

Daniel MEYRAN

Les gestes qui sauvent une vie

Nombreux sont ceux qui pensent que ces gestes nécessitent un apprentissage long et complexe. Pourtant, les gestes qui sauvent ne sont pas plus compliqués que de téléphoner pour alerter, appuyer avec la main pour permettre à un cœur de fonctionner artificiellement, arrêter une hémorragie, désobstruer les voies aériennes d'une victime, rouler au sol une victime inconsciente pour éviter qu'elle s'étouffe et arroser avec de l'eau une brûlure pour limiter ses effets.

L'ALERTE

L'alerte, indispensable, consiste à informer un service d'urgence de la présence d'une ou plusieurs victimes affectées par une ou plusieurs détresses. **L'ALERTE** doit être rapide et précise pour diminuer les délais de la réponse apportée. Les services de secours les plus appropriés qui doivent être alertés sont :

- Les SAPEURS-POMPIERS (Tel : 18) pour tout problème de secours, notamment accident, incendie ;

- Le SAMU-centre 15 (Tel : 15) pour tout problème urgent de santé ;

- Le 112 : numéro d'appel unique des urgences sur le territoire Européen.

- Plus rarement et en fonction des circonstances on peut recourir à la POLICE ou la GENDARMERIE (Tel : 17) pour tout problème de sécurité ou d'ordre public.

L'appelant doit indiquer : Le **NUMÉRO DU TÉLÉPHONE** d'où il appelle, décrire succinctement la **NATURE DU PROBLÈME**, préciser s'il existe des **RISQUES** particuliers : incendie, explosion, effondrement, produits chimiques et tout autre danger,

Il indique la **LOCALISATION** très précise de l'événement. Il précise le **NOMBRE** de personnes concernées, et l'état apparent de la victime prit en charge.

L'opérateur des secours peut donner des conseils et/ou des instructions pour aider le sauveteur à réaliser des gestes d'urgence dans l'attente de l'arrivée d'une ambulance et/ou d'un médecin.

LA DÉSOBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES

Confronté à une obstruction totale des voies aériennes le premier témoin peu modifier considérablement le devenir de la victime s'il réalise instantanément une désobstruction des voies aériennes.

La détresse est ici facilement identifiable. La victime est le plus souvent en train de manger ou, s'il s'agit d'un enfant, en train de jouer avec un objet porté à sa bouche. Elle porte les mains à sa gorge (fig. 1), ne peut plus parler (adulte) ou crier (enfant), ne tousse pas et ne peut respirer ou respire très difficilement. Sans action immédiate, la victime perd connais-



Figure 1 : L'obstruction des voies aériennes



Figure 2 : Les claques dans le dos (adulte)



Daniel MEYRAN

sance. Afin de déloger le corps étranger qui obstrue les voies aériennes, il faut donner 5 claques vigoureuses dans le dos de la victime entre les deux omoplates avec le plat d'une main ouverte après l'avoir penché en avant s'il s'agit d'un adulte (fig. 2) ou basculé au-dessus de son genou s'il s'agit d'un enfant (fig. 3). En



Figure 3 : Les claques dans le dos (enfant)

cas d'inefficacité des claques dans le dos, la réalisation de 5 compressions abdominales selon la méthode décrite par HEIMLICH peut venir à bout de cette obstruction (fig. 4). Ces compressions abdominales sont réalisées en



Figure 4 : Les compressions abdominales - technique de HEIMLICH (adulte)

se plaçant derrière la victime, en passant les bras sous les siens, puis en positionnant le poing d'une main recouvert par l'autre au dessus du nombril et en dessous du sternum. Une traction brutale vers l'arrière et vers le haut permet de comprimer l'air

contenu dans les poumons de la victime et d'expulser le corps étranger hors des voies aériennes par un effet de « piston ». Chez le nourrisson, les compressions abdominales sont remplacées par des compressions thoraciques réalisées à l'aide de deux doigts placés au centre du sternum alors que le nourrisson repose sur les genoux de l'opérateur (fig. 5). Le



Figure 5 : Les compressions thoraciques chez le nourrisson

rejet du corps étranger, l'apparition de toux et la reprise d'une respiration normale signent l'efficacité de ces techniques. En cas de perte de connaissance, la mise en œuvre de compressions thoraciques doit être immédiate (voir ci-dessous).

LA POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Découverte et laissée sur le dos, toute victime inconsciente a sa respiration menacée à très brève échéance. La position latérale de sécurité a pour objectif de maintenir ouvertes les voies aériennes d'une victime inconsciente qui respire.

Devant une victime inconsciente, il est essentiel de vérifier si sa respiration est maintenue. S'il n'existe pas de mouvements respiratoires, l'urgence est de vérifier l'ouverture des voies aériennes qui peuvent être naturellement obstruée par la langue si la victime est allongée sur le dos. Pour cela il convient de basculer doucement la tête de la victime en arrière à l'aide d'une paume de main placée sur le front de la victime et d'élever la mandibule avec les deux doigts de l'autre main placés en crochet sous l'os du menton. La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton entraînent un décollement de la langue du fond de la gorge, permettant ainsi à l'air de passer sans obstacle (fig. 6). En se penchant sur la victime, l'oreille

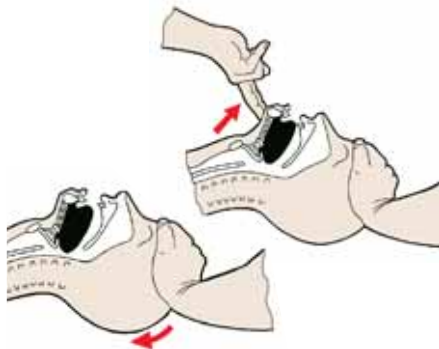


Figure 6 : La bascule de la tête en arrière et l'élévation du menton

et la joue au-dessus de sa bouche et de son nez, il est possible de percevoir avec la joue le flux d'air expiré par le nez et la bouche, avec l'oreille les bruits normaux ou anormaux de la respiration et avec les yeux le soulèvement du ventre et/ou de la poitrine de la victime. Même si les voies aériennes sont libérées de l'obstacle de la langue et que la respiration est toujours présente, une victime restée sur le dos peut s'encombrer par l'écoulement dans les voies respiratoires des liquides présents dans la gorge (salive, sang, liquide gastrique). Cette aggravation peut être limitée si la victime est installée sur le coté, bouche ouverte tournée vers le sol ; c'est la position latérale de sécurité (fig. 7). Cette position est obtenue en faisant rouler la victime sur le sol après avoir écarté le bras du coté du retournement, en utilisant la jambe pliée du coté opposé au retournement comme bras de levier et en accompagnant la



Figure 7 : La position latérale de sécurité

tête de la victime lors de la rotation. Une fois sur le coté, la position de la victime est stabilisée en ajustant la jambe située au-dessus de telle sorte que la hanche et le genou soient à angle droit. Le retournement de la victime sur le coté doit limiter au maximum les mouvements de la colonne cervicale. Une fois sur le coté la victime doit être stable et se trouver dans une position la plus latérale possible la bouche ouverte tournée légèrement vers le sol pour permettre l'écoulement des liquides vers l'extérieur.

Le danger de détresse respiratoire et la mise en PLS de toute victime inconsciente qui respire encore prime sur l'éventualité de l'aggravation d'une lésion traumatique lors de cette mise en place.

LES COMPRESSIIONS THORACIQUES

(Massage cardiaque externe)

Les compressions thoraciques constituent le geste essentiel à réaliser devant une victime en arrêt cardiaque, en l'absence de matériel et particulièrement de défibrillateur automatisé externe. Elles ont pour but de maintenir un apport d'oxygène au cerveau en rétablissant une circulation sanguine artificielle.

Elles sont réalisées devant toutes victimes qui ne présentent aucun signe de vie. Cette absence de signe de vie se caractérise par : l'inconscience : la victime est inerte, ne répond pas à un ordre simple et ne réagit pas à la stimulation ; l'absence de respiration normale c'est à dire l'absence de respiration ou la présence de mouvements respiratoires agoniques (*gasps*).

L'absence de pouls n'est pas indispensable pour reconnaître un arrêt cardiaque. Seul le

personnel habitué à la prise du pouls carotidien peut le rechercher pour certifier l'arrêt cardiaque. En cas de doute, il est toujours recommandé de débiter les compressions thoraciques immédiatement.

La réalisation des compressions thoraciques n'est pas un geste particulièrement compliqué et peut même être expliqué à distance par les secours ou le médecin régulateur lorsqu'il reçoit l'appel (*cf article du King County dans ce numéro*).

La victime doit être allongée sur un plan dur, le sol. Après avoir dénudé sommairement la victime, le sauveteur positionné à genou sur son coté doit placer le talon d'une main au centre de la poitrine de la victime, sur la ligne médiane. L'autre main est positionnée au-dessus de la première tout en veillant à bien relever les doigts sans les laisser au contact du thorax (fig. 8). Le thorax doit être comprimé



Figure 8 et 9 : Les compressions thoraciques (massage cardiaque externe)

verticalement de 4 à 5 cm chez l'adulte et du tiers de l'épaisseur du thorax chez l'enfant. La fréquence des compressions thoracique doit être de 100 par minute environ. Entre chaque compression le thorax doit reprendre sa dimension initiale afin de permettre au cœur de bien se remplir de sang. Il est donc essentiel que le thorax soit relâché complètement (*le talon de la main qui comprime se décolle très légèrement du thorax*).

LA COMPRESSION DIRECTE D'UNE PLAIE QUI SAIGNE

La compression directe d'une plaie qui saigne arrête la grande majorité des hémorragies externes particulièrement celles qui touchent les gros vaisseaux des membres.

Afin d'éviter un contact direct avec le sang de la victime, le sauveteur prendra quelques secondes pour rechercher un moyen de protec-

tion. Si des gants ne sont habituellement pas disponibles au moment voulu, un sac plastique ou un linge plié en plusieurs épaisseurs feront l'affaire (fig. 9). La compression manuelle peut être remplacée par un tampon de tissu ou de papier, maintenu en place par un lien large. Le lien doit être suffisamment serré, pour garder une pression suffisante (fig. 10).

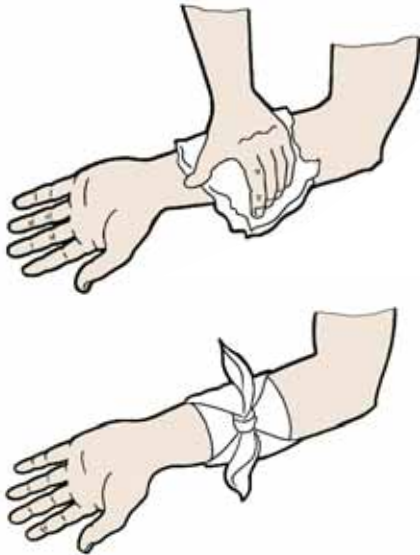


Figure 10 : La compression d'une plaie qui saigne

Parallèlement à la compression, la victime est allongée en position horizontale afin de retarder ou empêcher l'installation d'une détresse liée à la perte importante de sang. Dans de très rares cas, la compression directe sur la plaie est rendue impossible du fait de la présence d'un corps étranger. Il faut en aucun cas le retirer. Si le saignement est important, la compression de part et d'autre de l'objet en rapprochant les berges de la plaie permet d'arrêter ce saignement (fig. 11).



Figure 11 : La compression de part et d'autre d'un corps étranger

L'ARROSAGE D'UNE BRÛLURE

Quelle que soit l'étendue d'une brûlure, l'arrosage immédiat de la zone brûlée est le premier geste de secours à réaliser. Il a pour but de refroidir la zone brûlée afin de diminuer l'extension de la brûlure, limiter ses conséquences et soulager la douleur.

L'arrosage d'une brûlure peut être fait par la victime elle-même. Il est réalisé avec de l'eau, par exemple de l'eau froide du robinet, en laissant couler l'eau sans pression sur la brûlure. S'il s'agit d'une brûlure simple, l'arrosage peut être poursuivi jusqu'à disparition de la douleur. S'il s'agit d'une brûlure grave, l'arrosage sera réalisé uniquement sur la zone brûlée, pendant une dizaine de minutes seulement. Parallèlement à cet arrosage, les secours doivent être prévenus. Si la brûlure est très étendue, la victime sera allongée sur la région



Figure 12 : Arrosage d'une brûlure.

non brûlée dans la position où elle se sent le mieux, si possible sur un drap propre.

CONCLUSION

Ces gestes, qui ont prouvé leur efficacité, ne nécessitent pas de matériel, ne nécessitent pas non plus de compétence très particulière, ni d'apprentissage compliqué. Ils doivent pouvoir être pratiqués par tous.



Dr Daniel MEYRAN
Bataillon de Marins Pompiers de Marseille
Courriel : meyrand@club-internet.fr

Brûlure simple	Brûlure grave
Rougeur de la peau. Cloque < à la moitié de la paume de la main de la victime.	Cloque unique (ou multiples) > à la moitié de la paume de la main de la victime ; Aspect noirâtre de la partie brûlée. Localisations particulières : visage, mains, voisinage des orifices naturels ou articulations. Rougeur étendue de la peau chez l'enfant.

C'était HIER

LE « PULMOVENTILATEUR » DU PROFESSEUR HEDERER...

L'appareil est constitué d'un châssis métallique évidé et incliné à 30° sur lequel la victime est étendue à plat ventre, le front reposant sur un support réglable permettant d'obtenir une extension de la nuque accompagnée d'une chute de la langue en avant. La compression est réalisée par une sangle coulissante et extensible qui ceinture la base du thorax. Le dispositif de chaînettes fixé à la barre transversale du levier de manœuvre provoque l'élévation



des bras à l'inspiration (méthode de Nielsen). Le « Pulmoventilateur » permet de faire basculer la victime, tête et thorax surélevés s'il s'agit d'un « asphyxié » (type bleu) ou, tête en bas et thorax incliné en avant, s'il s'agit d'un « syncopé » (type pâle)... ■

L'APPAREIL VENTILATOIRE DU DOCTEUR COT

Dessiné à « automatiser » la ventilation artificielle, l'appareil fonctionne grâce à deux parties mobiles qui maintiennent les deux côtés de la cage thoracique dans une sorte d'étau élastique et qui provoquent la compression du thorax. Les parties mobiles sont articulées de telle sorte qu'elles s'adaptent aux diverses tailles et conformations thoraciques. Un plateau convexe et également mobile vient prendre appui sur la région médiane de l'abdomen. Il est destiné à refouler les viscères abdominaux dans la cage thoracique. La victime doit être placée allongée sur le ventre de



telle sorte que son ombilic arrive approximativement au milieu de la plaque mobile et que son front prenne appui sur un repose-tête. Un levier de commande, situé sur le côté, actionne, par un mouvement de va-et-vient, le double mécanisme réalisant l'expiration forcée. ■

© J. Bertrand, DDSC.