[francais.medscape.com](https://francais.medscape.com/)



Soins d'urgence : que faire sans équipement ni trousse de secours ?

Nathalie Haidlauf

23 octobre 2024

*En cas d'urgence médicale en dehors d’un milieu hospitalier, les médecins ne disposent que très rarement de matériel médical. Cet article explique comment assurer des soins d'urgence sans trousse de secours et quelles sont les erreurs à éviter. Ces conseils sont tirés du livre des Drs****Niels Adams****(USI, CH de Cologne) et****Jochen Hinkelbein****(USI du CH Johannes-Wesling de Minden). [1]*

« Lors d'une situation d'urgence, il est essentiel d'agir de manière structurée. La plus grande erreur à commettre est de ne pas agir par peur de commettre une erreur… ». L’idéal est de suivre une approche pragmatique :

* qui peut/doit aider ?
* que faire en priorité ?
* comment procéder sans équipement ?
* que faut-il éviter de faire ?

**Le contexte juridique**

En France**,**la [non-assistance à personne en danger](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289588#:~:text=Quiconque%20pouvant%20emp%C3%AAcher%20par%20son,75%20000%20euros%20d'amende.) est un délit sanctionné par le Code pénal, en vertu de l’article 223-6 (alinéa 2) : « Lorsqu'une personne peut secourir quelqu'un qui court un risque pour sa vie et qu’elle n’intervient pas, elle peut être poursuivie devant un tribunal. » À noter que cette obligation, très répandue dans le monde, n'existe pas dans certains pays anglo-saxons comme le Royaume-Uni.

En ce qui concerne plus spécifiquement les médecins, l’article 9 du Code de déontologie médicale reprend mot pour mot l’article R4127-9 du Code de la santé publique : « Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Ces obligations sont levées lorsque la personne pouvant porter secours met en danger sa propre sécurité ou celle d’autrui. La protection personnelle et la sécurité de tous les participants sont primordiales dès le début.

L’aide obligatoirement apportée par un médecin en dehors de son lieu de travail n’exige évidemment pas la mise en route d’un traitement médical complexe, mais elle doit être adaptée à la situation d'urgence.

La protection personnelle et la sécurité de tous les participants sont primordiales dès le début.

**La collaboration avec les services de secours**

Les délais d'intervention peuvent varier fortement d’une région à l’autre, en particulier entre zones urbaines et rurales. De manière générale, il est nécessaire que les premiers intervenants couvrent un laps de temps moyen de 10 minutes, voire plus, avant l’arrivée des pompiers et/ou d’une équipe de la SMUR.

Le médecin présent sur les lieux de l'intervention est en effet responsable jusqu'à l'arrivée du médecin urgentiste.

Un point important à noter pour les jeunes médecins récemment diplômés : il se peut que les équipes de premiers secours arrivant sur place ne comprennent pas de médecin urgentiste. Dans ce cas, le médecin présent doit continuer à participer aux premiers soins jusqu'à l'arrivée du confrère urgentiste. Le médecin présent sur les lieux de l'intervention est en effet responsable jusqu'à l'arrivée du médecin urgentiste.

Ceci dit, l'expérience et la routine des pompiers dans la gestion des situations d'urgence ne doivent certainement pas être sous-estimées, et elles doivent être intégrées dans la prise en charge du patient. Ils disposent généralement de tout le matériel nécessaire pour assurer les soins d'urgence.

**Ce qu'un médecin devrait toujours avoir sur lui, même en dehors de son service**

* un téléphone portable
* un [*Life-Key*](https://medi-as.com/urgence-et-secours/123-masque-respiratoire-de-poche-en-porte-cle.html)ou porte-clés avec masque de ventilation (pour le bouche-à-bouche ou le bouche-à-nez).
* une trousse de secours dans la voiture ou sur le vélo
* des gants jetables

**Arrêt cardio-respiratoire : l’algorithme d'urgence**

*Évaluer les signes de décès*: une tentative de réanimation ne doit pas être entamée si des signes certains de décès sont présents. Ces signes incluent la rigidité cadavérique, les lividités, la décomposition et les blessures incompatibles avec la vie. Les signes incertains incluent la perte de conscience, l'hypothermie, la mydriase, la pâleur et l'absence de respiration ou de pouls, car ces signes peuvent également apparaître en cas de circulation extrêmement faible ou de mort clinique potentiellement réversible.

*Assurer sa protection personnelle* : il est primordial de veiller à sa propre sécurité lors de la prise en charge d'un patient. Apporter de l'aide en pleine rue, dans un environnement avec du trafic, peut être dangereux. Il est crucial de sécuriser la zone d'accident aussi rapidement que possible, en utilisant un triangle de signalisation et des feux de détresse avant de commencer à soigner le patient. Une personne peut également être rapidement désignée pour prévenir les usagers de la route à proximité de la zone (algorithme ci-dessous[2]).



L’algorithme général des premiers secours comprend :

* Parler au patient et évaluer la réaction à un stimulus légèrement douloureux.
* Vérifier la respiration pendant environ 10 secondes en basculant la tête en arrière (*écouter, voir, sentir*). **Attention**: la vérification du pouls est sujette à erreur, car il existe un risque de confusion avec son propre pouls.
* Appeler les secours (ou faire appeler) : 15, 112, ou 110 en cas de danger.
* Si absence de conscience et de respiration : débuter immédiatement la réanimation (RCP), avec bouche-à-bouche ou bouche-à-nez. **Attention** : la décision d'effectuer une ventilation bouche-à-bouche dépend du jugement personnel, mais elle est fortement recommandée.
* Utiliser si possible un masque de ventilation à valve unidirectionnelle (pp. ex. sous forme de porte-clés).
* 30 compressions pour 2 insufflations.
* Assurer un changement régulier au sein de l'équipe.
* Récupérer un défibrillateur (ou demander à quelqu'un de le faire), et l’utiliser dès que possible. Mais ne pas perdre un temps précieux à chercher un défibrillateur : **la RCP doit être prioritaire.**
* Si le patient est inconscient mais respire : assurer la perméabilité des voies respiratoires en le plaçant en position latérale de sécurité (PLS), ou mieux, en surveillant continuellement les voies respiratoires avec la méthode d'Esmarch.

La PLS permet d'éviter que la base de la langue n'obstrue les voies respiratoires sous l'effet de la gravité, et elle peut également prévenir l'aspiration de contenu gastrique. Le critère principal d’une PLS efficace : l'ouverture de la bouche et la tête doivent être placées plus bas que l'estomac afin que le contenu gastrique suive la gravité et puisse s'écouler.

La respiration d’un patient en PLS doit être surveillée en permanence. Et en cas d'arrêt respiratoire, le basculer et commencer immédiatement une RCP. Les jambes peuvent être surélevées en cas de suspicion de problèmes circulatoires, ce qui peut d’ailleurs favoriser la circulation cérébrale.

**Les hémorragies sévères**

Les hémorragies artérielles sont à traiter en priorité absolue, AVANT l'assistance respiratoire, car la perte de sang, même si les voies respiratoires sont dégagées, peut limiter les chances de survie.

Il convient de distinguer les hémorragies veineuses « suintantes », où le patient perd de petites quantités de sang, mais elles sont généralement suffisamment traitées par la pose d'un pansement voire cessent spontanément. Les hémorragies artérielles doivent être stoppées par compression manuelle des plaies (si possible avec des compresses stériles). Un garrot peut être appliqué au niveau des membres lorsque la compression ne suffit pas, par exemple à l'aide d'un garrot ou d’une ceinture. Le temps pendant lequel l'apport sanguin est interrompu doit être aussi court que possible, mais il peut l‘être jusqu'à 2 heures sans problème.

**Les douleurs thoraciques**

Tout patient présentant de nouvelles douleurs thoraciques doit être considéré, jusqu’à preuve du contraire, comme souffrant d'un SCA (syndrome coronarien aigu), qui regroupe l'angor instable et l'infarctus du myocarde avec ou sans élévation du segment ST. La distinction précise ne peut être faite qu'à l'aide d’outils diagnostiques tels qu'un ECG à 12 dérivations et la mesure du taux de troponine. Dès lors, que faire face à un patient présentant une douleur thoracique nouvellement apparue sans moyens diagnostiques avancés ?

Le temps est un facteur clé : « le temps, c’est du muscle cardiaque »

Surélever légèrement (30 à 50°) le tronc du patient, et éviter qu'il ne bouge. Cette position réduit la précharge et la tension de la paroi myocardique, diminuant ainsi la consommation d'oxygène par le cœur. Ouvrir les vêtements serrés et rassurer le patient, car les douleurs thoraciques sont souvent perçues comme extrêmement angoissantes.

Il arrive que des patients cardiaques aient leurs propres médicaments sur eux. Il est donc essentiel de leur poser la question et, le cas échéant, de leur administrer les médicaments appropriés sans attendre l'arrivée des secours.

Si possible, un accès veineux devrait être mis en place.

Une anamnèse plus détaillée, centrée sur les antécédents médicaux, la prise de médicaments, les allergies et les facteurs de risque, peut également être effectuée, à condition que cela ne retarde pas l’appel aux services d’urgence.

Il est important de noter que, jusqu'à l'arrivée des services d'urgence, ce groupe de patients doit être considéré comme critique et potentiellement instable. Il est donc essentiel de maintenir une surveillance continue, en se tenant constamment prêt à lancer une RCP.

**Les déficits neurologiques**

En cas de survenue de déficits neurologiques (par exemple hémiparésie, troubles de la parole ou de la vision, voire perte de conscience), ils doivent être considérés comme les symptômes d'un AVC jusqu'à preuve du contraire. La distinction entre AVC ischémique et hémorragique n'est possible qu'avec un scanner. La première mesure à prendre consistera à appeler les secours.

La méthode FAST est un outil diagnostique efficace :

- ***F****ace*(visage) : demander au patient de sourire ou de gonfler les joues

- ***A****rm*(bras) : lui demander de lever les bras

- ***S****peech*(parole) : lui demander de répéter une phrase simple, poser des questions sur le lieu, la date et l’heure

- ***T****ime*(temps) : demander quand les symptômes sont apparus. Cette information est cruciale pour l’éventualité d’une thrombolyse systémique, dont l’efficacité est établie jusqu’à environ 4 heures après l’incident.

Ici aussi et jusqu'à l'arrivée du médecin urgentiste, le patient doit être placé en position semi-assise, avec le haut du corps relevé à un angle de 30 à 50°, afin de réduire la pression intracrânienne. Cela permet de gagner du temps en cas de risque d'engagement du tronc cérébral. Les signes d'un engagement imminent comprennent l'anisocorie, l'inconscience et un mode respiratoire pathologique comme la [respiration de Cheyne-Stokes](https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=respiration%20de%20Cheyne%20Stokes#:~:text=Cheyne%20Stokes%20(respiration%20de)%20l.f.&text=Trouble%20respiratoire%20caract%C3%A9ris%C3%A9%20par%20la,aboutissant%20%C3%A0%20une%20nouvelle%20pause.).

Si le patient perd conscience, la sécurisation de ses voies respiratoires par la mise en PLS deviendra prioritaire sur la surélévation du tronc.

**Comment gérer les curieux**

La prise d'images et de vidéos de scènes d'accidents ou d'interventions de secours a fortement augmenté ces dernières années. Il est souvent impossible de gérer cette problématique dans les premières secondes et minutes d'une situation d'urgence. Il existe deux manières de faire face à cette situation :

* d'une part, on peut essayer d’inciter directement les curieux à aider. C’est particulièrement utile dans les premières minutes, lorsque l’on manque souvent de mains secouristes.
* D'autre part, on peut demander à des personnes déjà impliquées d’utiliser des couvertures ou tout autre moyen de protection visuelle pour cacher le patient aux regards des spectateurs.

**En conclusion pratique**

Même sans matériel et peu d‘expérience, il est possible d'apporter une aide très précieuse en cas d'urgence. La peur de mal faire ne doit surtout pas paralyser les intervenants, quels qu’ils soient.

Si les services de secours sont appelés le plus rapidement possible, le temps à couvrir se limite à 5 ou 10 minutes. La seule erreur que l'on peut commettre est de ne rien faire. Dans la plupart des cas, il suffit de calmer le patient et de demander une aide plus qualifiée. Et en cas d’hémorragie, il faut toujours essayer d’arrêter les saignements par tout moyen, et en priorité.