

Intoxications

Module 2

[Tentative de suicide](#)

[Intoxication CO](#)

[Ivresse](#)

[Drogué](#)

[Produits industriels](#)

[Champignons, piqûres, morsures](#)

Tentative de suicide

Les principaux médicaments utilisés pour le suicide ou " Tentative de Suicide ou d'autolyse (" T.S. ") sont des tranquillisants, somnifères ou antidépresseurs. Souvent plusieurs médicaments sont associés et additionnés d'alcool. Mais d'autres produits sont parfois utilisés, ceux qui sont dans la pharmacie familiale, notamment des produits cardiaques.

Le bilan recherchera une inconscience avec ou sans détresse respiratoire associée. Dans ce cas, la personne est installée en PLS et les voies aériennes libérées avant d'alerter le 15.

Comprendre

Risque cardiaque

Un produit ingéré peut parfois agir rapidement sur le cœur.

Ce n'est pas parce que la personne est consciente que la situation est rassurante.

C'est pourquoi, il faut trouver le nom du produit utilisé, et se renseigner au centre antipoison (ou 15) sur sa toxicité notamment cardiaque, et sa rapidité d'action.

Ce risque est faible mais redoutable.

N'oublions pas qu'un arrêt cardiaque peut aussi survenir après une asphyxie (anoxie) en rapport avec les risques suivants :

Risque d'inconscience

La plupart des produits utilisés sont des somnifères, donc "endorment" plus ou moins profondément et plus ou moins rapidement.

En soi ce n'est pas dangereux. On endort bien les opérés et cela sans séquelles neurologiques.

Ce sont les conséquences respiratoires qui sont redoutables.

Attention souvent l'ambulancier minore la profondeur de l'inconscience, lors du bilan au 15

Risque respiratoire

C'est le point important.

Chez un suicidé inconscient dit comateux, 3 mécanismes peuvent induire une asphyxie :

- une obstruction des voies aériennes supérieures par la chute de la langue en rapport avec l'hypotonie musculaire du coma
- une fausse route par passage de vomissements dans la trachée, due à l'ouverture permanente du larynx (abolition du réflexe)
- une pause respiratoire puis apnée par endormissement des centres respiratoires du tronc *cérébral*

Si on ne fait rien : coma et asphyxie s'aggravent.

On peut ainsi comprendre qu'à partir d'un coma léger sans détresse respiratoire, on peut se retrouver un peu plus tard avec une personne en coma plus profond et en grande détresse respiratoire avec cyanose et encombrement. C'est comme une boule de neige en haut d'une pente. En bas elle est plus grosse. Il y a un "cercle vicieux". Tout s'emballe.

Signes cliniques et premiers gestes

Objectifs : Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, identifier les détresses, changement de l'état clinique. L'ambulancier assure la survie immédiate par le maintien :

- de la circulation
- de la respiration
- de la liberté des voies aériennes supérieures
- et l'appel au 15

Le bilan et les gestes d'urgence ne diffèrent pas des autres situations

Chez un inconscient, respire-t-il ?

Chez un patient inconscient, le premier réflexe est de regarder si le thorax ou l'abdomen se soulèvent à chaque inspiration et si un souffle d'air sort de la bouche à l'expiration. (Mesurable en moins de 10 secondes)

S'il n'y a rien, le malade est en apnée. .

Le bon réflexe est de rechercher immédiatement le pouls carotidien.

Arrêt cardio-respiratoire

Il est exceptionnel dans le cas d'une TS médicamenteuse (exception de rares produits à potentiel cardiaque)

Le pouls carotidien est absent.

Il faut mettre en route les manœuvres classiques de réanimation :

- ventilation artificielle, avec liberté des voies aériennes et MCE

.Il ne s'agit pas de la perte de connaissance brutale du cardiaque qui nécessite au plus vite un défibrillateur.

La ventilation artificielle est obligatoire car l'arrêt fait suite le plus souvent à une longue période d'anoxie.

Arrêt respiratoire isolé

Il est aussi exceptionnel (sauf overdose) en rapport avec une prise massive de sédatifs.

Le pouls carotidien est présent, mais le malade ne respire pas.

Il faut donc mettre en route les manœuvres de réanimation : ventilation artificielle, avec liberté des voies aériennes, mais sans massage.

Eliminer une overdose

La personne est inconsciente ou "absente". Il y a des traces de piqûres et le contexte le plus souvent oriente.

Il faut regarder l'état des pupilles qui parfois sont très petites comme un point. On parle alors de myosis. (Cela signifie que la personne est droguée avec des dérivés de la morphine, comme l'héroïne).

Paralysie respiratoire

La personne est inconsciente.

Il n'y a aucun signe de détresse respiratoire : ni cyanose, ni sueurs, ni encombrement, ni bruit.

MAIS la prise systématique de la fréquence respiratoire interpelle :

- la respiration est faible en dessous de 10 voire 6 /mn.

- Il y a parfois des pauses respiratoires

La personne est mise en pls.

Même si la respiration n'est pas bruyante, il est préférable de dégager le pharynx de la langue.

Même s'il n'y a pas de cyanose, l'oxygénation pour l'instant en inhalation est nécessaire.

Plutôt qu'un masque à haute concentration, il faut mieux utiliser masque et réservoir d'un respirateur de premier secours sans appuyer sur le ballon. Ce qui permettra en cas de besoin d'insuffler.

Attention : Une surveillance permanente de la ventilation est alors nécessaire

Si la fréquence respiratoire est très faible (<6) ou/et pause respiratoire, il faut se décider à mettre en route une insufflation à l'Ambu.

Mais attention, on ne pourra plus interrompre cette ventilation car la respiration spontanée ne va pas reprendre.

Avant de se lancer, il faut donc être sûr de sa technique.

Chez un inconscient, est-il en détresse respiratoire ?

Asphyxie présente

Dans ce cas la personne inconsciente :

- lutte de tout son corps contre l'asphyxie

- respire vite (Tachypnée) avec un va et vient inefficace, et une amplitude faible.

- met en jeu tous les moyens nécessaires :

- battement des ailes du nez

- tirage des muscles du cou

- cyanose, sueurs, tachycardie et hypertension artérielle

- encombrement pharyngée avec bruits et sortie de liquide par la bouche

S'il s'agit d'une obstruction par chute de la langue, on peut avoir en sus :

A l'inspiration, le thorax ne bouge pas ou peu et l'abdomen gonfle (balancement thoraco-abdominal)

La tentative d'aspiration d'air sur cet obstacle entraîne un vide dans le thorax avec creusement sus claviculaire, sus sternal et intercostal.

Les gestes de survie sont mis en route :

- mise en pls

- oxygénation par masque à haute concentration

- aspiration des mucosités

- LVA tête en hyperextension, subluxation mâchoire)

Ventilation efficace

Dans cas, il faut aussi mettre immédiatement en PLS.

Rappelons que la mise en position latérale n'est pas dangereuse, facile à réaliser et peut rapporter gros en matière de prévention des fausses routes.

Attention : A la moindre somnolence, mise en PLS

Histoire vécue:

Une jeune femme de 22 ans se suicide avec des somnifères à 8 h. Elle est retrouvée à 17 h confuse par son conjoint qui appelle le centre 15.

Celui-ci, vu l'absence d'inconscience demande l'intervention d'une ambulance.

Le bilan est rassurant et le médecin régulateur donne son feu vert au transport aux urgences de l'hôpital de secteur. A l'arrivée la situation est différente, le coma est profond mais sans détresse respiratoire. Le transport a eu lieu 1/2 assis et la régulation du centre 15 a été piégée par l'ambulancier qui n'a pas apprécié la profondeur du coma.

2 heures après la personne se cyanose, respire vite et est transférée en réanimation, et mise sous ventilation artificielle. La radiographie des poumons montre des images blanchâtres des 2 poumons faisant évoquer une inhalation massive de liquide gastrique, très acide, donc corrosif et qui a "brulé" les 2 poumons. Malgré l'oxygénation à 100 %, l'oxygène ne rentre plus dans le corps car les poumons sont détruits. La suicidée mourra dans la nuit. Il est probable que cette fausse route a eu lieu, sans bruit, pendant le transport et dans ce cas la mise en PLS aurait évité cette mort stupide...

Personne consciente

Ce n'est parce que le premier bilan vital est rassurant qu'il ne faut pas être vigilant.

- faire un bilan complet
- éliminer une prise de médicaments à toxicité cardiaque
- surveillance permanente de la personne (risque de passer par la fenêtre ou prise d'un couteau...)
- prise régulière des constantes vitales

Eléments à rechercher (Bilan)

Compléter le bilan

Prise des constantes : FR, FC, Tension, Saturation, Température

La prise de la température (surtout si la découverte est tardive) est importante pour rechercher une hypothermie.

La feuille de surveillance sera remplie.

Si inconscience, évaluer la profondeur du coma

Avant de passer le bilan au 15, on doit noter la profondeur de l'inconscience.

La réactivité est testée :

- en secouant les épaules et crier :
- "ça va" "vous m'entendez"
- puis en lui prenant les mains, vous demandez:
"serrer moi les mains"
"ouvrez les yeux"

Pour ne pas oublier:

Y : ouverture des Yeux

V : Réponse Verbale

M : Réponse Motrice

Cotations par stade de 1 à 4

On peut essayer de chiffrer l'intensité de l'inconscience.

Pour l'ambulancier, le plus simple est de distinguer : le coma léger d'un coma profond, mais cette évaluation sera très subjective.

Il est facile de confirmer un coma profond aréactif avec ou sans dépression respiratoire

Un coma réactif ne répondra pas à la voix forte mais bouge un peu à la forte stimulation.

Par contre la frontière entre confusion, somnolence et coma léger est plus difficile à évaluer.

C'est la cotation la plus simple mais très subjective:

Coma léger ou stade 1

Réagit à l'appel de la voix après stimulation. Les réflexes de déglutition et de toux sont conservés.

Coma réactif ou coma stade 2

Aucune réponse à la voix forte, mais bouge à la stimulation forte.

Bien que diminués, les réflexes de sécurité sont conservés.

Les fonctions respiratoires et cardio-circulatoires sont peu altérées.

Coma profond ou coma stade 3

Ne réagit plus à la forte stimulation, la langue obstrue le pharynx.

Le malade supporte une canule dans la bouche.

Tous les réflexes de défense et de sécurité ont disparu: réflexe de déglutition, réflexe laryngé, réflexe de toux.

Une assistance ventilatoire est parfois nécessaire.

Découverte tardive

Il n'est pas rare que la personne inconsciente soit découverte tardivement.

Dans ce cas il faudra être particulièrement attentif à la recherche:

- hypothermie
- détresse respiratoire
- encombrement pharyngé par fausse route et trouble de la déglutition (voir cercle vicieux)
- escarres

En quelques heures aux zones d'appui (fesses mais aussi face interne des genoux), une zone rouge apparaît.

Enquête

Après installation en bonne position et mise en route éventuelle de la réanimation et avant appel au 15, une enquête est nécessaire.

Preuve du suicide

Il faut rechercher :

- une lettre d'adieu,
- une ordonnance,
- un conflit récent,
- une dépression,
- des antécédents psychiatriques...

Recherche du produit

Tous les emballages vides sont recherchés (table de nuit, poubelle, vide ordure en bas de l'escalier), recueillis et emportés.

Il ne faut pas oublier l'ingestion possible de plusieurs produits avec de l'alcool.

On évaluera la dose absorbée et l'heure supposée de la prise.

Il faudra aussi conserver les traces de vomissements

Gestes complémentaires

Il s'agit plutôt de NE RIEN FAIRE !

Il ne faut pas chercher à faire vomir du fait du risque de fausse route. D'autre part la possibilité d'ingestion de produits corrosifs entraînerait à nouveau le passage par l'œsophage.

Il ne faut pas faire administrer du lait. Ce liquide n'a jamais servi d'antidote et peut même aggraver en facilitant l'absorption intestinale des comprimés.

Causes (Savoir +)

Les causes sont données à titre d'information. L'ambulancier n'a pas à trouver la cause, sauf dans de rares cas qui nécessitent des gestes de survie spécifiques

Le plus souvent la T.S. concerne la prise de médicaments pour les nerfs associé ou non avec de l'alcool

Pour information, on distingue plusieurs classes de médicaments:

- les barbituriques (le gardénaïl).

Ils ne sont plus utilisés pour dormir, mais pour l'épilepsie. Ces TS sont de plus en plus rares et entraînent un coma parfois profond avec risque de dépression respiratoire. Vous rencontrerez d'anciens secouristes qui parleront "de suicide aux barbituriques" alors que les produits utilisés sont tout autre.

- les anxiolytiques et somnifères

Selon le produit ils sont plutôt contre l'anxiété (Tranxène, Lexomil...) ou l'insomnie (Mogadon, Stilnox...). La TS donne un coma peu profond avec rarement des troubles respiratoire.

- les antidépresseurs (Prozac, Zoloft...) traitent comme son nom l'indique la dépression
- les neuroleptiques sont des produits puissants réservés à la psychiatrie

Transport

L'hospitalisation est nécessaire pour établir une surveillance, mais aussi pour résoudre le problème psychiatrique.

En cas de refus d'hospitalisation, le calme, la relative sérénité de l'équipe ambulancière a souvent un effet persuasif, ce qui permet de dédramatiser la situation.

Feu vert du 15

L'accord du SAMU, même si l'intoxiqué est conscient, est obligatoire car certains médicaments peuvent entraîner coma rapide avec pauses respiratoires ou arrêt brutal du cœur.

Rappelons qu'il faut bien évaluer la profondeur de l'inconscience et ne pas déclarer conscient une personne qui est déjà endormie.

Installation

L'ambulancier s'installe à côté du malade, afin d'exercer une surveillance visuelle permanente.
La position sera 1/2 assise.
A la moindre somnolence, l'intoxiqué est installé en PLS.
Si des rougeurs sont apparues (genoux, fesses), il faut frotter et éviter de comprimer ces zones.
On vérifiera la bonne fermeture des portes.

Surveillance

Elle est continue car à tout moment des complications sont possibles.
Les constantes habituelles sont régulièrement prises :
- état de conscience
- tension
- pouls
- fréquence respiratoire
Tout sera noté sur la feuille de surveillance

Aggravation

La moindre nausée doit mettre en alerte, car le risque de fausse route est dramatique chez l'intoxiqué un peu somnolent.
Elle précède le vomissement.
La somnolence peut apparaître avec son risque de fausse route et de pauses respiratoires. Une convulsion est toujours possible.
L'alerte est donnée au centre 15 et le patient mis en P.L.S.

Intoxication oxyde de carbone

L'intoxication à l'oxyde de carbone ou CO est fréquente.
En général les circonstances sont évidentes (chauffage défectueux, groupe électrogène...)
L'intoxication est souvent collective. Mais d'une victime à l'autre les signes ne sont pas les mêmes: de la simple nausée (faisant évoquer aussi une intoxication alimentaire) au coma profond voire au décès.
Le sauveteur peut se faire piéger en rentrant dans la pièce. Une forte concentration peut paralyser instantanément. Il faut donc prendre des précautions.
Toute personne inconsciente sera mise en PLS et l'oxygénation est LE traitement, véritable antidote.

Comprendre

Rappel physiologique

Les cellules ont besoin d'oxygène. Par l'inspiration, les molécules d'oxygène arrivent aux alvéoles puis filtrent vers les vaisseaux et rentrent dans le globule rouge avant de se fixer sur l'hémoglobine (Hb).
 $Hb + O_2 = HbO_2$

Physiopathologie

Le gaz

C'est un gaz qui se dégage lors d'une mauvaise combustion, par ex :

- chauffe-eau,
- chaudière,
- poêle à charbon,
- gaz d'échappement de voiture.

Son abréviation est " CO " monoxyde de carbone et non pas "CO2" qui est le gaz carbonique.

Il est indétectable (sauf appareil de mesure) car il est incolore et inodore

Sa concentration devient particulièrement importante si l'espace est clos, sans aucune possibilité d'aération.

Comment agit-il ? (Savoir +)

Il est inhalé au cours de l'inspiration en même temps que l'oxygène, puis il se fixe sur l'hémoglobine dans le globule rouge.

L'oxygène ne peut plus être transporté vers les cellules, d'où l'asphyxie de la cellule.

Mais la réaction est réversible, car sous forte concentration d'O₂, l'oxyde de carbone est délogé.

La réaction $HB + O_2 = HbO_2$ est remplacée par $HB + CO = HbCO$

Pour mieux comprendre:

Rappelons l'histoire des jeunes enfants dans un parc d'attraction avec son manège qui consiste en une petite rivière en boucle avec de l'eau qui avance grâce à une roue. Il y a des bateaux avec 100 sièges, sans moteur puisqu'ils vont avancer tout seul par le courant de l'eau. Et les petits enfants font la queue pour monter dans le bateau.

Révoquez que les enfants, ce sont les molécules d'oxygène, que les bateaux sont les globules rouges, l'eau: le sang, la roue: le cœur...

Nous rajoutons une bande de loubards agités qui occupent le bateau à la place des gentils enfants. C'est cela l'intoxication au CO, mais comment les déloger ? 2 solutions:

- soit les enfants sont très nombreux et y arrivent (oxygène à fort débit)
- le mieux est de donner de la potion magique pour les rendre plus fort ! (c'est l'oxygène hyperbare) (voir plus bas)

Risques

Ce gaz endort plus ou moins profondément.

Le coma est d'intensité variable, avec toutes les conséquences respiratoires.

Si plusieurs personnes sont intoxiquées, leurs réactions sont souvent différentes, l'un est simplement somnolent, l'autre est en coma profond et l'animal de compagnie est mort.

En forte concentration dans une pièce, il paralyse vite et la victime est incapable de fuir.

Signes cliniques

Signes variables

Ils sont très variables, voire d'un sujet à l'autre en fonction du poids, de l'âge, de la fréquence respiratoire.

Donc il n'est pas rare que devant une intoxication collective, toutes les victimes n'aient pas la même gravité.

De la simple fatigue musculaire, maux de tête (céphalées) et nausées (pouvant faire penser à une intoxication alimentaire !) à la somnolence puis coma voire arrêt.

A forte concentration, il peut tuer instantanément (un sauveteur par ex.)

Signes secondaires

Lors d'une explosion il peut y avoir d'autres signes comme:

- Brûlures
- Traumatismes

Au cours d'un incendie, la personne peut mourir par le CO avant d'être carbonisé.

Signes évocateurs

Notion d'intoxication collective, de pics saisonniers et circonstances évidents.

Gestes d'urgence

Eviter de s'asphyxier soi même

Il ne faut pas rentrer dans la pièce si elle n'est pas aérée, ni allumer une source électrique.

Éventuellement on rentrera en apnée.

Il faut rapidement soustraire la victime de la source en l'éloignant, hors de la pièce, toute en aérant.

Il faut demander aux pompiers de contrôler le taux de CO grâce à un appareil spécial.

Bilan vital et réanimation

Devant toute personne inconsciente on vérifiera la respiration et la circulation par la prise de la fréquence respiratoire et du pouls carotidien.

Si le pouls carotidien est absent on débutera immédiatement :

- ventilation artificielle, avec liberté des voies aériennes
- MCE

Si la victime inconsciente respire, elle est mise en PLS.

En présence de plusieurs personnes, il faudra procéder à un très rapide bilan vital pour chacune afin d'établir l'ordre de priorité.

Éléments à rechercher (Bilan)

Compléter le bilan

On prendra : FR, FC, Tension, Saturation, Température

La prise de la température (surtout si la découverte est tardive) est importante pour rechercher une hypothermie.

Analyse des signes cliniques

Il faut ne pas se faire piéger en banalisant la situation, en évoquant une grippe, une gastro-entérite ou intoxication alimentaire.

En effet les premiers signes sont : nausées, vomissements, maux de tête (céphalées), vertiges

Si inconscience, évaluer la profondeur du coma

Avant de passer le bilan au 15, on doit quotter la profondeur de l'inconscience.

La réactivité est testée :

- en secouant les épaules et crier "ça va" "vous m'entendez"
- puis en lui prenant les mains, vous demandez: "serrer moi les mains", "ouvrez les yeux"

Découverte tardive

Dans ce cas il faudra être particulièrement attentif à la recherche:

- hypothermie

- détresse respiratoire
- encombrement pharyngé par fausse route et trouble de la déglutition (voir cercle vicieux)
- escarres

En quelques heures aux zones d'appui (fesses mais aussi face interne des genoux), une zone rouge apparaît.

Recherche détresse respiratoire associée

La personne :

- respire vite avec une amplitude faible
- cyanose, sueurs sont possibles
- bruits respiratoires traduisant l'encombrement

Antécédents et identité

On recherchera tous les antécédents et le traitement habituel

Il est important de savoir si la personne est en ceinte ce qui changera la prise en charge médicale.

Causes

Les causes sont données à titre d'information. L'ambulancier n'a pas à trouver la cause, sauf dans de rares cas qui nécessitent des gestes de survie spécifiques

3 facteurs sont à l'origine de l'intoxication :

Manque d'oxygène

- pièce calfeutrée, aération absente, entrée d'air bouchée

Appareil défectueux, non entretenu

Evacuation insuffisante

Cheminée bouchée, pas de ramonage

Mauvais tirage : brouillard; 1/2 saison, vent

Pas d'évacuation (groupe électrogène)

Par ex. ces 3 facteurs peuvent être réunis par un chauffe-eau mural dans une salle de bain

Gestes à faire

Objectifs : Alerter, pratiquer gestes de survie, installer, améliorer la détresse, rassurer

L'administration d'O₂ à forte concentration est un véritable antidote à 15 l/ mn.

Les gestes de réanimation seront gradués selon la gravité.

Transport

Le feu vert du SAMU est nécessaire.

L'ambulancier transportera les personnes conscientes.

Même si l'état est satisfaisant, il est indispensable de poursuivre pendant le transport l'oxygénothérapie au même débit de 15 l/mn.

Le médecin du SMUR aura au préalable pratiqué une prise de sang sur place.

Ce tube pour recherche du CO est confié avec le malade (Attention aux noms et surtout prénoms en cas de prélèvements multiples).

L'ambulancier s'installe à côté du malade, afin d'exercer une surveillance visuelle permanente. A la moindre somnolence il est installé en PLS.

Les constantes habituelles sont régulièrement prises : TA, FC, Saturation O₂

A l'hôpital (Savoir +)

Oxygénothérapie

L'analyse du sang prélevé confirme la présence de CO.

L'oxygénothérapie est poursuivie.

Oxygénothérapie hyperbare

Afin d'éliminer au plus vite ce produit et de limiter les séquelles cérébrales toujours possibles, l'utilisation d'oxygène à haute pression dans un caisson hyperbare est souvent utile. Le ou les intoxiqués sont placés dans un caisson hyperbare mobile (n'existe plus à Paris) ou dans un caisson fixe monoplace ou multiplace.

Transport secondaire

L'ambulancier est amené à effectuer ce transfert pour les personnes conscientes vers le caisson situé au centre hospitalier régional en général.

Les mêmes règles de transport sont appliqués notamment la poursuite de l'oxygénothérapie.

Une grande quantité d'oxygène sera consommée, et la vérification des stocks est indispensable.

Exceptionnellement, l'ambulancier sera amené à transporter plusieurs personnes, comme tous les membres d'une même famille.

Ivresse

C'est une intoxication par l'alcool dite "intoxication éthylique". Pourquoi parler d'une situation "banale"? Car elle peut se terminer par une inconscience avec risque de fausse route. Dans ce cas des gestes d'urgence sont appliqués comme la PLS et la liberté des voies aériennes.

L'ivresse est parfois associée à un traumatisme, une hypothermie.

Un bilan complet est nécessaire, d'autant que d'autres maladies (Hypoglycémie, AVC, hématome cérébral traumatique...) peuvent se manifester par un état pseudo ébrieux.

Comprendre

Physiopathologie

L'alcool donne une certaine euphorie et désinhibe avec risque de comportements asociaux ou d'accidents.

A forte dose, associées ou non à d'autres substances (tranquillisants, drogue) il peut endormir le cerveau jusque au stade de coma plus ou moins profond.

Risques

Ils sont nombreux :

- traumatismes
- fausse route avec possibilité de surinfection pulmonaire secondaire
- hypothermie en atmosphère froide avec risque de décès

Signes cliniques

De l'ivresse classique au coma...

L'individu a des troubles du comportement avec une démarche titubante, une agitation, des vertiges.

Il peut aussi plonger dans un état d'inconscience ou coma éthylique avec toutes les conséquences respiratoires.

Éléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter. Il ne faut pas négliger l'examen clinique d'une personne dont tout évoque une ivresse aigue.

En effet, pour l'ambulancier, il y a de nombreux pièges.

Le bilan sera donc complet organe par organe en insistant sur :

- bilan traumatique avec recherche d'un traumatisme crânien comme une plaie du scalp (occiput)
- bilan neurologique en insistant sur
- recherche d'une paralysie comme une hémiplégie
- état des pupilles (miosis du drogué)
- raideur de la nuque, maux de tête, lumière douloureuse (photophobie)
- convulsion: perte des urines ? Morsure de la langue ?
- bilan respiratoire
- prise de la température (hypothermie)
- signes digestifs : nausées, vomissements

Causes : éliminer une autre maladie

Les causes sont données à titre d'information. L'ambulancier n'a pas à trouver la cause, sauf dans de rares cas qui nécessitent des gestes de survie spécifiques

Ce qui est important en présence d'une personne inconsciente ou en état d'ébriété est de ne pas passer à côté d'une autre origine, même si l'haleine sent l'alcool.

En effet de nombreuses circonstances peuvent simuler l'ivresse, par ex. :

- Traumatisme crânien, comme un hématome extradural
- Hypoglycémie,
- A.V.C. (hémorragie cérébrale),
- Hypoxie, état de choc
- Maladie psychiatrique

On peut aussi être en ébriété et avoir un traumatisme crânien par chute.

Gestes à faire

Principes

Le témoin ou l'ambulancier doit tout mettre en œuvre pour :

Mettre au repos

Observer et interroger pour recueillir les informations nécessaires

Installer en position d'attente adaptée à son état

Transmettre ces informations lors de l'alerte afin d'obtenir un avis médical

Surtout, il faut prendre en charge toute personne sur la voie publique quel que soit les circonstances, sous peine de non-assistance de personne en danger.

Que dire du clochard en état d'ivresse, inconscient en plein d'hiver. Il risque la mort par hypothermie.

Position

Mettre en position allongée ou assise selon l'état de conscience.

PLS si inconscience

Si jambes surélevées par les témoins, les maintenir

1/2 Assis si reprise totale de la conscience

Maintenir une bonne ventilation

Desserrer éventuellement cravate, col de chemise, ceinture et tout ce qui peut gêner les mouvements de la cage thoracique

Libérer les voies aériennes s'il a des signes d'obstruction (personne ayant vomi)

Oxygéner si besoin

Avoir à disposition un aspirateur de mucosités et un "haricot"

Alerter

Bilan au 15 pour avis et feu vert du transport vers les urgences pour bilan ou attente du SMUR.

Un avis médical est indispensable car il est difficile de confirmer qu'il s'agit uniquement d'un état d'ivresse (sauf circonstances évidentes)

Transport

Si la régulation médicale donne le feu vert pour le transport :

- somnolent: PLS.

- conscient : allonger tête légèrement surélevée

Oxygène en inhalation si nécessaire

Aspirateur mucosité prêt

Haricot prêt (Vomissements fréquents)

Surveillance spécifique: conscience, convulsion

Surveillance respiratoire, cardiaque et circulatoire

Drogué

La prise de drogue n'est pas anodine. Le bien-être et euphorie recherché peut se terminer en drame.

Toutes les détresses cardiaque (mort subite), respiratoire (paralyse, pause), circulatoire (déshydratation, choc), neurologique (coma, convulsion) sont possibles.

Un bilan attentif est donc nécessaire avant de transmettre au 15.

Si nécessaire, des gestes de secours seront mis en route.

Les produits

Ectazy

C'est une molécule qui modifie le comportement à la fois stimulant et hallucinogène.

Il se présente sous forme de comprimés de couleurs et de formes variables, mais dont la composition est incertaine avec une concentration du produit fluctuante et des additifs comme la caféine.

Sa prise entraîne pendant quelques heures, euphorie et bien être ou au contraire angoisse. Dans un deuxième temps apparaît une dépression intense.

Les risques majeurs sont nausées, sueurs, maux de tête et surtout déshydratation et hyperthermie surtout l'été ou après un effort physique ou une pièce très chaude.

Une mort subite est possible.

Hallucinogènes

Ce sont le LSD ou la Kétamine (Kétalar) , produits synthétiques. Mais il existe aussi des champignons hallucinogènes.

Ils provoquent de fortes hallucinations allant jusqu'au délire voire la défenestration.

Cannabis

A partir d'une plante, on fabrique de l'herbe (marijuana) que l'on fume mélangé à du tabac (joint, pétard) ou de la résine (haschisch,shit).

Rapidement apparaît une sensation de détente et une modification de la perception de l'environnement.

Le risque est l'apparition d'un malaise avec ou sans confusion, tremblements, vomissements, sensation d'étouffement, et d'angoisse.

La conduite automobile est altérée avec risque d'accident.

Cocaïne

Extraite des feuilles de cocaïer, elle se présente sous forme d'une poudre blanche qui est sniffée ou rarement injectée par voie intraveineuse.

Elle provoque une euphorie immédiate et une sensation de force intellectuelle et physique intense mais suivie d'une dépression et angoisse.

Une convulsion est possible.

Il peut survenir des troubles du rythme cardiaque, une hypertension.

La sensation de puissance peut conduire à de la violence et une forte agressivité.

Le patient peut être atteint d'une hépatite B et C ou du SIDA.

Le crack

C'est un mélange de cocaïne, bicarbonate de soude et d'ammoniaque. Sous forme de petit caillou, il est réchauffé avant d'être inhalé. Son effet est foudroyant avec délire aigu et troubles cardiaques.

Héroïne

Dérivé de la morphine, elle se présente sous la forme d'une poudre ou de granulés qui est injectée par voie intraveineuse, ou sniffée.

Elle entraîne euphorie, bien être et on plane, suivi d'une somnolence, avec nausées, vertiges et d'un ralentissement du rythme cardiaque

Injectée rapidement dite « overdose », le malade semble « absent » mais conscient, mais surtout il oublie de respirer (apnée) avec des pupilles très serrées (myosis). Si rien n'est fait le drogué meurt d'anoxie.

Signes cliniques

Objectifs : Démarche d'observation d'une situation : signes cliniques, identifier les détresses, changement de l'état clinique. Examiné un drogué est parfois difficile, à cause de l'agitation, l'angoisse, le délire...

L'origine du malaise est souvent évident car les circonstances sont en général suffisamment claires comme: seringue, trace piqûre, environnement.

Les signes sont variables, d'un produit à l'autre, de la dose et du mode d'administration.

L'alcool va potentialiser les effets.

Signes neurologiques

Tout est possible du positif au négatif avec risque de passer brutalement d'un état à l'autre

Bien être, euphorie, angoisse, violence, agressivité, tremblements, convulsions

Malaise, Inconscience (coma)

Signes respiratoires

Sensation d'étouffement

Inconscience : Encombrement par vomissements, chute de langue

Pauses respiratoires, arrêt respiratoire

Signes circulatoires

Déshydratation, chute tensionnelle, état de choc, hypertension artérielle

Signes cardiaques

Tachycardie, troubles du rythme cardiaque, mort subite

Signes thermiques

Hyperthermie, hypothermie

Eléments à rechercher (Bilan)

Certains signes ne sont pas évidents. L'interrogatoire recherchera antécédents. Les ordonnances peuvent aussi orienter.

Un bilan vital complet est nécessaire en insistant sur:

-l'état de conscience,

- la fréquence respiratoire (risque de bradypnée voire d'apnée),

- l'état d'hydratation, la tension artérielle (risque de collapsus)

Pour les drogues dites "dures" (héroïne...) il faut rechercher:

- des traces d'injection multiples avec bleus sont retrouvés sur différentes parties du corps notamment l'avant-bras

- des pupilles non dilatées, comme un point (myosis)

Gestes à faire

Il faut agir immédiatement:

- Evaluer l'état de conscience et la ventilation
- Stimuler par la voix ou en secouant

S'il n'y a pas de réveil, ni de ventilation, il faut pratiquer une ventilation artificielle

On vérifiera la présence ou non d'un pouls carotidien pour savoir si le MCE est associé.

En cas d'overdose, le patient "absent" est souvent en arrêt respiratoire par oubli, mais le pouls carotidien est présent.

Dans ce cas avant de débiter la ventilation artificielle, il faut stimuler ce qui permet parfois une reprise de la respiration.

Si l'inconscience est isolée: LVA, PLS

Alerter 15

Rappelons que ces malades sont souvent porteurs du SIDA ou d'une hépatite et que rien n'empêche d'effectuer les manœuvres de réanimation avec le matériel à disposition.

Par contre l'utilisation de gants est obligatoire afin d'éviter un accident d'exposition au sang et aux sécrétions.

Devant un drogué en overdose, l'intervention d'un SAMU est nécessaire car le médecin utilisera des antidotes combattant la détresse respiratoire.

Produits industriels

L'ingestion accidentelle, surtout chez l'enfant d'eau de javel concentré (berlingot) est très corrosive. IL faut installer en position 1/2 assise et surtout ne pas faire vomir.

Boire un produit caustique (débouche lavabo) dans un but suicidaire entraîne des lésions de brûlures du tube digestif.

L'intervention du SAMU est indispensable car une détresse circulaire peut rapidement apparaître.

Vapeurs irritantes

Avec l'ère industrielle est apparu un risque lié à la respiration de vapeurs irritantes. Ce problème est du domaine des pompiers et de la sécurité civile. Mais en cas d'afflux massif de victimes l'ambulancier peut être amené à transporter des victimes de la zone de tri (poste médical avancé ou P.M.A), situé en dehors de la zone exposée vers l'hôpital. En aucun cas il ne doit rentrer dans le périmètre à haut risque notamment sans protection.

L'ambulancier peut aussi intervenir comme témoin: par ex accident d'un véhicule porteur de matières dangereuses.

Il doit immédiatement prévenir les pompiers en précisant le numéro du produit transporté qu'on trouve sur la plaque du camion.

Il doit ensuite délimiter une zone de protection et soustraire les victimes qui seront en général décontaminées par une douche. L'irritation des yeux est fréquente, mais non dramatique.

Gaz de ville

Le gaz de ville (butane, propane..) est rarement toxique, mais il remplace l'air de la pièce d'où un manque d'oxygène (hypoxie).

Il peut s'agir d'un mode de suicide.

Il y a aussi risque d'explosion.

Eau de Javel

Il faut connaître la dose ingérée, l'heure d'ingestion et s'il s'agit d'une dilution, ou de la forme concentrée de type «berlingot».

Il ne faut ni faire vomir, ni faire boire du lait.

L'alerte est donnée au centre 15.

Le transport se fera en position ½ assise.

Soude caustique ou autre" débouche lavabos "

Il entraîne une brûlure importante du tube digestif avec risque d'état de choc.

L'intervention immédiate d'un SMUR est obligatoire.

Champignons, piqûres, morsures

Certains champignons comme l'amanite phalloïde sont toxiques avec troubles digestifs puis détresse circulatoire.

Sous certaines conditions une piqure d'insecte peut entraîner détresse respiratoire par gonflement des voies aériennes supérieures et/ou détresse circulatoire.

La morsure de vipère nécessite quelques gestes immédiats (immobilisation, désinfection) sans l'utilisation de sérum avant l'hospitalisation.

Intoxications par champignons

Reconnaître le champignon

A la fin de l'été et au début de l'automne, les intoxications par les champignons reviennent.

Il est facile de mettre en cause cette intoxication car en général les malades signalent ce repas.

Il faut recueillir les champignons restants (reste du repas, poubelle). Il est important pour le médecin de connaître le délai écoulé entre le repas et le début des troubles. Il faut aussi recueillir les vomissements et les selles éventuelles.

Le plus dangereux est l'amanite phalloïde.

Bilan

La conscience est conservée au début avec bourdonnement d'oreille, vertiges, sensation de soif et d'angoisse. Dans les formes graves, la conscience s'altère rapidement après une phase d'agitation avec des extrémités froides, moites et cyanosées, avec un pouls radial souvent "filant", parfois imprenable. Dans ce cas les pouls carotidiens ou fémoraux sont perçus.

Gestes

Il faut rassurer, réchauffer et oxygéner, ne pas faire boire malgré la soif et appeler le SAMU.

Piqûres d'insectes

Reconnaître l'insecte

Il s'agit de guêpes, frelons et abeilles.

La piqûre entraîne, en général rougeur puis léger œdème et démangeaison (prurit). Certaines circonstances peuvent entraîner une détresse parfois rapidement mortelle

Personne allergique (1% de la population)

Piqûres antérieures avec réaction allergique

Piqûres dans la bouche, cou, face

Piqûres multiples (essaim)

Bilan

Les signes restent locaux

L'examen montre au niveau de la piqûre :

- rougeur puis léger œdème et démangeaison (prurit)

Il faut :

- enlever le dard (abeille) avec une pince à épiler sans écraser la poche à venin

- surélevez le membre piqué

- désinfecter la piqûre

Pour calmer la douleur: glace locale dans un chiffon

Apparition de signes généraux

Parfois chez une personne sensible ou du fait d'une piqure dans la bouche, ou multiples, rapidement peut apparaître:

- une détresse respiratoire avec œdème de la face et difficultés respiratoire avec tirage

- une détresse circulatoire avec état de choc (collapsus)

Gestes en cas de gravité

L'intervention d'un SMUR est indispensable d'où l'alerte précoce au 15

En attendant les manœuvres habituelles sont pratiquées :

- oxygénation avec masque de haute concentration

Certaines personnes très allergiques sont porteuses d'une seringue auto-injectable d'adrénaline.

Si l'état devient dramatique, il devient licite de l'utiliser après autorisation du SAMU.

Morsure de serpents

Les différents serpents

En France seules les morsures de vipères sont dangereuses.

On les rencontre de Mai à Octobre dans les sols secs et rocaillieux.

Leur tête est courte, à petites écailles, des pupilles à fente verticale, un corps court et trapu et une queue courte.

Signes

La douleur initiale est minime, puis 15 mn plus tard apparaît 2 points distants de 8 mn entourés d'une zone rouge qui va gonfler. Il est exceptionnel que la situation devienne rapidement dramatique avec apparition d'un collapsus.

Gestes

Immobiliser le membre

Désinfecter la plaie.

Enlever bague, bracelets ou chaussures car risque d'œdème.

Tout garrot ou autre geste est inutile.

Maintenir la personne au repos

La rassurer et la conduire calmement à l'hôpital

En aucun cas il ne faut injecter un sérum antivenimeux, qui peut être mal toléré.

En effet la pratique sur place au plus vite possible d'une piqûre de sérum est contestable: Le sérum se conserve à 4°C et non pas dans le coffre de la voiture, et la réaction du malade à l'injection est imprévisible.

Le risque d'un choc allergique est possible lors de l'injection d'un sérum : donc abstention.