Rescue18 vous propose de nous pencher sur les immobilisations. Pendant de nombreuses années, nous avons reçu l'enseignement d'immobiliser systématiquement les victimes suspectes d'un traumatisme du rachis ou du dos. Aujourd'hui, les recommandations évoluent et les personnels en intervention se retrouvent à se questionner sur les lieux d'intervention : *« Dois-je mettre un collier ? », « Dois-je immobiliser entièrement la victime ? »*.

Les objectifs de l'immobilisation

Afin d'entamer ce chapitre sur l'immobilisation, il est important que chacun d'entre nous gardions à l'esprit que nos actions ont pour but de **ne pas aggraver une lésion et/ou l'état de la victime**. Une immobilisation a pour but de limiter les mouvements d'un membre traumatisée donc limiter la douleur, mais également éviter l'apparition de complications :

- Neurologique : Compression nerveuses pouvant entrainer un déficit sensitif et/ou moteur. Dans les cas les plus grave, un atteinte de la moëlle épinière,
- Vasculaire : Compressions au niveau des artères et des veines.

Stabiliser ou immobiliser ?

Dans un premier temps, il nous semblait intéressant de définir les termes qui sont utilisés dans le cadre de nos interventions. Les recommandations en premiers secours en précise trois qui sont :

- **La stabilisation du rachis :** Maintien en position neutre soit par l'action d'un secouriste qui effectue un maintien tête à deux mains ou bien en demandant à la victime de ne pas bouger la tête,
- **La restriction des mouvements du rachis :** Limiter ou réduire les mouvements du rachis cervical,
- **L'immobilisation de la colonne vertébrale :** Procédé qui permet de limiter tous les mouvements de la colonne en utilisant plusieurs moyens (les blocs tête, le collier cervical, le plan dur associé aux sangles, le matelas immobilisateur à dépression).

Stabiliser le rachis

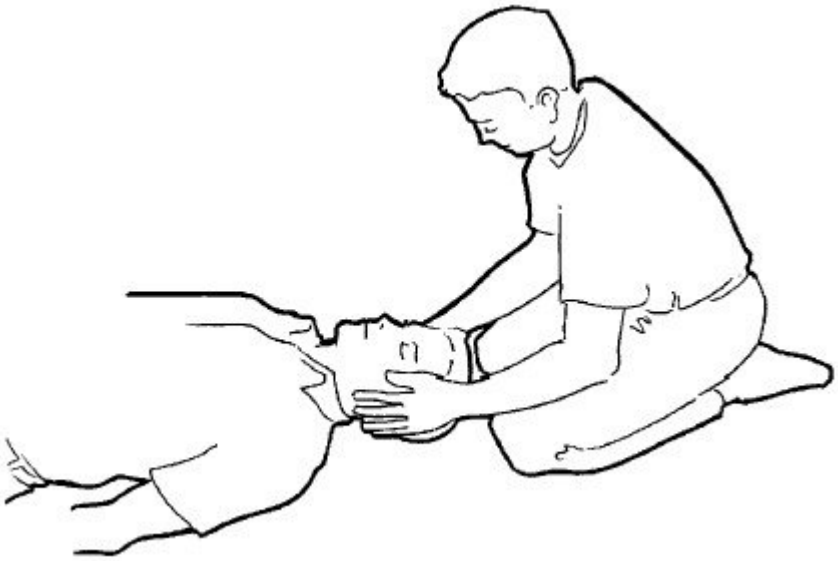
Pourquoi ?

Avant de mettre en œuvre un geste de secours, il est important de comprendre l'intérêt de celui-ci pour la victime. La stabilisation du rachis cervical intervient durant le bilan primaire en A (A pour Airways ou Voies aériennes). Une lésion du rachis cervical sur les vertèbres C1 (ou Atlas) et C2 (Axis) entraine un détresse respiratoire qui conduit rapidement vers le décès de la victime. La stabilisation du rachis permet de libérer les voies aériennes.

Elle peut s'obtenir de plusieurs façons qui peuvent être une simple demande à la victime de ne pas bouger la tête jusqu'à la réalisation d'un maintien tête.

Comment ?

Victime allongée sur le dos : Le secouriste est à genoux dans l'axe de la tête et le maintien à deux mains de chaque côté (latéro-latéral),



Victime assise ou debout : Se placer devant et derrière et maintenir la tête en prise latéro-latéral,

Restreindre les mouvements

La restriction des mouvements peut être obtenue par de multiples façon. Grâce à la mise en place de blocs de têtes de part et d'autre de la tête, la mise en place d'un collier cervical ou d'une attelle cervicale. Elle permet de garantir la stabilisation du rachis à la demande d'un médecin, lors d'un relevage difficile ou de la mise en place d'un moyen de transfert tel qu'une attelle cervico-thoracique.

Le collier cervical peut-être indiqué aussi bien chez une victime adulte ou enfant suspecte d'un traumatisme du dos et du cou dans le cas où la stabilisation du rachis par une méthode manuelle s'annoncerait difficile ou aléatoire. Ce qui pourrait par exemple être le cas lors d'une extraction sur accident de la voie publique.



colliers cervicaux sober en 2 parties

Quelques règles :

- Il doit être adapté à la taille de la victime,
- Être positionné correctement et être desserré un fois l'immobilisation sur un MID réalisée. Il sera nécessaire de le resserrer dès qu'une nouvelle mobilisation sera nécessaire.

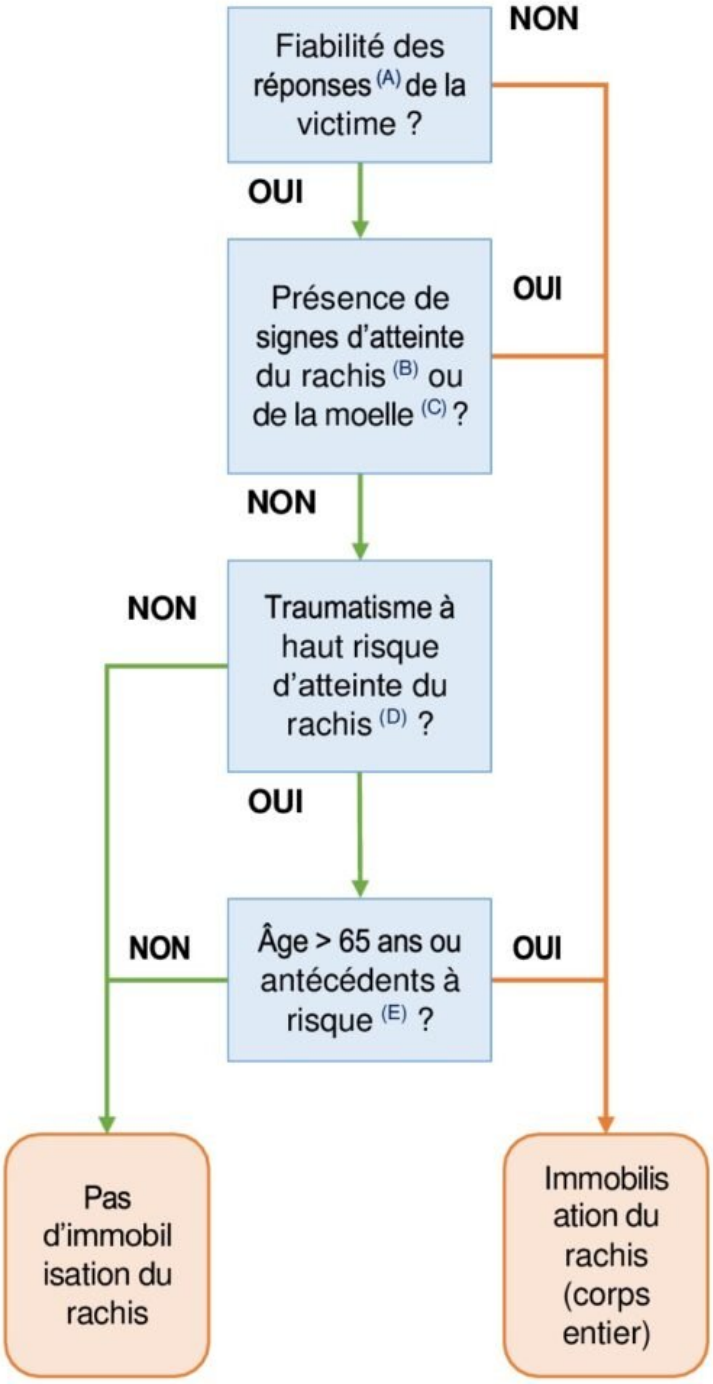
Il existe des contres-indications pour l'utiliser :

- S'il y a une possible obstruction des voies aériennes,
- S'il existe une déformation trop importante du rachis cervical.

Immobiliser le rachis

L'immobilisation corps entier a pour objectif d'empêcher tout mouvement de la colonne vertébrale en respectant l'alignement **tête – cou – tronc** et de ce fait limiter l'apparition ou l'aggravation d'une éventuelle lésion au cours de la mobilisation ou du transport de la victime. L'objectif de cette étape étant de garantir une stabilisation du rachis cervical efficace durant le transport vers une structure hospitalière.

Les intervenants peuvent donc s'appuyer sur l'arbre décisionnel ci-dessous, pour les guider vers une immobilisation du corps entier lorsque celle-ci est nécessaire.



Arbre décisionnel immobilisation – Recommandations PSE

Fiabilité des réponses : Le secouriste doit rechercher la présence d'une altération du niveau de conscience, l'influence d'alcool ou de drogues, la présence de nombreuses lésions qui empêchent d'identifier les signes d'atteinte du rachis ou du dos.

Présence d'une atteinte du rachis ou de la moelle : On recherchera la présence d'une douleur du rachis, la perte ou la diminution de la force motrice ainsi que la sensibilité aux membres supérieurs et inférieurs, la présence de paresthésies (trouble du sens du toucher dont la particularité est d'être désagréables mais non douloureux comme : les fourmillements, les picotements, les engourdissements).

Traumatisme à haut risque d'atteinte du rachis :

- Chute sur la tête > 1 m ou sur les fesses > 3 m,
- Absence du port de la ceinture de sécurité (et déclenchement des airbags),
- Retournement d'un véhicule,
- Passager d'un véhicule accidenté à grande vitesse (vitesse > 40 km/h avec arrêt brutal sur un obstacle ou sur une courte distance < 10 m,
- Victime éjecté,
- Accident de véhicule à moteur de loisir ou de deux roues,
- Piéton renversé,
- Chute de cheval (jockey).

L'âge de la victime (> 65 ans) et/ou la présence d'antécédents à risque (chirurgie, fracture antérieure de la colonne vertébrale ou maladie osseuse). La présence d'une ou de ces deux notions associé à un traumatisme haut risque justifie une immobilisation.

Comment faire ?

Afin d'obtenir une immobilisation la plus efficace possible, l'équipage en charge de la prise en charge de la victime devra prioriser un matelas immobilisateur à dépression (MID) auquel il sera envisageable d'associer les blocs de tête pour compléter la restriction des mouvements du rachis.

Pour effectuer le transfert vers le matelas immobilisateur lorsque la victime est allongée sur le sol, il est préférable d'utiliser un brancard cuillère avant de mettre en œuvre une technique de relevage à quatre voire trois secouristes. Dans le cas où la victime serait située dans un endroit difficile d'accès (endroit exigu ou véhicule

accidenté), le recours au plan dur ou à une attelle cervico-thoracique sera nécessaire pour assurer l'extraction.

Exceptionnellement, le plan dur muni du dispositif blocs tête pourra être utilisé en l'absence de MID ou de personnels pour assurer le transfert du plan dur sur le MID.

En l'absence d'indication d'immobilisation du corps entier, il faudra rechercher la coopération de la victime pour qu'elle se dégage d'elle-même et qu'elle s'allonge sur le brancard.

> Le brancard « cuillère » en SUAP, une nouveauté ?

Pour conclure…

L'immobilisation du dos et du cou reste un élément essentiel dans la prise en charge des victimes lors de nos interventions. Les outils et les méthodes évoluent mais la formation permet de choisir la meilleure technique à mettre en place au bon moment, avec un soucis constant sur le confort, la sécurité et l'efficacité pour la victime.

Le chef d'agrès devra donc réaliser un bilan circonstanciel le plus complet possible pour pouvoir répondre aux différentes problématiques qui pourront se présenter à lui.



Author: Yoan DAVANT