaire du genou droit.

On distingue plusieurs façons de panser les plaies aux pieds. Pour éviter le glissement des bandages, terminez par un tour circulaire autour de la cheville.



Un bandage des orteils et de la face dorsale du pied.



Spica du pied.



Un bandage complet occlusif du pied.

LES BANDAGES SPÉCIAUX

Ce tableau résume les bandages spéciaux.

TABLEAU 14.8

TYPE	INDICATION
Bandage stabilisateur	Présence d'un corps étranger
Bandage compressif, position couchée	Lésions des gros vaisseaux
Bandage couvrant, excepté sur un coin	Lésion pulmonaire soufflante
Bandage couvrant humide	Organes abdominaux apparents
Bandage du moignon et de la partie amputée	Amputation
Utilisation conjointe de bandages et d'attelles si nécessaire	

Le corps étranger pénétrant dans l'œil



Il existe une technique de protection et de couverture pour les corps étrangers pénétrant dans l'œil. Couvrez la lésion par des compresses stériles, puis immobilisez l'objet à l'aide de bandes roulées, fixées de part et d'autre, si possible sur deux niveaux perpendiculaires l'un à l'autre. C'est une technique d'exception.

FIG. 14.35
.....
BANDAGE DU
CORPS ÉTRANGER
DANS L'ŒIL
.....



Ne pas ôter un corps étranger.



Couvrir le plus stérilement possible sans exercer de pression.



Couvrir l'œil indemne pour empêcher tout mouvement.

Amputation d'un membre

Dans le chapitre 4.6, on a déjà expliqué la façon d'agir face à une victime amputée d'un membre. On a également expliqué en détail les soins au membre amputé ou arraché.

4.6
←

FIG. 14.36

PANSEMENT DU MEMBRE
AMPUTE



Surélevez le membre amputé.



Placez de grandes compresses absorbantes au niveau de l'amputation et appliquez un bandage.



Commencez par quelques va-et-vient dans le sens de la longueur du membre et réalisez ensuite un bandage croisé, en allant de la partie distale vers la partie proximale. Si cela s'avère possible, remontez jusqu'à l'articulation immédiatement supérieure.



Bandage compressif du tibia droit amputé. Surélevez le membre amputé.

8.1
←

Dans le chapitre 8.1, il est décrit la prise en charge des brûlures. Dans le diagramme des premières minutes, il est nécessaire de penser à refroidir les brûlures après les règles de sécurité et la prise en charge vitale.

Pour le transport des victimes présentant des brûlures, il faut faire usage de pansements stériles humides ou de pansements de type hydrogel.

14.6 Le stress psychologique en aide médicale urgente chez les victimes, les membres de la famille, l'entourage et les intervenants

INTRODUCTION

Lors d'un incident sérieux avec ou sans un nombre important de victimes, l'attention se porte en premier lieu essentiellement vers les lésions physiques des victimes. Cependant, l'expérience nous apprend que les conséquences sociales, psychologiques et matérielles peuvent être aussi importantes pour les personnes directement atteintes que pour les personnes atteintes indirectement. Le secouriste-ambulancier doit en tenir compte. Il est indispensable d'accorder, en plus des soins physiques, une aide sociale et spirituelle à toutes les personnes impliquées dans un incident sérieux. Ceci doit leur permettre de mieux faire face aux difficultés psychiques qu'elles pourraient éventuellement ressentir.

La prise en compte au cours des dernières années du concept de psychologie de crise et d'aide aux victimes et son application lors des événements d'exception graves ont sensibilisé les autorités et le grand public pour cette forme d'aide. Elle a comme objectif la maîtrise des réactions émotionnelles consécutives aux situations exceptionnelles et d'en permettre la normalisation.

Il est important de prendre des mesures qui permettent de remédier aux conséquences négatives d'une situation génératrice de stress.

Le stress des intervenants qui sont soumis à des tensions émotionnelles ne peut pas être sous-estimé. Dans ce chapitre vous apprendrez comment il est possible de réduire les conséquences d'un événement traumatique tant chez les victimes, qu'après de leur famille qu'au niveau des intervenants.

QUELQUES DÉFINITIONS

Le stress Le stress naît d'une situation dans laquelle l'équilibre des fonctions physiologiques de l'organisme est modifié à la suite d'une grande tension physique ou mentale. C'est un ensemble de réactions utiles, qui libère de l'énergie, met en route des mécanismes de défense et incite à l'action.

Cet ensemble de réactions agit chez la victime à des niveaux différents. L'objectif de ces réactions est de concentrer l'attention sur la situation d'alerte présente et de refouler toutes les autres pensées accessoires. Ceci doit permettre une évaluation de la situation et la prise d'une décision adéquate, étant entendu que seul ce qui est extrêmement nécessaire et indispensable est pris en considération et exécuté.

Ces réactions de stress consomment beaucoup d'énergie et l'organisme doit avoir la possibilité de se rétablir. Lorsque les événements sont trop intenses ou trop nombreux, se répètent à une fréquence trop grande, ces crises entraîneront un épuisement et dépasseront les capacités de récupération de l'organisme. Le stress prend ainsi un rôle plutôt défavorable, nuisible et restreignant.

Le stress est un phénomène aux nombreuses facettes. Il peut avoir une action positive et permettre de faire face à des situations difficiles, mais il peut également exercer une action frénatrice et négative. Il peut avoir une répercussion sérieuse sur la santé physique et mentale de l'individu.

L'impliqué Chaque personne qui subit les conséquences physiques, psychologiques, sociales et/ou matérielles d'un incident, est une personne impliquée. Il faut distinguer les impliqués immédiats (blessés, non-blessés d'un même incident, les témoins et les personnes présentes sur les lieux des événements) et les impliqués indirects (co-habitants, famille, entourage social et professionnel). Ce sont surtout ces derniers qui peuvent être très nombreux.

L'évènement potentiellement traumatique Un évènement choquant est défini comme un incident sérieux et imprévu qui implique un risque de vie et de mort. Si cet évènement choquant a des conséquences nuisibles pour l'individu, on parle d'un évènement traumatisant.

Certains auteurs ont établi des listes d'évènements traumatisants selon le degré d'importance ou de gravité. Mais ces réactions de stress peuvent être la conséquence d'évènements qui appartiennent à la vie de tous les jours et qui ne sont pas gênants pour la majorité de la population.

En outre, il apparaît que l'évènement le plus exceptionnel ne doit pas entraîner nécessairement des problèmes de stress.

Il est très difficile de classer les événements et les expériences traumatisantes en fonction du risque de développer des conséquences nuisibles. Il est important de retenir qu'un même événement peut entraîner des conséquences préjudiciables chez un impliqué déterminé, mais pas nécessairement chez un autre.

Le tableau 14.9 suivant énumère les caractéristiques générales qui permettent de déterminer ce qui constitue un épisode traumatisant.

TABLEAU 14.9 LES CARACTÉRISTIQUES D'UN INCIDENT CRITIQUE

- l'évènement se produit indépendamment de la volonté de la personne et était imprévisible
- il provoque une grande peur
- il provoque un sentiment fort de menace pour la sécurité
- il provoque un sentiment d'impuissance

Types de réactions de stress

Comme cela a été dit plus haut, le stress est un élément positif qui libère des moyens d'action, mais le stress peut également avoir des influences négatives.

On peut subdiviser les réactions de stress qui peuvent survenir en deux temps:

- d'une part, en réactions de stress à court terme ou réactions de stress aiguës,
- d'autre part, en réactions de stress à long terme. Le stress post-traumatique (PTSD = Post Traumatic Stress Disorder) et le 'burn-out' appartiennent à ce dernier groupe.

Les réactions aiguës de stress apparaissent en même temps ou peu de temps après l'évènement perturbant. Le PTSD apparaît également à la suite d'un incident particulier, mais les symptômes ne se manifestent seulement qu'après des jours, des mois et parfois des années.

Contrairement à la réaction de stress aiguë et de stress post-traumatique, le "burn-out" n'est pas provoqué par un seul évènement, mais est la conséquence d'une exposition prolongée à de petits faits stressants et se développe sur plusieurs années.

Des exemples d'incidents potentiellement traumatisant vous sont présentés dans le tableau 14.10 suivant:

TABLEAU 14.10
QUELQUES EXEMPLES D'INCIDENTS CRITIQUES

- la mort d'un collègue au cours d'une intervention
- une blessure grave d'un collègue
- la mort d'un enfant au cours d'une tentative de sauvetage
- une blessure grave d'un enfant
- la mort d'une victime connue
- la mort d'une victime après une opération de sauvetage de longue durée
- l'échec d'une tentative de sauvetage
- la blessure grave d'une connaissance
- être gravement blessé soi-même
- le décès de la victime en cours de l'intervention (échec de la mission)
- trop de blessés graves pour le nombre de sauveteurs disponibles (situation de catastrophe)

RÉACTIONS DE STRESS À COURT TERME

Les réactions de stress aiguës peuvent se manifester sur le plan physique et sur le plan psychique à travers différentes réactions.

Sur le plan physique, les nausées, le tremblement et une sensation d'ébriété sont fréquents.

Sur le plan psychique, une confusion, des troubles de concentration, des troubles du sommeil et de l'appétit peu de temps après un 'évènement perturbant' ne sont pas inhabituels.

Retenez qu'il s'agit souvent de réactions normales à un incident inhabituel. Elles constituent un processus d'adaptation à l'agression d'une catastrophe par exemple et ne sont aucunement le signe d'une faiblesse ou d'une maladie mentale.

Si ces réactions n'entraînent pas de problèmes physiques ou psychologiques et ne durent pas trop longtemps, aucune intervention d'un professionnel

n'est indiquée et elles ne constituent aucun danger pour la santé et le bien-être.

LES CONSÉQUENCES DU STRESS À LONG TERME

L'effet du stress au long cours peut être subdivisé dans les classes suivantes:

- les signes physiques,
- les signes psychiques avec des perturbations du comportement,
- les modifications des comportements habituels de vie.

Contrairement aux réactions aiguës de stress, les réactions de stress à long terme (tableau 14.11) sont nuisibles et nécessitent par conséquent une aide professionnelle.

TABLEAU 14.11 REACTIONS DE STRESS A LONG TERME

Les signes physiques	céphalées, insomnie, troubles gastro-intestinaux, crampes musculaires, plaintes cardiaques vagues, douleurs dorsales, éruptions cutanées, sensation de fatigue physique permanente, ...
Les signes psychiques	insatisfaction, agressivité, troubles de concentration, altération de l'appétit, boulimie, perte de mémoire, diminution de la motivation, baisse de la satisfaction, perte du sens des responsabilités, besoin de valorisation exacerbé au travail, renfermement sur soi-même, intolérance, morosité, tristesse, douleur morale, ...
Les modifications des habitudes de vie	Divorce, abandon des activités de temps libre et de détente, consommation excessive de tabac, de café, de drogue, comportement à risque, augmentation du risque d'être impliqué dans des accidents, diminution de la productivité, retrait par rapport au service et aux collègues, absentéisme anormal pour cause de maladie, ...

ACTION POUR LES IMPLIQUÉS: VICTIMES, FAMILLE, ENTOURAGE

Les besoins des victimes

Dans une situation de stress, les besoins des victimes peuvent être classés par ordre d'importance. Le tableau 14.12 énumère ces besoins et la manière de les aborder.

TABLEAU 14.12 BESOINS DES VICTIMES

- sécurité physique
- sauvetage et soins médicaux
- aide matérielle ou confort sous la forme de chaleur, repos et nourriture
- information exacte, si possible complète et compréhensible pour éviter l'incompréhension, les malentendus et les rumeurs
- soutien familial et social pour pallier le sentiment de solitude
- empathie de l'intervenant avec la victime
- rendre la confiance et la capacité d'agir pour aller contre le sentiment d'impuissance

Le rôle du secouriste-ambulancier

Quelques conseils devraient vous permettre d'assurer une première prise en charge de la victime pendant le sauvetage (tableau 14.13) et après le sauvetage (tableau 14.14).

TABLEAU 14.13
ATTITUDES A AVOIR FACE AUX VICTIMES PENDANT LE SAUVETAGE

- Présentez-vous et parlez avec la victime pour l'informer, la rassurer et la protéger. Situez l'événement dans le temps. Ceci est particulièrement important si la victime est blessée ou a été temporairement inconsciente.
- Indiquez ce que vous allez faire avant d'agir, pour éviter que les victimes ne s'effraient, surtout si elles sont anxieuses.
- Donnez des informations sur vos intentions et votre manière de procéder afin de permettre une collaboration active de la victime.
- Protégez les biens personnels de la victime sans les déplacer intempestivement.
- Encouragez la victime à s'exprimer.
- Soyez honnête: tout mensonge provoque des complications. Vous n'êtes pas obligé de rentrer dans le détail, mais tout ce qui est dit doit être exact. Si vous n'êtes pas sûr, il est préférable de le dire, plutôt que de donner des informations erronées.
- Soyez attentif à ne pas faire des déclarations irréfléchies.
- Évitez l'ironie et l'humour macabre en présence des victimes.
- Ne parlez pas de victimes avec d'autres intervenants en présence de victimes.
- Ne jugez pas de l'importance ou non du vécu d'une victime.
- Respectez la pudeur des victimes.

TABLEAU 14.14 ATTITUDES A AVOIR ENVERS LES VICTIMES ET LEUR ENTOURAGE APRES LE SAUVETAGE

- Prenez contact calmement, poliment et de manière rassurante avec la victime.
- Soyez clair et net dans votre approche et vos propositions d'action, afin que la victime retrouve un sentiment de stabilité.
- Soyez compréhensif, amical et rassurant.
- N'hésitez pas à rassurer les victimes par un contact protecteur. Par exemple, prenez la victime dans vos bras pour la consoler.
- Permettez aux personnes de donner libre cours à leurs sentiments, leurs pensées, leurs réactions émotionnelles afin de maîtriser les sentiments liés à la situation.
- Rassurez les personnes anxieuses autant que possible.
- Gardez les victimes autant que possible groupées dans un endroit sûr, calme et isolé ou des tiers pourront éventuellement les soutenir.
- Vos gestes doivent être amicaux mais rester respectueux de l'intégrité de la personne et de sa pudeur.
- Eloignez les perturbateurs aussi rapidement que possible, car ils peuvent provoquer une agitation du groupe.
- Si les réactions émotionnelles d'une victime sont inquiétantes, il faut la confier aux services psychosociaux.
- Favorisez toutes les initiatives positives qui permettent aux victimes de regagner la maîtrise d'elles-mêmes.
- Confiez des tâches non dangereuses, surtout aux personnes hyperactives.
- Tenez les proches au courant des mesures d'aide et de soins qui sont administrées à la victime. Communiquer le manque d'information est déjà une donnée essentielle. Dans le cadre de vos compétences, donnez régulièrement des informations exactes et vérifiables. Si vous ne le faites pas, les proches et les amis se cramponneront à chaque "rumeur" qui circule.
- Protégez les victimes contre l'intérêt envahissant des médias.
- Respectez le droit de chacun et évitez toute ingérence dans le fonctionnement d'une famille.

Le tableau 14.15 vous présente ce qu'il faut éviter absolument dans les contacts avec les victimes, les familles, l'entourage et les proches:

TABLEAU 14.15 CE QU'IL FAUT EVITER DANS L'ABORD DES VICTIMES

- Tenir des sermons moralisateurs, secouer les personnes en leur disant: "j'ai déjà connu cela".
- Leur dire que leur première réaction est anormale.
- Donner l'ordre à une personne "de se réveiller": lui dire qu'il est "en ordre de marche".
- Rassurer par des propos mensongers ou minimiser l'évènement traumatisant: "Tout va bien, ne vous tracassez pas, le temps guérit les plaies, ce n'est pas grave...".
- Donner des médicaments ou de l'alcool afin de refouler les sentiments gênants.
- Prendre des décisions d'une manière isolée.

L'IMPLICATION DES INTERVENANTS: LEUR STRESS PROPRE

La majorité des sauveteurs réagira correctement pendant une intervention grâce à la formation, l'entraînement et l'expérience. Ceci signifie qu'ils pourront faire face d'une manière efficace à une situation de stress et pourront utiliser leur réaction de stress de manière positive. Cependant, chaque intervention aura un prix physique et mental qu'il faudra payer. Une attention suffisante sera accordée à des facteurs comme le repos, l'hygiène, la nourriture, l'habillement et le debriefing.

Tant que la situation est sous contrôle et tant que la charge de travail reste dans certaines limites, tout ira bien et les réactions de stress seront positives.

Si la situation ou la pression de travail s'emballe, certains sauveteurs manifesteront très rapidement des réactions de stress négatives. Celles-ci sont des signes "normaux" dans une situation "anormale". Si le sauveteur est bien encadré, il retrouvera rapidement une efficacité optimale.

Les réactions des secouristes-ambulanciers au stress

Comme il a été déjà indiqué antérieurement, il est important d'insister sur le fait que les réactions des personnes qui sont exposées à une situation choquante sont des réactions normales si on tient compte de l'anormalité de la situation à laquelle ils sont confrontés. Ceci n'est pas seulement le cas pour les victimes et leurs proches mais également pour les intervenants dont les secouristes-ambulanciers.

Vous observerez que certains intervenants **gardent le contrôle de leur réaction de stress** et par conséquent un comportement adéquat. La majorité maîtrisera difficilement son stress et aura besoin d'un **encadrement** pour rester opérationnel. La prise en charge par le groupe joue dans cela un rôle important. Une minorité peut **manifester des signes de stress traumatique** qui nécessitent des soins importants. Les signes sont ceux d'un malaise sérieux sous la forme d'une attitude contestataire, d'une absence mentale, d'une paralysie d'action ou d'un énervement incontrôlé qui durent de quelques minutes à plusieurs heures. A long terme,

un évènement traumatisant pourra provoquer des cicatrices mentales, émotionnelles et physiques.

Il est normal qu'un certain délai soit nécessaire pour accepter et approprier un incident traumatique. Il n'existe cependant pas de règle générale à ce sujet. Certaines situations ne seront jamais oubliées et en tant qu'intervenant, vous vous les rappellerez parfois.

Il peut être normal que certaines réactions persistent pendant plusieurs semaines (tableau 14.16).

TABLEAU 14.16 REACTIONS NORMALES POUVANT PERSISTER PENDANT QUELQUES SEMAINES APRES UN INCIDENT CRITIQUE

- cauchemars et rêves en rapport avec l'incident
- troubles du sommeil
- idées compulsives (dont on ne peut s'empêcher) en rapport avec l'incident
- flashbacks (revivre l'incident)
- réapparition des mêmes sentiments que pendant l'incident (répétition de la réaction de stress)
- évitement de tous les souvenirs de l'incident
- efforts pour oublier l'incident ou le refouler
- besoin irrésistible de parler de l'incident
- impression de ne plus avoir d'avenir
- impossibilité d'exprimer ses sentiments
- sensation d'avoir changé, de ne plus être le même
- repli sur soi-même
- hypersensibilité ou hyperactivité
- fatigue, sensation d'épuisement prolongé
- troubles de concentration, troubles d'idéation
- irritabilité
- sentiment de culpabilité
- ...

Si ces problèmes persistent pendant une durée trop longue, il est utile d'en parler avec des collègues qui ont connu le même incident ou avec le médecin du travail. Il est parfois nécessaire de consulter un spécialiste qui connaît le milieu des services de secours.

Mesures de prévention

Nous distinguons des mesures de prévention primaire et secondaire. Les mesures de prévention primaire sont prises avant l'intervention, tandis que les mesures de prévention secondaire sont appliquées pendant et après l'intervention.

LES MESURES DE PRÉVENTION PRIMAIRE

La formation technique des sauveteurs, les exercices réguliers et l'expérience en sont une partie. Les exercices et le "professionnalisme" (connaissance des procédures standardisées et des détails) sont parmi les meilleures précautions contre un stress négatif. Mais cela n'est pas suffisant. Le tableau 14.17 reprend les éléments de base qui peuvent vous être utiles pour la maîtrise personnelle du stress.

TABLEAU 14.17 CONSEILS POUR UNE BONNE PREPARATION AU STRESS

- Favoriser un **repos** nocturne suffisant et de bonne qualité.
- Une **hygiène de vie** équilibrée, une détente suffisante à côté de la vie professionnelle.
- Il est plus facile de maîtriser l'effet physique du stress comme l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la fréquence respiratoire lorsqu'on est en **bonne santé**. Une pratique régulière du sport et de l'exercice est donc importante.
- Il est important de **manger** et de **boire** suffisamment, compte tenu de la perte importante de liquide et la grande consommation d'énergie dans une situation de stress.
- La qualité de la cohésion, de l'**esprit de groupe** et du soutien social est la meilleure manière de protéger l'individu et le groupe sur le plan mental.
- La **famille**, qui connaît le travail de l'intervenant, constitue souvent la base idéale sur laquelle on peut retomber lors de tensions éventuelles. La stabilité à l'intérieur de sa propre famille est une garantie de détente après une situation de crise ou une catastrophe.
- La connaissance des **symptômes de stress** et la familiarisation avec la notion d'incident traumatisant permettent d'agir plus rapidement et par conséquent de maîtriser le problème.
- Connaître ses propres "**points faibles**" afin que vous-même ou vos collègues puissiez en tenir compte.

LES MESURES DE PRÉVENTION SECONDAIRE

Ces mesures doivent soutenir l'intervenant pendant et après l'évènement stressant pour éviter les réactions de stress défavorables.

Des exemples de ces mesures sont rassemblés dans le tableau 14.18 suivant:

TABLEAU 14.18 MESURES DE PREVENTION DES CONSEQUENCES DU STRESS AU NIVEAU DE L'EQUIPE

- Des missions simples et claires dans l'organisation sur le terrain sont les meilleurs moyens pour maîtriser le stress normal de l'intervention.
- Il faut relever le personnel régulièrement et limiter les missions stressantes à un maximum de deux heures si c'est possible.
- Des pauses de repos et des interruptions d'un quart d'heure doivent être prévues toutes les deux heures.
- Le soutien émotionnel est important. On peut mettre les structures suivantes à la disposition des intervenants dans la mesure du possible et en fonction de la gravité de l'intervention:
 - une place assise, protégée des intempéries et hors de la vue des médias et des victimes,
 - un lieu de parole avec les collègues ou les personnes qui ont vécu une chose analogue,
 - des personnes de confiance avec une formation psychologique.
- Une période de transition lors du retour vers la normale est importante pour établir un premier bilan de l'intervention. Ce bilan peut être technique et/ou plus dirigé vers le vécu (émotionnel) pendant l'intervention. Il est parfois indispensable de prévoir un "debriefing émotionnel" immédiatement après ou pendant une catastrophe. Ceci doit se faire idéalement en présence d'une personne compétente.

En tant que secouriste-ambulancier, vous avez déjà appris que la charge mentale peut être plus grande pour une personne que son pouvoir d'endurance. En plus des soins médicaux, vous devez également accorder l'attention au soutien psychologique de la victime.

De par la routine journalière des interventions, vous pensez en premier lieu à aider les autres, parfois au détriment de votre propre santé mentale. Cependant, l'accent est mis dans la formation du secouriste-ambulancier sur le fait qu'à côté des aspects techniques et physiques d'une intervention, sa propre protection mentale est également importante. Il n'en est pas autrement dans une situation de catastrophe. Savoir partager ses sentiments avec d'autres est particulièrement efficace.

On peut diminuer le risque d'être blessé par une munition en portant un gilet pare-balles. Pour se protéger contre les conséquences néfastes du stress, il est souvent nécessaire de faire appel à d'autres. Heureusement, on est rarement seul pendant une intervention.

CONCLUSION

Des attitudes qu'il faut éviter à tout prix et des conseils pour vous-même sont présentés dans le tableau 14.19 suivant:

TABLEAU 14.19
CONSEILS POUR VOUS-MEME APRES UN INCIDENT CRITIQUE

- Ne vous repliez pas sur vous-même, acceptez les tensions et les émotions.
- Parlez de l'incident aussi longtemps que nécessaire et laissez libre cours à vos émotions.
- N'espérez pas que les souvenirs disparaissent rapidement. Donnez-vous le temps de digérer ce que vous avez vécu.
- Souvenez-vous que les signes de stress sont normaux après un incident traumatisant.
- Essayez de reprendre un rythme de vie normal.
- Passez autant de temps que possible avec votre famille, et expliquez leur ce que vous avez vécu.
- Méfiez-vous d'un usage exagéré de café, de tabac, d'alcool ou de l'automédication (cela peut diminuer les symptômes, mais ne remédie pas à la cause).
- Pratiquez du sport autant que possible, mangez de manière variée et équilibrée.
- Informez-vous sur l'incident et ses conséquences.
- Prenez part aux discussions après l'incident (debriefing).
- Reprenez aussi rapidement que possible vos activités professionnelles.
- Prenez part aux initiatives collectives comme des commémorations ou aux funérailles d'un collègue décédé en intervention.
- Si vous vous sentez impuissant, recherchez de l'aide et parlez-en. Le temps n'efface pas toujours les souvenirs traumatisants si vous les refoulez ou si vous les niez.

Le rôle du secouriste-ambulancier en tant que collègue est très important pour surmonter le stress. Votre ouverture, votre capacité d'écoute et votre présence sont le meilleur soutien pour un collègue qui se trouve temporairement dans les difficultés. Les tableaux 14.20 et 14.21 vous présentent quelques règles de base qui peuvent vous permettre d'être un soutien pour un collègue souffrant du stress.

TABLEAU 14.20 CONSEILS POUR SOUTENIR VOS COLLEGUES

- Informez-vous concernant l'incident et la source du stress pour mieux comprendre les réactions de votre collègue.
- Adressez la parole au collègue pendant la pause café, pendant les moments de détente.
- Ne posez pas de jugement sur l'incident ou les réactions, il vous est impossible de ressentir vous-même ce que les autres ont senti. Acceptez ses sentiments (colère, honte, culpabilité, tristesse, déception, ...). Soyez objectif et aidez votre collègue à comprendre ses sentiments.
- Ecoutez ce qu'il dit. Soyez attentif et intéressez-vous à ce qu'il a vécu.
- Encouragez votre collègue à parler. Tenez compte du fait qu'une retenue ou un comportement de repli est fréquent.
- "Explique-moi ce qui s'est passé, ... cela doit avoir été terrible pour toi, ... as-tu déjà rencontré une situation semblable?, ..." sont quelques mots simples mais importants.
- Acceptez l'émotivité, n'ayez pas peur des larmes ou des moments de silence.
- Connaissez vos limites, respectez la confiance que le collègue vous a accordée, ne faites pas de promesses que vous ne pouvez tenir.
- Respectez la confiance de ce qui vous est confié.

TABLEAU 14.21 ATTITUDES A EVITER

- un style autoritaire ("reprends-toi, ce n'est rien, ...")
- une condamnation ("tu aurais dû suivre les directives, ...")
- un discours moralisateur ("nous ne faisons que notre travail, ...")
- la considération de quelqu'un comme un malade ("tu es malade, consulte un psychiatre, ...")
- une minimalisation des faits et des sentiments ("ce n'est pas si grave, demain cela ira déjà beaucoup mieux, ...")

CONCLUSION

Au cours des dernières années, l'autorité et la population se sont sensibilisés à la nécessité d'une psychologie de crise et d'une aide aux victimes d'un événement potentiellement traumatique. Il faut apporter son attention à tous les impliqués. L'implication des intervenants, la gestion du stress, le stress post-traumatique (PTSD) ainsi que le burn-out sont largement acceptés.