

FICHE TECHNIQUE
Contention Pelvienne

Équipier Au VSAV

MAJ-07/2025

Quand

- Généralement chez une victime ayant subi un traumatisme contondant, à haute cinétique, au niveau du bassin
- La contention pelvienne est mise en place sur une victime en position allongée sur le dos :
 - Après avis ou à la demande du médecin
 - Si la victime présente des signes de détresse circulatoire (suspicion hémorragie interne) et qu'un avis médical ne peut pas être obtenu dans l'immédiat
- Si suspicion de traumatisme du bassin : la contention pelvienne peut être préinstallée sous la victime dans l'attente d'un avis médical à l'issue du bilan primaire.

Pourquoi

- Un traumatisme du bassin est l'ensemble des signes dus à une atteinte traumatique du bassin, avec ou sans plaie. Le traumatisme du bassin est responsable de fractures ainsi que de lésions des organes internes, notamment hémorragiques, pouvant mettre rapidement en jeu la vie de la victime.
- Les traumatismes du bassin sont graves, et sont généralement décelés lors du bilan primaire C, lors de la recherche d'une atteinte au niveau des « boîtes à sang »
- La gravité du traumatisme du bassin est due :
 - A la perte de sang due aux fractures elles-mêmes. Une fracture multiple du bassin est fréquemment responsable d'une hémorragie interne importante ;
 - A une perforation ou une rupture de vessie ou des canaux d'évacuation de l'urine.
- La mortalité des traumatismes du bassin est de l'ordre de 8 à 15 %.
- En réalisant une compression circonférentielle, la ceinture pelvienne entraîne :
 - Un rapprochement des ailes iliaques, ce qui rapproche les fragments osseux de la fracture et les immobilise
 - Une diminution du saignement secondaire aux lésions vasculaires associées par :
 - Immobilisation de la région lésée
 - Augmentation de la pression intra-abdominale

Avec quoi

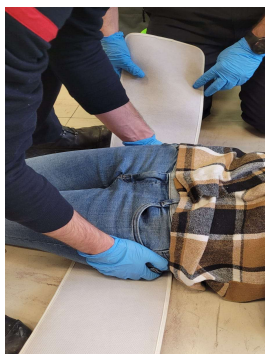
- Une ceinture pelvienne à usage unique et adaptée à la taille de la victime.
- Elle est composée d'une bande élastique et d'un velcro avec système à poulie

Comment

Au préalable, dû aux circonstances traumatiques, une stabilisation du Rachis sera effectuée

La victime est allongée sur le dos :

- Glisser la ceinture sous les genoux de la victime (*dans le creux naturel*)
- Un sauveteur se place en pont au-dessus de la victime, pour **décoller légèrement les fesses de la victime du sol**
-



- Glisser la ceinture sous les fesses, **la centrer au niveau des grands trochanters**
- **Reposer la victime** au sol



- **Ramener les deux extrémités de la ceinture au niveau de la symphyse**, tout en conservant un espace entre les 2 parties
(Cf. photo ci-contre)

Dans certains cas il est possible de couper ou de rabattre à l'intérieur les extrémités pour les adapter à la taille de la victime. Nous privilégions d'éviter de couper, au risque de couper trop court



Mesure pour l'écartement entre les 2 extrémités

- Assurer une **tension appropriée** de la ceinture en utilisant le **dispositif de serrage** prévu à cet effet
- **Sécuriser sa fermeture**, en réalisant un « X »



Noter l'heure de pose

La ceinture doit rester en place et être laissée avec la victime à l'hôpital

Risques

- La ceinture pelvienne ne doit pas être considéré comme un matériel d'immobilisation.
Ce dispositif est uniquement préconisé pour lutter contre le risque d'hémorragie interne au niveau du bassin, et ainsi limiter les conséquences de la Triade Létale
- Le serrage de la ceinture pelvienne ne doit jamais être relâché.
Cela sera effectué, au besoin, sur décision médicale

Efficacités

- La ceinture pelvienne mise en place assure une compression circonférentielle :
 - Elle prend appui sur les côtés, au niveau des grands trochanters
 - En avant, elle passe sur la symphyse pubienne
 - Une fois mise en place, le dispositif de sécurité empêche son relâchement intempestif

