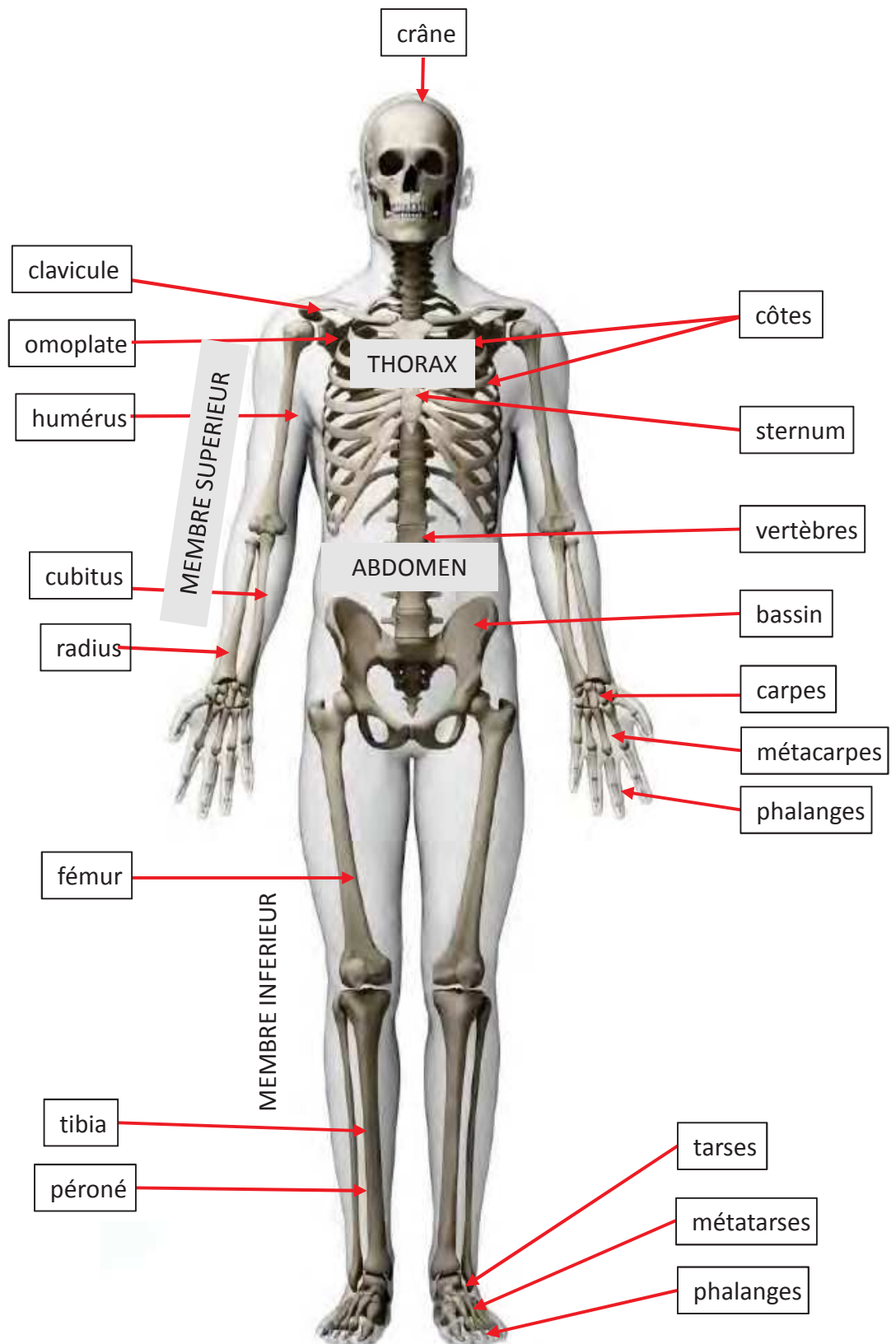


Les traumatismes

Présentation du squelette humain :



Définition :

Un traumatisme est une atteinte des os ou des articulations
Il peut être reconnaissable par la déformation d'un membre, un gonflement inhabituel ou une douleur plus ou moins vive

Causes :

Chute
Mouvement brusque ou forcé
Blessure par arme à feu

Risques et conséquences :



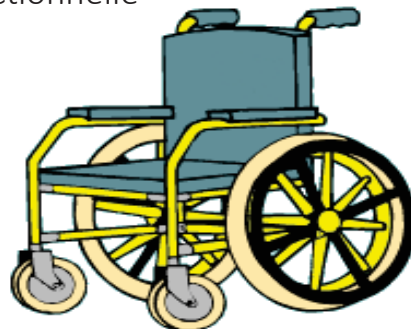
Détresse neurologique
(trauma crânien)

Détresse circulatoire
(compression des vaisseaux,
perforation d'organes)

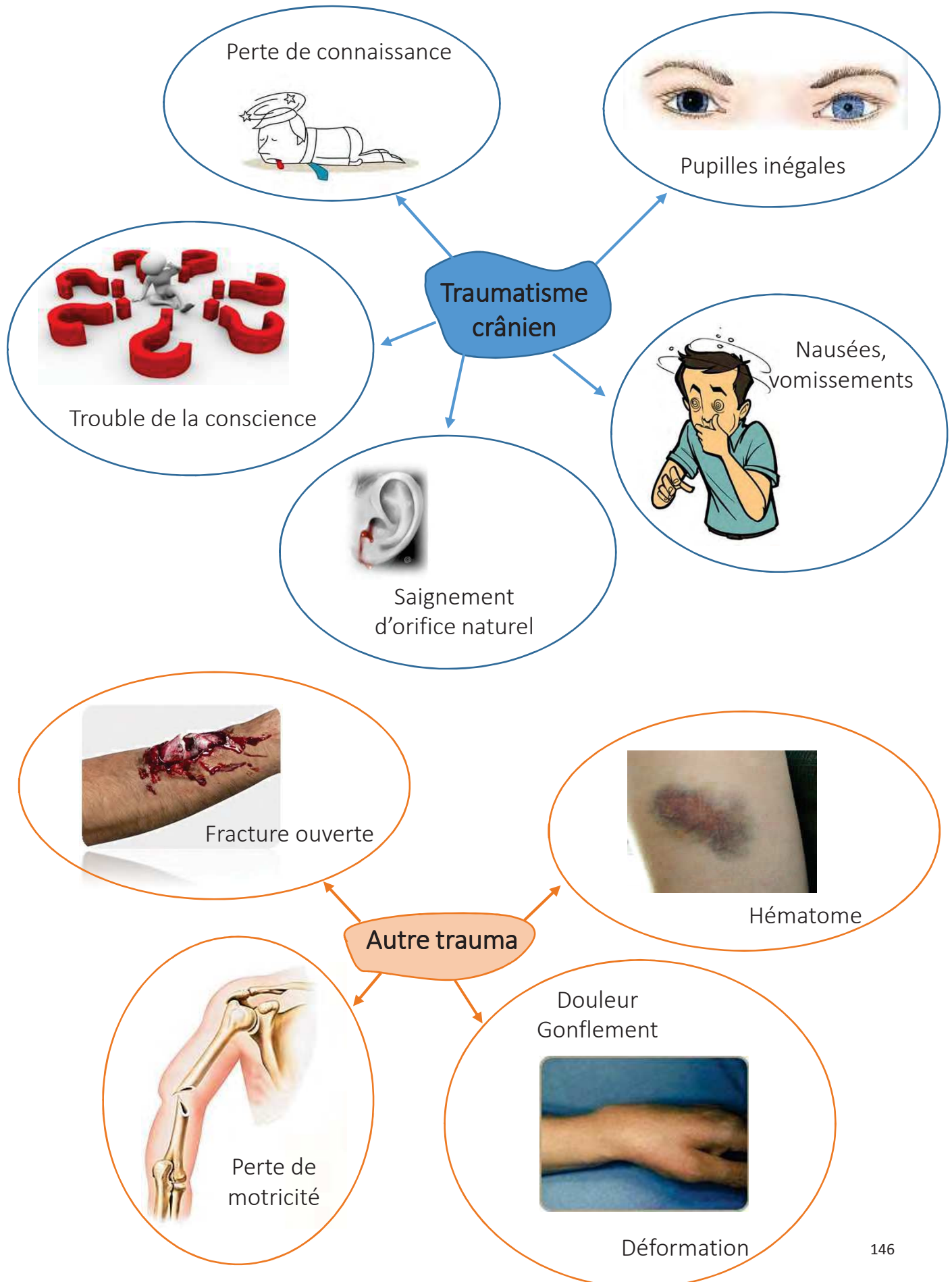


Détresse respiratoire
(trauma du thorax)

Impotence fonctionnelle



Les signes :

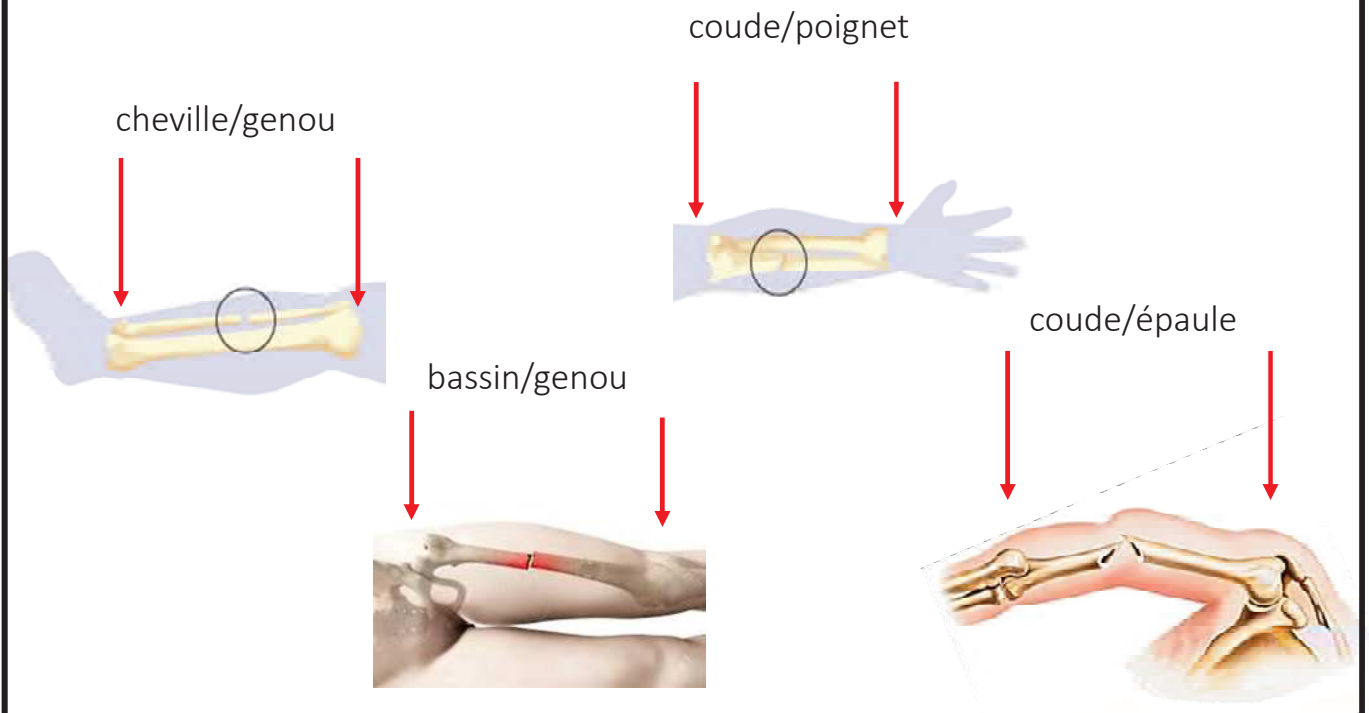


Conduite à tenir : Immobilisation de membre

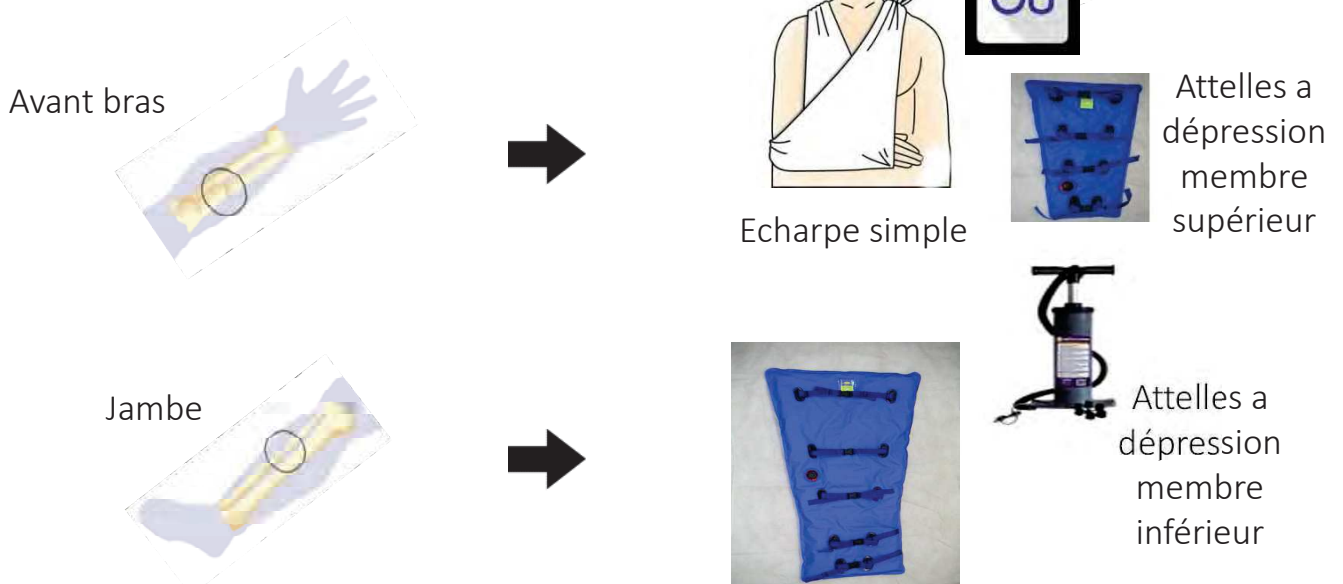
Règle générale

Maintien de la partie traumatisée en amont et en aval du traumatisme au niveau des articulations pour les membres supérieurs et inférieurs

Avec les mains en première intention



Puis avec du matériel adapté



Lors d'un traumatisme léger l'application du froid est possible sous indication du chef d'agrès (glace....)

Conduite à tenir : Immobilisation de membre

Immobilisation bassin/genou



Traumatisme de la cuisse

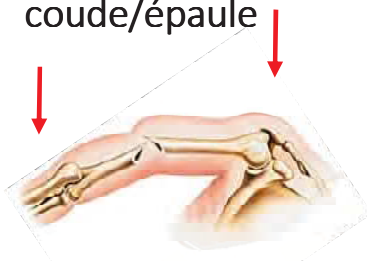


bassin/genou



Matelas d'immobilisation à dépression (MID)

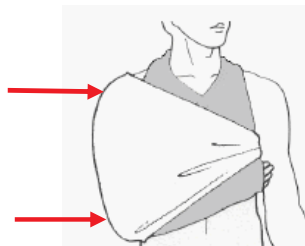
Immobilisation coude/épaule



Traumatisme du bras



épaule/coude



Echarpe +
contre écharpe

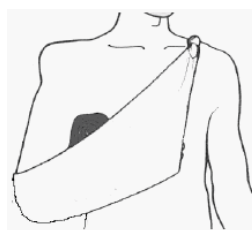


épaule/coude



Matelas d'immobilisation à dépression (MID)

Immobilisation épaule



Echarpe
oblique



Matelas d'immobilisation à dépression (MID)

Le traumatisme du bassin

Définition :

Un traumatisme du bassin est l'ensemble des signes dus à l'atteinte traumatique du bassin avec ou sans plaies

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

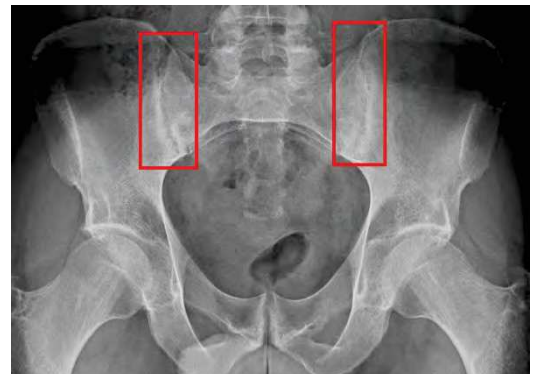
Les traumatismes du bassin sont graves et touchent surtout l'adulte jeune

Causes :

- Traumatisme à haute cinétique (AVP, chute de grande hauteur) avec dans 2 cas sur 3 des lésions associées (thorax, crâne, membres)
- Traumatisme à faible énergie chez la personne âgée

Signes :

- Mécanisme parfois violent et direct au niveau du bassin (écrasement, coup, choc)
- Douleur spontanée au niveau du bassin ou dans la partie basse de l'abdomen
- Douleur à la palpation
- Impossibilité de bouger les membres inférieurs
- Présence d'urine sanglante ou de sang sur les sous-vêtements
- Hématome important au niveau du pubis
- Lésion des organes urogénitaux chez l'homme



Risques et conséquences :

- Perte de sang due aux fractures
- Perforation d'organes internes

Conduite à tenir:

- Limiter toute mobilisation
- Si possible, dénuder le bassin pour vérifier la présence de lésions
- Mettre en place une contention du bassin (**ceinture pelvienne dans les VLM**)
- Victime obligatoirement dans un Matelas Immobilisateur à Dépression (MID)
- Effectuer un bilan
- Surveiller et couvrir



La mortalité des traumatismes du bassin est de l'ordre de 8 à 15%

Le traumatisme du crâne

Définition :

On appelle traumatisme du crâne tout choc reçu sur le crâne

Causes :

Résulte de multiples mécanismes vulnérants de la boîte crânienne:

- Choc direct
- Décélération brutale
- Blessure par un objet pénétrant

Risques et conséquences :

- Lésions cutanées
- Lésions osseuses
- Lésions cérébrales



Signes :

- Perte de connaissance qui persiste
- Troubles de la conscience (somnolence, confusion, agitation anormale)
- Convulsions
- Asymétrie pupillaire nette et fixe
- Céphalées ou douleurs au crâne
- Nausées, vomissements
- Perte de mémoire
- Déficit moteur neurologique
- Plaie, hématome ou déformation au niveau du cuir chevelu
- Hématome « en lunettes » (autour des yeux)
- Otorragie et/ou épistaxis



Conduite à tenir :

- Limiter les risques d'aggravation du traumatisme
- Maintien de tête en position neutre
- Pose de collier cervical
- Bilan complet
- Immobilisation adaptée
- Surveiller, couvrir



Toute chute d'un enfant ou d'un nourrisson d'une hauteur supérieure à sa taille doit faire suspecter un traumatisme crânien

Traumatisme du dos et du cou

Définition :

Il s'agit de lésion à type d'entorse, de fracture, de luxation ou de tassement qui peuvent siéger à n'importe quel niveau de la colonne vertébrale

Les signes :

Les mécanismes suivants doivent faire considérer la victime à hauts risques de lésion du rachis, un collier cervical sera alors posé systématiquement suivie d'une immobilisation du corps entier

Toutes victimes d'une chute :

- Sur la tête d'une hauteur > 1 mètre
- Sur les fesses d'une hauteur > 3 mètres
- Agée de plus de 65 ans
- Présentant des antécédents médicaux sur la colonne vertébrale ou une maladie osseuse (ostéoporose)

Toutes victimes d'un accident dont le(la) :

- Vitesse > 40km/h avec arrêt brutal
- Victime non ceinturée avec déclenchement d'airbag
- Victime éjectée
- Motard au sol
- Piéton renversé

Face à un mécanisme particulier :

- Accident de jet ski, quad, kart...
- Chute de cheval (jockey)

L'immobilisation du corps entier avec pose de collier cervical se fera également si la victime présente une altération de la conscience, une prise d'alcool ou de drogue, **une douleur du dos ou du cou**, un déficit moteur ou sensitif des membres

Conduite à tenir :

Maintenir la tête en position neutre
Retirer le casque de protection (si motard)
Pose d'un collier cervical
Immobilisation du corps entier
Bilan complet
O2 si nécessaire
Surveiller et couvrir



Cas particulier :

La victime agitée non coopérante qui refuse l'immobilisation : Essayer uniquement de lui maintenir la tête

L'enfant dans son siège automobile : Le laisser à l'intérieur (si la coque n'est pas déformée) et parfaire l'immobilisation à l'aide d'un rembourrage

Victime située dans un endroit difficile d'accès : En l'absence d'indication d'immobilisation du corps entier (suspicion du rachis), rechercher la coopération de la victime et lui demander de se dégager (et non de se déplacer) d'elle-même, puis si elle peut de s'allonger sur le brancard

Conduite à tenir : Immobilisation de l'axe tête cou tronc

Maintien au niveau de la tête avec les mains en 1^{ère} intention

En latéro-latéral

Victime casquée



plat dos



plat ventre

Victime non casquée



plat dos



assise



debout

En occipito-frontal



Victime non casquée à plat ventre

Conduite à tenir :

Immobilisation de l'axe tête cou tronc

Avec du matériel adapté



Collier cervical

+

Victime
allongée



OU



Matelas d'immobilisation à dépression (MID) moulé autour de la victime pour restreindre les mouvements de la tête (desserrer le collier cervical une fois conditionné dans le MID)

Victime
assise



A
C
T
Attelle
Cervico
Thoracique

+



Victime
debout



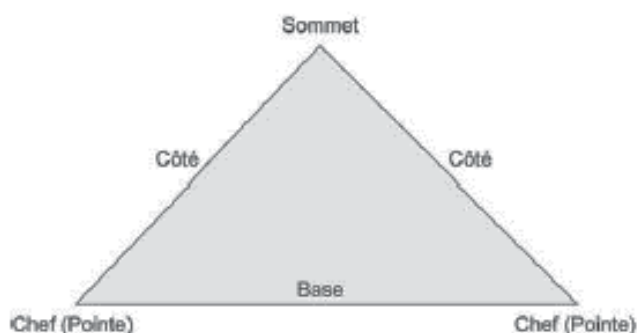
Plan dur + cales de tête
+ sangles araignée



L'écharpe

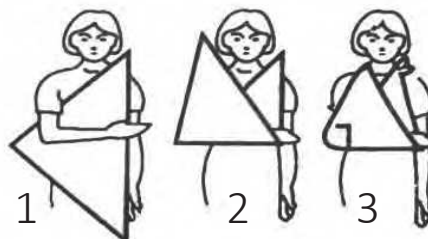
La réalisation d'une immobilisation provisoire doit :
 Eviter toute mobilisation du membre atteint
 Maintenir correctement la zone traumatisée

Présentation de l'écharpe:



Écharpe simple :

Trauma avant bras



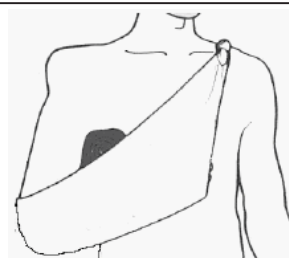
Contre écharpe:

Trauma bras



Écharpe oblique:

Trauma épaule





L'attelle à dépression

La réalisation d'une immobilisation à l'aide d'une attelle à dépression
doit :

Eviter toute mobilisation du membre atteint
Maintenir correctement la zone traumatisée

Présentation du matériel :



Maintien du membre :

Maintenir les 2 articulations



Mise en place de l'attelle :





Le matelas à dépression

La réalisation d'une immobilisation à l'aide du matelas à dépression doit :
Eviter toute mobilisation de la colonne vertébrale ou du membre atteint
Maintenir correctement la zone traumatisée

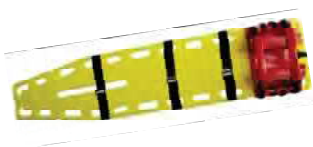
Présentation du matériel :



Position finale dans le MID :

Dans tout les cas retirer le matériel
de relevage avant la mise en
dépression du MID

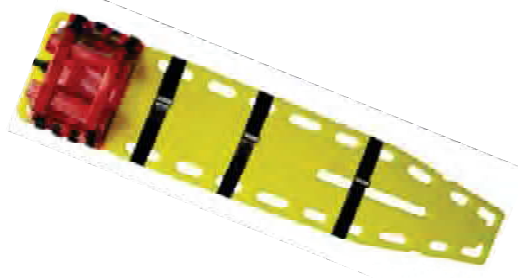




Le plan dur

La réalisation d'une immobilisation du plan dur doit :
Eviter toute mobilisation de la colonne vertébrale
Maintenir correctement la zone traumatisée

Matériel :



Techniques de plan dur :



1. plat dos



3. plat ventre



2. debout

Position finale sur le plan dur :

Dans tout les cas le conditionnement final pour un transport se fera avec les cales de tête + sangles araignée





L'ACT (attelle cervico-thoracique)

La réalisation d'une immobilisation à l'aide de l'ACT doit :
Eviter toute mobilisation de la colonne vertébrale
Maintenir correctement la zone traumatisée

Présentation du matériel :



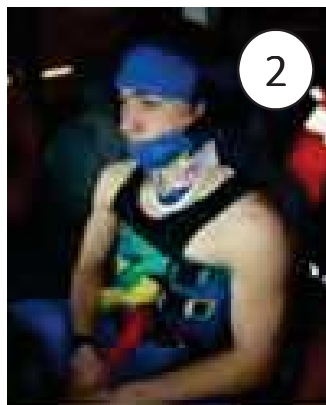
Technique de mise en place de l'ACT :



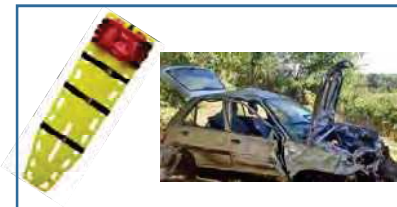
Pose du collier cervical



Conditionnement victime
avec ACT dans MID



Pose de l'ACT

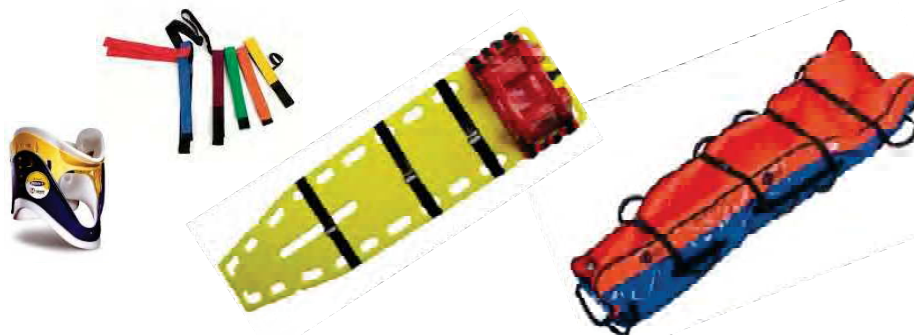


Extraction hors découpe d'un véhicule

Sortie plan dur

La réalisation de cette sortie à 4 secouristes à pour but :
D'extraire une victime d'un véhicule en évitant toute mobilisation de la
colonne vertébrale (respect de l'axe tête, cou, tronc)

Matériel :



Technique d'extraction sur plan dur :



Pose du collier cervical



Sortie plan dur

L'extraction comme le conditionnement d'une victime traumatisée d'un VL ou PL accidenté se réalise au moyen d'une ACT et/ou d'un plan dur, c'est le chef d'agrès qui choisit la méthode d'extraction et de conditionnement



Conditionnement plan dur +
cales de tête +
sangles araignée



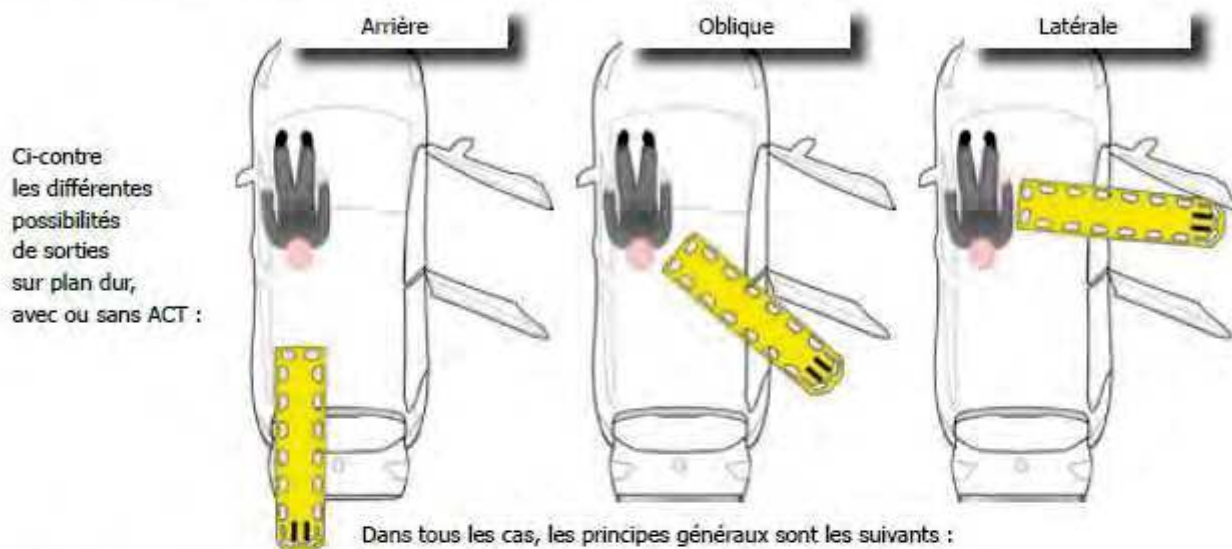
Conditionnement MID, **après un retrait
du plan dur**
avec ou sans ACT



Extraction hors découpe à l'aide du plan dur

Principes généraux

Lors d'un secours routier, l'extraction d'une victime traumatisée d'un VL ou PL accidenté se réalise au moyen d'une ACT et/ou d'un plan dur. Le chef d'agrès VSAV choisit la méthode d'extraction et les matériels à mettre en œuvre en fonction de la position de la victime, de son état, etc....



Respecter l'axe tête/cou/tronc :

Assurer le maintien de la tête en permanence tant que la victime n'est pas équipée de l'ACT ou installée sur le plan dur avec le dispositif d'immobilisation de tête, ou tout simplement conditionnée dans le MID.

Privilégier la sortie par l'arrière du VL.

Mettre en place l'ACT (si possible) avant la mise en œuvre des sorties obliques ou latérales.

Faire preuve d'anticipation :

Libérer le maximum d'espace pour faciliter l'opération (siège, volant, frein à main, appui tête ...)

Préparer le brancard et le MID (si besoin) à proximité du VL.

Replacer judicieusement l'ensemble du matériel qui conditionne la victime, en vue de son extraction.

Chaque action doit être ordonnée et donc coordonnée :

Lors d'une extraction d'un VL à l'aide du plan dur, contrairement à un relevage « traditionnel » où les ordres sont donnés par le secouriste qui est positionné à la tête, le secouriste positionné aux pieds commande la manœuvre puisqu'il a une vue d'ensemble du début à la fin.

Respecter la chronologie :

Sortie arrière	Sortie oblique ou latérale
Mettre la victime sur le plan dur (position allongée) *	Mettre la victime sur le plan dur (position assise) *
Réaligner la victime sur le plan dur**	Faire pivoter la victime (45 ou 90° selon sortie souhaitée)**
Mettre le plan dur à l'horizontal	Allonger la victime sur le plan dur
Dégager la victime du VL	Réaligner la victime sur le plan dur**
	Dégager la victime du VL

* C'est le plan dur qui va à la victime et non l'inverse tant que le bloc fessier n'est pas posé sur celui-ci.

** Si la victime est équipée d'une ACT, utiliser les sangles.

Centre de Formation Départemental des Sapeurs-Pompiers des Bouches du Rhône - Buisson - Conception - Actions pédagogiques -