

Recyclage BSSA / BBSA – 1ers soins (2024)



Rédaction : S. Verdonck

Mises à jour (2024) : A. Rondeau

Prises de vue : V. Henry, V. Lahaye, Ph. Verhelst,

Figurants : Ch. Dohn, M. Duvieusart, A. Mayo, S. Verdonck

Avec la contribution de **La Commission de Formation de la LFBS** composée de N. Benoit, F. Dumont, A. Henrard, J-P. Leruth, D. Ulweling, S. Verdonck, Ph. Verhelst, I. Neuenschwander, J. Paques, A. Rondeau.

Editeur : ASBL « Ligue Francophone Belge de Sauvetage » - *Place des Sports, 1 - 1348 Louvain-la-Neuve*

Tel : 010/45.75.45

www.lfbs.org // contact@lfbs.org // www.facebook.com/LigueFrancophoneBelgedeSauvetage

Formation reconnue par la D.G. Sport de la F.W.B.



Copyright : 2024 by Ligue Francophone Belge de Sauvetage ASBL - Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce cours par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans autorisation de l'auteur

Table des matières

Recyclage BSSA / BBSA – 1ers soins (2024)	1
Table des matières	2
La position latérale de sécurité (PLS)	3
Les retournements	5
Transport d'une victime	7
Obstruction des voies respiratoires	8
Les lésions cervicales	10
Les traumatismes crâniens	13
Les plaies	15
L'avulsion dentaire	17
Réaliser un bilan précis	18

La position latérale de sécurité (PLS)

Quand placer une victime en PLS ?

La position latérale de sécurité est à utiliser lorsqu'une victime inconsciente **respire** spontanément sans suspicion de traumatisme crânien (pour appeler les secours, aider une deuxième personne, etc).

Cette position offre l'avantage :

- De maintenir les voies respiratoires de la victime ouvertes,
- De permettre l'écoulement des fluides (vomissements, salive, glaires, sang, etc) vers l'extérieur (protection des voies respiratoires et des poumons),
- De placer la victime dans une position stable (nécessaire si le sauveteur doit quitter la victime),
- De limiter le risque d'hypothermie en réduisant la surface de contact avec le sol et en isolant la tête de la victime du sol



Victime placée en PLS

Comment placer une victime en PLS

1. Retirez les lunettes de la victime et veillez à ce que les jambes de la victime soient étendues
2. Agenouillez-vous à côté de la victime, à droite par exemple
3. Placez le bras droit de la victime à 90°
4. Posez le dos de sa main gauche contre sa joue droite



5. Maintenez la main gauche de la victime avec votre main gauche (paume contre paume)
6. De la main droite, saisissez le genou gauche de la victime et fléchissez-le
7. Ramenez le genou gauche de la victime vers vous pour la faire rouler
8. Vérifiez la stabilité de la victime et plaçant sa jambe avec un angle droit (90°) au niveau de la hanche et du genou
9. Placez sa tête en extension, orientée vers le bas, bouche ouverte



Particularité pour la femme enceinte

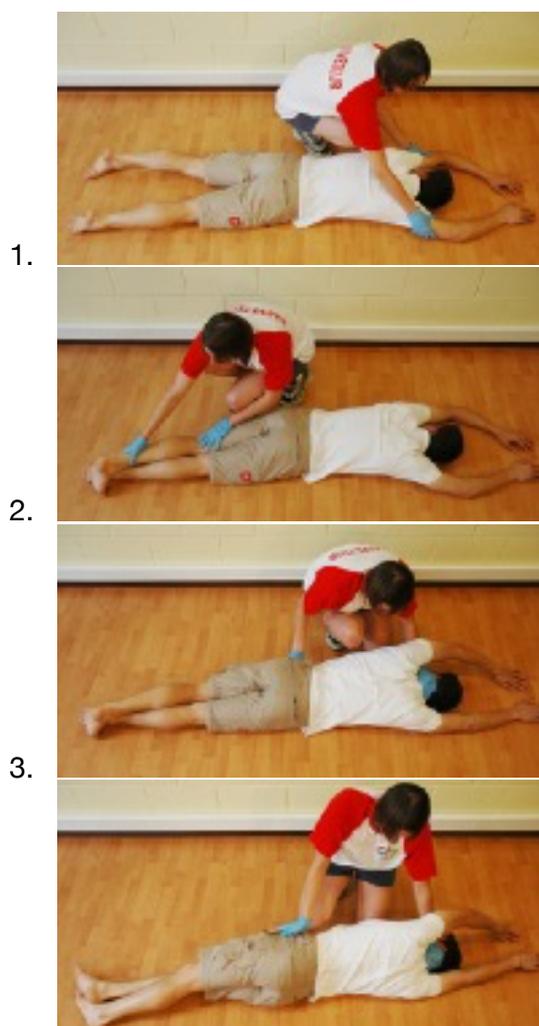
La femme enceinte sera placée en PLS sur son côté gauche, et ce, afin d'éviter la compression de la veine cave par l'utérus. Le retour sanguin n'est donc pas entravé.

Les retournements

Lorsque le sauveteur se trouve face à une victime inconsciente couchée sur le ventre, en arrêt respiratoire ou cardiaque, il peut être amené à la retourner sur le dos afin de commencer la réanimation ou la transporter.

Première méthode : face de la victime vers le sauveteur

1. La face de la victime est orientée vers la gauche (dans cet exemple) et le sauveteur se trouve à gauche de celle-ci. Placer les deux bras au-dessus de la tête de la victime, le plus haut possible en soulevant les épaules afin de soulager les articulations durant la manipulation ;
2. Placer la jambe la plus proche du sauveteur par-dessus l'autre ;
3. Glisser la main gauche sous le bras gauche de la victime et soutenir la nuque. Avec la main droite, saisir la hanche de la victime et la faire basculer sur le dos ;
4. Freiner la chute du bassin de la victime à l'aide de la main droite et soutenir la tête de la main gauche.



Deuxième méthode : face de la victime tournée à l'opposé du sauveteur



1. La face de la victime est orientée vers la droite (dans cet exemple) et le sauveteur se trouve à la gauche de la victime. Placer le bras gauche de la victime le plus haut possible le long de sa tête.
2. Placer la jambe la plus éloignée sur le plus proche.
3. Empoigner l'épaule la plus éloignée et la hanche afin de faire basculer la victime vers le sauveteur, sur le dos.
4. Freiner le mouvement en retenant la chute du corps et soutenir la tête de la main gauche.

Transport d'une victime

Méthode de Rautek

Position de départ : la victime se trouve couchée sur le dos. Si nécessaire, réaliser un retournement pour démarrer depuis cette position.

1. Le sauveteur se place à la tête de la victime à genoux ;
2. Soulever prudemment le tronc de la victime pour placer son dos en appui contre les genoux, à environ 90° avec le sol (angle droit) ;
3. Saisir un avant-bras de la victime par ses deux mains en passant sous ses aisselles ;
4. Serrer les bras près du corps de la victime ;
5. Garder le dos droit et utiliser les jambes pour soulever légèrement la victime à transporter.

NB : cette méthode peut également être réalisée à deux : le deuxième sauveteur viendra saisir les pieds de la victime en croisant ceux-ci afin de libérer une main pour, par exemple, ouvrir une porte, appeler le 112, saisir du matériel, etc.



Obstruction des voies respiratoires

Définition

L'obstruction des voies respiratoires est due à la présence d'un obstacle à ce niveau (nourriture, vomissements ou autre corps étranger, œdème de la gorge à la suite d'un accident, affaissement de la langue chez une personne inconsciente...), provoquant une altération voire un blocage complet.

Remarque : le terme « suffocation » est assimilé au terme « asphyxie ». La suffocation apparaît dans toutes les situations où l'air inspiré manque d'oxygène. La suffocation peut donc apparaître en cas d'obstruction des voies respiratoires mais également lorsque des fumées ou du monoxyde de carbone contaminent l'air ambiant ¹

Signes

Signes	Obstruction moyenne	Obstruction grave (sévère)
« Vous étouffez-vous ? »	« Oui »	Incapable de parler
Autres signes	Capable de parole, toux et respiration présentes mais difficiles	Ne peut plus respirer ou respiration bruyante et saccadée, tentatives de toux inefficaces, inconscience.

La plupart du temps, dans l'un ou l'autre cas, on retrouvera la présence des signes suivants :

- Victime portant les deux mains à la gorge (signe international de détresse respiratoire).
- Coloration cyanosée de la peau (grise-bleuâtre).
- Agitation, anxiété.
- Rétraction de la poitrine lorsque la victime inspire (mouvement inversé).

Prise en charge

Sécurité

Il faut **éviter le suraccident** pour soi et pour la victime. Actuellement, la méthode de désobstruction préconisée pour les adultes et les enfants (de plus de 1 an) est fonction de l'état de conscience de la victime.

¹ Louville, 1998, p.63

Lorsque la victime est consciente

En cas d'**obstruction moyenne**, il faut se contenter d'encourager la victime à tousser et ne rien faire d'autre. Toute technique utilisée risquerait d'aggraver la situation. Si elle montre des signes d'**obstruction grave** des voies respiratoires, la procédure à suivre est la suivante :

1. Appliquer **5 tapes** sèches dans le dos
2. **Vérifier** si chaque tape sèche permet de soulager l'obstruction
3. Si les tapes ne fonctionnent pas : réaliser **5 compressions abdominales**
4. **Alterner les compressions et les tapes** dans le dos jusqu'à ce que l'obstruction soit levée.

Tapes sèches dans le dos :

- Se placer latéralement par rapport à la victime.
- Pencher la victime vers l'avant (prendre appui sur l'avant-bras du sauveteur).
- Donner 5 tapes sèches dans le dos avec le talon de la main (entre les omoplates).

Lorsque la victime est consciente, les compressions abdominales consistent à comprimer le diaphragme de la victime grâce au poing du sauveteur. Au moment où le diaphragme est comprimé, l'air emprisonné dans les poumons est expulsé, ce qui permet d'éjecter le corps étranger vers l'extérieur.

Compressions abdominales (Manœuvre de HEIMLICH)

La victime est debout : se placer derrière elle, lui entourer la taille des deux avant-bras (dos de la victime contre la poitrine du sauveteur) et exercer 5 pressions rapides, obliques de bas en haut et vers l'intérieur, au niveau de l'estomac, en utilisant un poing fermé (pouce JUSTE AU-DESSUS de l'ombilic), tenu par l'autre main.

Attention : veiller à ne pas placer le poing trop haut, pour ne pas occasionner de lésions aux dernières côtes ou au processus xiphoïde !



Compressions abdominales



Compressions abdominales assis

La victime est assise : se placer derrière la chaise et effectuer les mêmes manœuvres que précédemment. Recommencer la manœuvre jusqu'à la désobstruction des voies respiratoires.

Cette manœuvre **ne peut pas être tentée** :

- Chez un bébé (uniquement tapes dans le dos).
- Chez une femme enceinte ou chez une personne obèse (voir *Si la personne est inconsciente*).



Lorsque la victime est inconsciente

1. Placer **sur le dos**
2. **Appeler** les secours immédiatement (112)
3. Commencer la **RCP**

Lors de la RCP, les insufflations peuvent enfoncer le bol alimentaire dans une des deux bronches. La victime pourra alors recevoir de l'air via la bronche libre. Le bol alimentaire sera retiré ultérieurement par un spécialiste s'il ne sort pas de lui-même grâce aux compressions thoraciques.

Les lésions cervicales

Données anatomiques

La colonne vertébrale peut être considérée comme la charpente du tronc. Elle assure également la protection de la moelle épinière.

La colonne est constituée d'un empilement de vertèbres : 7 vertèbres cervicales, 12 vertèbres thoraciques, 5 vertèbres lombaires, 5 vertèbres sacrées (soudées en un os plat : le sacrum) et 4 ou 5 vertèbres coccygiennes (elles aussi soudées pour former le coccyx).

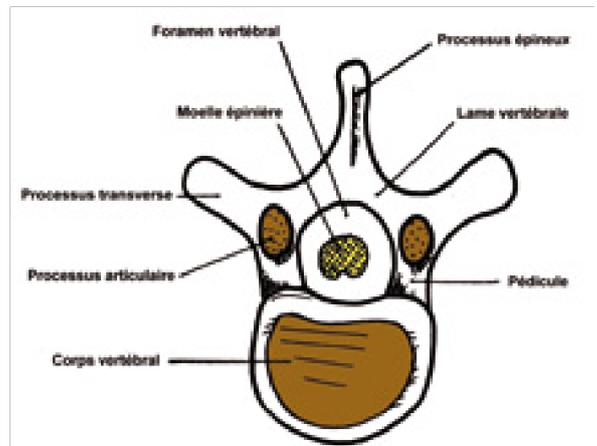


Figure 72 : Vertèbre, vue supérieure 26

26 Maernoudt, 2002, p.109

Les lésions de la colonne cervicale

La partie la plus fragile de la colonne est sans nul doute sa partie cervicale. Lors d'un accident, la tête, relativement lourde, peut agir sur la colonne par des mouvements extrêmes de flexion, d'extension ou encore de rotation. La violence de ces mouvements peut engendrer des lésions osseuses ou ligamentaires et, *in fine*, engendrer une atteinte de la moelle épinière. Lorsque cette dernière est endommagée, la victime peut souffrir de paralysie ou d'insensibilité en dessous de la zone touchée.

Les lésions peuvent s'avérer **temporaires** quand la moelle est comprimée par un disque vertébral luxé ou par des fragments osseux. Mais elles peuvent s'avérer **permanentes** si la moelle est sectionnée (section partielle ou totale). Les lésions peuvent être de natures différentes :

- ▣ **Les lésions osseuses** : Les fractures des vertèbres vont provoquer des déformations au niveau des axes anatomiques de la colonne. Ces déformations peuvent engendrer la compression, l'écrasement ou la section de la moelle épinière ²⁷.

▣ **les lésions ligamentaires** : Elles peuvent être de différents ordres. Lorsque les ligaments ont été trop violemment étirés, il s'agira d'une entorse cervicale. Dans les cas extrêmes où les ligaments ont été déchirés, il y a un risque de déformation des axes anatomiques de la colonne et donc un risque de lésion de la moelle épinière.

Signes

Le sauveteur DOIT TOUJOURS suspecter une lésion cervicale dans les circonstances suivantes (sauf bien sûr s'il a la preuve du contraire) :

- Si le dos, le crâne ou la nuque de la victime ont subi des chocs inhabituels ou anormaux (en cas d'accident violent) ;
- Si la victime se plaint de troubles de la sensibilité ou des mouvements ;
- Si la victime se plaint de douleurs au niveau de la nuque ;
- Si la victime présente des troubles neurologiques moteurs (tétraplégie, paraplégie...) ou sensitifs (paresthésie...).

Exemples de situations pouvant engendrer une lésion cervicale :

Plongeon dans une piscine et choc contre le fond ;

Chute d'un échafaudage ou d'une hauteur ;

Choc violent en voiture (frontal par exemple) ;

Chute d'un objet lourd sur le dos ;

Chute à moto ou à vélo.

Prise en charge

Lorsque le sauveteur suspecte une lésion cervicale, la moindre erreur lors de la prise en charge de la victime peut avoir des conséquences irréversibles (Maernoudt, 2002, p.112).

Sécurité

Il est très important de veiller à manipuler la victime le moins possible. Si malheureusement elle se trouve sur le ventre et qu'une réanimation cardio-pulmonaire doit être mise en œuvre, il faudra dans ce cas la retourner. Lors de toute manipulation, le sauveteur devra veiller à maintenir l'alignement tête-cou-tronc en position neutre dans la mesure du possible.

Vérifier les fonctions vitales

Régulièrement, le sauveteur doit vérifier l'état de conscience, la respiration et la circulation chez la victime.

Maintenir l'intégrité cervicale

Le sauveteur demande à une personne de maintenir la tête de la victime :

« Toi, place-toi derrière la tête de la victime, pose tes mains sur ses oreilles et maintiens la tête dans l'alignement avec le cou et le tronc ».



Maintien de la tête par un badaud

Traiter les pathologies associées

Il convient d'inspecter la victime pour vérifier si elle ne souffre d'aucune pathologie complémentaire et de les traiter.

Appeler les secours

Envoyer quelqu'un lancer l'appel aux secours : 112 (100) ou numéro d'appel interne

Lorsque les secours arrivent sur les lieux de l'accident, ils prendront en charge la victime. Le déplacement de cette dernière se fait à l'aide d'un brancard rigide adapté.

Les traumatismes crâniens

Il existe différents types de lésions crâniennes. Toutes doivent être considérées comme potentiellement graves.

Les commotions cérébrales (traumatismes crâniens légers)

Signes

Lorsque le crâne subit un choc relativement violent, il arrive que le cerveau soit « secoué ». Cette situation peut engendrer une commotion cérébrale. Celle-ci se caractérise par plusieurs signes potentiels :

- Une perte de connaissance momentanée ;
- Des vomissements, des nausées ou des vertiges lors du réveil ;
- Un mal de tête plutôt diffus ;
- Une amnésie des événements qui se sont déroulés juste avant l'accident ;
- Une confusion de la victime.

Prise en charge

Les soins prodigués par le sauveteur consistent essentiellement à vérifier que la victime récupère totalement du choc qu'elle vient de subir. Le sauveteur veillera également à appeler les secours (112) s'il le juge nécessaire.

- Placer la victime en PLS si elle est inconsciente et s'il n'y a pas de suspicion de lésion cervicale. Vérifier régulièrement les fonctions vitales (respiration) ;
- Si l'inconscience perdure plus de quelques minutes OU si la victime reprend conscience puis reperd conscience un peu plus tard, il est très probable que la lésion crânienne soit importante. Appeler les secours (112) ;
- Si la victime reprend conscience, la réconforter et vérifier régulièrement ses fonctions vitales ;
- Accompagner ou faire accompagner la victime chez un médecin si elle venait à ressentir l'un ou l'autre des signes précités (vomissements, maux de tête, etc).

La fracture du crâne (traumatisme crânien grave)

Lorsque le crâne endure un choc violent, il peut se fracturer. Une fracture du crâne est une atteinte grave qui peut déboucher sur des lésions cérébrales importantes.

Il est probable en effet que l'ouverture du crâne permette une entrée de bactéries au niveau du cerveau et provoque une infection à ce niveau. Il est également possible que la fracture engendre un saignement entre le cerveau et la boîte crânienne : l'accumulation de sang à cet endroit peut occasionner une pression sur le cerveau, laquelle peut provoquer une perturbation de certaines fonctions cérébrales.

Signes

La fracture du crâne doit être envisagée lors de la manifestation du ou des signe(s) suivants :



- L'écoulement de sang ou de liquide clair par le nez ou l'oreille ;
- Une plaie ou un hématome sur le crâne ;
- Une perte de connaissance prolongée (quelques minutes) OU une alternance de phases d'inconscience et de conscience ;
- Des vomissements ;
- Des maux de tête importants ;
- Une paralysie partielle ou totale ;
- La présence de sang dans le blanc des yeux ;
- Un ralentissement anormal du pouls (– de 65 pulsations/minutes) ;

Prise en charge

Sécurité

Ne pas mobiliser la victime, au risque d'aggraver la lésion.

Il ne faut jamais perdre de vue que le traumatisme crânien peut s'accompagner de lésions cervicales (et donc il faudra veiller à respecter l'intégrité des vertèbres cervicales).

Appeler les secours

Envoyer quelqu'un lancer l'appel aux secours : 112 (100) ou numéro d'appel interne

Traiter les pathologies associées

Rechercher et traiter les éventuelles plaies. Recouvrir une plaie grave (fracture du crâne) d'une compresse stérile afin de limiter le risque d'infection.

Ne pas empêcher l'écoulement de liquide (sang ou liquide céphalo-rachidien) sortant par le nez, les oreilles ou la bouche. Si possible conserver un échantillon de de ces liquides pour les montrer aux services d'urgence.

Vérifier les fonctions vitales

Régulièrement, le sauveteur devra réévaluer l'état de la victime (en attendant l'arrivée des secours) : conscience, respiration, circulation.

Si la victime est consciente, il faudra la rassurer et la calmer.

Les plaies

Les plaies simples doivent être distinguées des plaies complexes. Les plaies simples seront prises en charge à 100% par le sauveteur pour permettre une guérison presque naturelle sans infection complémentaire. Les plaies complexes ne seront pas directement soignées par le sauveteur : elles nécessiteront une prise en charge médicale et l'intervention du sauveteur consistera en une « préparation » du blessé en attendant la prise en charge médicale : prévention de l'infection, immobilisation, etc.

Le tableau présenté à la page suivante établit la distinction entre des plaies simples et des plaies complexes. Il s'agit de critères généraux permettant d'adapter l'intervention du sauveteur en fonction de la situation dans laquelle il se trouve.

Critères	Plaie simple	Plaie grave
Localisation	Autres que “	Visage, abdomen, thorax, articulations, région anale, dos, parties génitales
Profondeur	Érosion, frottement, égratignure	Berges béantes, plaie par couteau, objet pointu ou balle
Étendue	Inférieure à la surface de la paume de la main du patient	Supérieure ou égale à la surface de la paume de la main du patient
Qualité des berges	Berges nettes	Berges lacérées ou écrasées
Nombre	Une	Deux ou plus
Saignement	Aucun ou très modéré	Moyen à important (risque de choc)
Propreté	Propre	Sale (terre, gravier, autres)
Sensibilité	Normale	Déficit, même léger
Infection	Absente	Présente
Douleur	Absente ou très supportable	Présente, insupportable pour le patient
Corps étranger	Aucun	Présent (petit ou non)
Facteurs associés	Aucun	Brûlure, fracture, luxation, autres. Femmes enceintes
Signes vitaux associés	Aucun : FC et respiratoire : normales, pression artérielle normale	Signe de choc hémorragique ou autre, signes de réactions vagales
Antécédents médicaux	Aucun	Diabète, angor, patient sous anti-coagulant, séropositivité, immunodépression

Prise en charge

Sécurité

Le sauveteur veillera à se laver méticuleusement les mains à l'eau et au savon liquide et à les essuyer avec une serviette propre. Des gants seront placés afin d'éviter toute contamination.

Appeler les secours

S'il s'agit d'une plaie complexe, les secours seront appelés (112). S'il s'agit d'une plaie simple, il ne sera pas nécessaire de le faire (sauf en cas de complications).

Premiers soins

Matériel de premiers soins

- Un savon neutre, non parfumé, si possible liquide (un savon dur est souvent sali par l'utilisateur précédent) ;
- Des compresses stériles ;
- Un produit antiseptique, de préférence incolore ;
- Des sparadraps, bandages ;
- Une paire de ciseaux ;
- Des gants.

Nettoyer et désinfecter la plaie

- Nettoyer la plaie au savon, avec un linge propre ou des compresses, en allant du centre de la plaie vers l'extérieur, puis nettoyer les alentours de la plaie (ne pas utiliser d'ouate) ;
- Rincer à l'eau puis sécher avec des compresses ;
- Mettre l'antiseptique incolore en utilisant une compresse stérile. Verser l'antiseptique sur la compresse. Comme pour le nettoyage de la plaie, partir du centre et aller vers la périphérie. Préférer tamponner la plaie plutôt que de la frotter. Sécher les abords de la plaie.

Couvrir la plaie

- Recouvrir la plaie d'une compresse stérile maintenue au moyen de sparadrap ou d'un bandage afin de la protéger et permettre une bonne cicatrisation. Le sauveteur peut aussi utiliser tout simplement un sparadrap. La plaie peut également être laissée à l'air libre si elle est particulièrement minime.
- Rappeler la nécessité d'être vacciné contre le TETANOS.

Plaie grave

Pour une plaie grave, il s'agira simplement de la couvrir en attendant la prise en charge par les secours ou un médecin.

L'avulsion dentaire

Définition

« Action d'arracher ». Il existe différents types d'avulsion, par exemple : l'avulsion osseuse. Celle-ci se caractérise par l'arrachement d'un fragment osseux au point d'insertion osseux d'un ligament, d'un tendon ou d'une capsule articulaire. Une entorse avec arrachement osseux est une avulsion osseuse.

- **Avulsion dentaire** : une dent qui est sortie de son alvéole.

Il en existe deux types :

- Avulsion thérapeutique : extraction d'une dent provoquée.
- Avulsion traumatique : extraction spontanée d'une dent à la suite d'un choc.

Le temps d'action

Si la dent est remise en place dans les 30 minutes, les chances de réussite sont de 70% environ. Après 2 heures, elles chutent à 2% : cette situation constitue donc une urgence.

La manipulation

Pour limiter les risques de contamination, s'équiper de gants de protection.

Il s'agira de récupérer la dent par la couronne et non pas par la racine, au risque de l'abimer.

S'il n'est pas possible de replacer la dent, il conviendra de la conserver en l'enveloppant dans un film plastique ou la stocker dans une solution saline équilibrée de Hank (HBSS), de l'ORS, de la propolis (élément recueilli par les abeilles à base de résine qui a des facultés antiseptiques et désinfectantes). Si vous ne possédez aucun des produits précédents, la dent peut aussi être conservée dans du lait de vache, voire du liquide physiologique. Dans le cas où la dent serait sale (par exemple si elle est tombée dans du sable), la rincer maximum 10'' soit avec une solution saline, soit avec de l'eau courante. **Dans tous les cas, éviter de la conserver dans un milieu sec ou dans un récipient d'eau.**

En cas de saignement

Rincer la bouche de la victime avec de l'eau propre. Ensuite, placer une compresse humide à l'endroit du saignement, au niveau de l'alvéole dentaire et demander à la victime de mordre sur celle-ci. Éviter cette manœuvre si la victime a des risques de l'avaler (par exemple un enfant ou une personne qui perd connaissance).

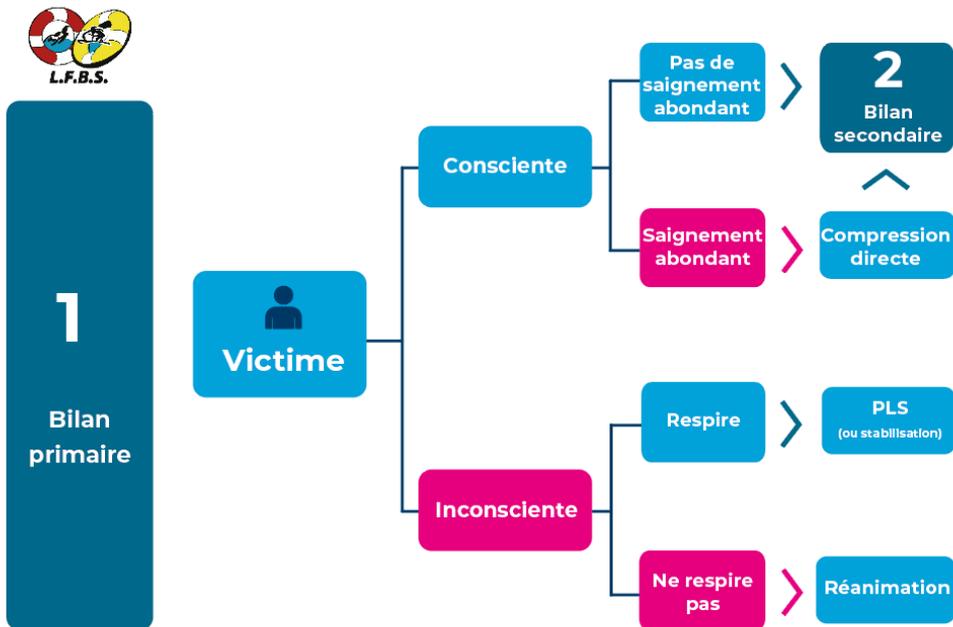
Gestion de la douleur

Pour atténuer la douleur, appliquer une poche de froid sur la joue.

Dans le cadre d'un choc violent qui a déclenché une avulsion dentaire, une commotion cérébrale peut être suspectée. Il convient dès lors de questionner la victime afin d'affiner son bilan (voir section sur les commotions cérébrales).

Réaliser un bilan précis

Voici un schéma pour vous guider dans la réalisation des bilans primaire et secondaire. Cette fiche peut être téléchargée (QR Code) et imprimée pour être placée dans le local sauveteur ou la trousse de premiers soins / sac d'intervention.



2 Bilan secondaire

- Signes et Symptomes
- Allergies
- Médicaments
- Passé médical
- Le dernier repas
- Evènements
- Risques (facteurs de risques)

Pour les signes et symptômes

- ✓ Origine
- ✓ Provoqué par
- ✓ Qualité (type) de la
- ✓ Région douloureuse
- ✓ Sévérité
- ✓ Temps (durée)

3 1 & 2 en continu



Télécharger la fiche complète (à placer dans une trousse de premiers soins par exemple).