

SECOURISME AU COMBAT



Mise à l'abri

Extraction sous le feu de l'ennemi d'un blessé en zone dangereuse.

Rappels de PSC1 suivants :

- Traction par les chevilles
- Traction par les poignets

Lorsque le groupe est pris à partie et qu'un homme est blessé, celui qui s'en aperçoit crie « homme à terre » et le groupe riposte immédiatement par les armes. Le blessé doit être amené le plus tôt possible à l'abri pour lui prodiguer les gestes de survie adaptés à son état.

Pendant la mise à l'abri, le reste du groupe couvre la manoeuvre et adopte ensuite une défense tous azimuts autour du blessé.

Plusieurs méthodes de mise à l'abri sont possibles selon le contexte et l'accessibilité du blessé :

- En effectuant une traction par les chevilles
- En effectuant une traction par les poignets
- En effectuant une traction par l'équipement, à un ou à deux sauveteurs.

C'est la méthode de traction par l'équipement à deux sauveteurs qui doit être privilégiée car c'est la plus efficace : étant la plus rapide, c'est celle qui met le moins en péril la vie des sauveteurs.

Il faut éviter de porter le blessé car c'est très difficile et peu rapide. Selon le contexte, le seul geste de survie qui peut être réalisé sous le feu est l'arrêt d'une hémorragie par la pose d'un garrot. Les autres gestes de sauvetage ne sont pas faits sous le feu.



Traction par l'équipement à deux



Traction par l'équipement seul

Trousse individuelle du combattant (TIC)

C'est un équipement individuel approvisionné par le service de santé des armées qui est en dotation depuis fin 2008 et est orienté vers le traitement des blessures de guerre.

La TIC 08 se compose de :

- Une trousse individuelle de couleur noire pouvant se fixer sur le sac à dos ou sur le gilet de combat avec des clips
- Un garrot tourniquet de type SOF Tactical tourniquet qu'il est recommandé de fixer sur le gilet de combat
- Un pansement compressif d'urgence type israélien
- Des dosettes de 10 ml de Chlorhexidine
- Un sachet de 5 compresses de gaze
- Pansements individuels de type URGO
- Un rouleau de ruban adhésif microporeux
- Une syrette de morphine auto injectable

Il convient d'y rajouter :

- 2 paires de gants à usage unique pour la protection du sauveteur. Vous n'aurez pas le temps de les mettre sous le feu mais quand le blessé sera mis à l'abri.
- Une couverture de survie qui servira à couvrir le blessé une fois les gestes de sauvetage effectués.
- Un marqueur permanent pour l'inscription « T » ou « M » sur le front du blessé.

La trousse individuelle du combattant (TIC)



Le contenant



TIC 08 bis



Garrot tactique



Pansement hémostatique d'urgence

Hémorragie

Une hémorragie est une effusion de sang due à la rupture de vaisseaux sanguins. Celle-ci peut entraîner la mort dans de brefs délais. L'arrêt des hémorragies sur le terrain peut éviter plus de 50% des pertes précoces.

Un garrot est un lien non élastique qui va interrompre totalement la circulation sanguine au niveau d'un membre en comprimant les vaisseaux contre l'os sous-jacent. Il se pose au niveau de la cuisse ou du bras (racine des membres). Le garrot est le moyen le plus rapide et le plus efficace pour stopper une hémorragie.

Il convient de procéder dans l'ordre suivant :

1) Poser le garrot : Monter le garrot au dessus de l'hémorragie, sur la racine du membre. Serrer la bande de tissu, tourner la barre métallique (tourniquet) jusqu'à l'arrêt de l'hémorragie. La bloquer dans un des petits triangles métalliques et serrer la molette pour éviter qu'un choc ne desserre brutalement le garrot (fig 1)



(Fig.1)

2) Mettre le blessé à l'abri, si cela n'a pas encore été fait

3) Une fois posé, noter sur le front du blessé avec un marqueur permanent la lettre « T » correspondant à « tourniquet » qui signifie « garrot » en anglais, ainsi que l'heure de la pose.

Si l'on évacue sous le feu un blessé qui présente une perte sanguine importante, il risque de se vider de son sang, et une fois mis à l'abri, il sera mort.

La pose d'un garrot est le seul geste de sauvetage pouvant être effectué sous le feu, en particulier par le blessé lui-même s'il en est capable. Dans tous les cas, c'est la situation du terrain qui prime et la pose du garrot ne doit pas mettre la vie du sauveteur en péril.

Certaines localisations ne permettent pas de poser le garrot (cou, thorax, abdomen, racine de membre). Dans ce cas, une compression manuelle doit être effectuée et maintenue et on peut utiliser le pansement compressif comme **tampon relais**.

En savoir plus :

Le pansement compressif d'urgence de type israélien

Le combattant peut l'utiliser pour effectuer une compression locale sur une hémorragie non accessible au garrot. Son utilisation comme pansement compressif est du ressort des personnels du service de santé (auxiliaire sanitaire, SC2...).

Garrot de fortune

Il peut être effectué grâce à un morceau de tissu plié de manière à former une bande de 4 cm de large. Passer cette bande sous le segment de membre au dessus de l'hémorragie et effectuer un premier nœud simple. Poser une tige de bois suffisamment solide au dessus et effectuer 2 nœuds simples pour la fixer. Tourner la pièce de bois de manière à serrer le garrot de fortune, fixer une de ses extrémités dans un des plis du garrot ou la faire tenir en la fixant à l'aide d'un lacet.

Une fois posé, noter sur le front du blessé avec un marqueur permanent la lettre « T » correspondant à « tourniquet » qui signifie « garrot » en anglais, ainsi que l'heure de la pose.

Une fois posé, un garrot de fortune ne doit pas être desserré car on n'est pas sûr de pouvoir le resserrer de manière efficace en cas de besoin.



Garrot de fortune



Marquage « T »

Pansement hémostatique type QUIKLOT ACS+ (fig.1)

C'est un pansement qui contient des granules qui vont concentrer les facteurs de coagulation pour stopper une hémorragie. Il ressemble à un sachet (fig.2) que l'on va disposer dans la plaie hémorragique (fig.3) en maintenant appuyé pendant 3 à 5 minutes (fig.4). Il est formé de 4 compartiments, ce qui permet d'adapter sa taille à celle de la plaie.

Il dégage de la chaleur au contact du sang. On va ensuite le maintenir en place par un pansement individuel ou compressif (fig.5).



Fig.1



Fig.2



Fig.3



Fig.4



Fig.5

INCONSCIENCE

Déséquiper un blessé de manière adaptée et effectuer les gestes de secours indispensables à la survie en cas d'inconscient

Effectuer les rappels PSC1 suivants :

- Libération des voies aériennes (LVA)
- Position latérale de sécurité (PLS)

Déséquiper

Retrait du casque

Le casque empêche l'accès aux voies aériennes supérieures. Le retrait du casque doit se faire en respectant l'axe tête cou tronc. Il doit s'effectuer doucement et donc se faire à l'abri de la zone dangereuse. Au préalable, les lunettes de protection sont retirées.

Détacher la jugulaire (fig.1). Se placer dans l'axe de la tête du blessé, suffisamment éloigné pour pouvoir retirer le casque sans avoir à se reculer (fig.2). Placer une main sous la nuque du blessé, prendre avec l'autre main le casque au niveau du front du blessé, tirer doucement jusqu'au retrait du casque qui est effectué avec le moins d'à-coups possible (fig.3 et fig.4).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



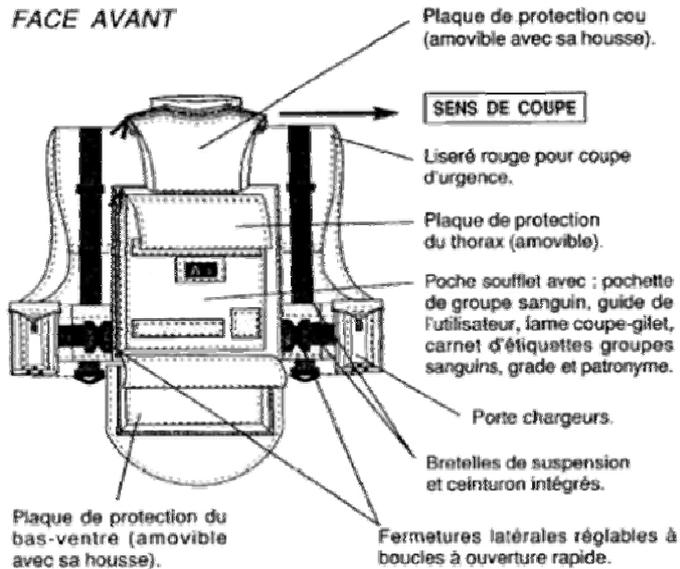
Fig. 4

Retrait du gilet

Couper le gilet avec le cutter suivant la ligne rouge se trouvant sur l'épaule gauche.

Enlever les « velcro » des flancs latéraux et les boucles à ouverture rapide, puis rabattre la partie antérieure du gilet (illustrations page suivante).

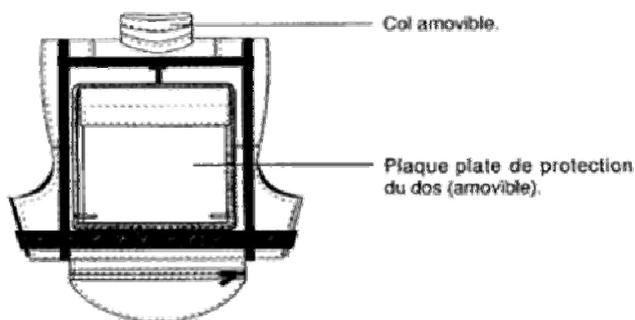
FACE AVANT



DISPOSITIF D'URGENCE COUPE-GILET

En cas de nécessité
et
AVANT d'INSTALLER le BLESSÉ
en **POSITION LATÉRALE de SÉCURITÉ**
dégager le gilet
en le sectionnant au niveau
du repère rouge placé sur l'épaule gauche.

FACE ARRIÈRE



A cet effet, utiliser la lame coupe-gilet placée dans la poche poitrine du devant.





Découpage de la tenue

Une fois la mise à l'abri effectuée, et afin de pouvoir examiner le blessé, il convient de découper la tenue de combat.

Le découpage de la tenue doit s'effectuer à côté du point de blessure et non pas directement au point de blessure ou d'impact pour éviter de l'aggraver.



Découpage de la tenue

Blessé inconscient

Le blessé inconscient qui respire :

Lorsqu'une victime est inconsciente, la perte du tonus musculaire, en particulier au niveau de la langue, entraîne le relâchement de celle-ci, et l'obstruction des voies aériennes supérieures, ce qui peut provoquer l'étouffement du blessé.

Pour maintenir ouvertes les voies aériennes supérieures, il faut basculer prudemment la tête en arrière. Ensuite, il faut mettre le blessé sur le côté en position latérale de sécurité (PLS).



Position latérale de sécurité

Il ne faut pas effectuer de réanimation cardio pulmonaire (RCP) sous le feu car cela met en péril la vie du sauveteur. Une fois le blessé mis à l'abri, il est possible de réaliser une minute de RCP. Devant l'absence de reprise de la respiration, il convient de ne pas continuer la RCP, car malheureusement, même à l'abri, un arrêt cardiaque lié à des blessures qui saignent n'a pratiquement aucune chance d'être récupéré malgré des manœuvres de RCP adaptées.

Plaie soufflante du thorax

Une plaie soufflante est une plaie ayant perforé la cage thoracique et le poumon et par laquelle de l'air s'échappe. Il peut également y avoir un écoulement de liquide par l'orifice.

Une plaie soufflante s'entend et parfois se voit. L'air entre et sort du thorax par l'orifice, au rythme de la respiration. L'air va s'accumuler entre le poumon et son enveloppe. Cela va empêcher le poumon de fonctionner normalement et entraîner une détresse respiratoire.



Plaie soufflante du thorax



Pansement 3 côtés

Respecter la position spontanée de meilleur confort respiratoire du blessé comme la position demi-assise ou assise. Ne jamais allonger le blessé à plat dos.

Il faut mettre en place un pansement simple non occlusif, type pansement trois côtés, qui est réalisé avec la partie plastique transparente du sachet de compresses, placée sur la plaie, en laissant ouvert le 4ème côté, qui doit correspondre à la partie déclive du blessé pour permettre l'écoulement liquidien (sang...). Si le blessé est assis ou demi assis, faire en sorte que le côté libre du pansement soit déclive pour ne pas entraver l'écoulement.

Plaie de l'œil

Couvrir l'œil atteint avec des compresses qui seront maintenues par du ruban adhésif (pansement non compressif). Installer le blessé en position allongée, tête calée. Seul l'œil atteint est couvert afin que le blessé puisse s'orienter tant que le danger est encore présent.

Moyens de brancardage

Il existe des brancards légers et peu volumineux type portoir souple, dont le groupe de combat peut se munir, afin de transporter plus facilement un blessé une fois les gestes de sauvetage effectués.



Mise en place du blessé sur un portoir souple

Constitution d'attelles de fortune pour immobilisation

Grâce à des planches maintenues le long du segment de membre avec des liens larges réalisés par exemple à partir de filets de camouflage. Ces techniques complémentaires aux gestes de survie sont réalisées dans un deuxième temps une fois que les gestes de secours sont effectués et lorsque la zone dangereuse est dégagée. Il faut pour cela disposer de morceaux de bois et de tissu, ce qui n'est pas toujours le cas.



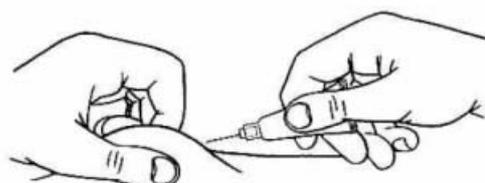
Attelles de fortune pour immobilisation du membre inférieur

UTILISATION DE LA SYRETTE DE MORPHINE

Le combattant doit être capable de soulager la douleur d'un blessé grâce à la syrette de morphine.
Le blessé grave a mal, il exprime une douleur et il faut la soulager.
Si cette douleur est forte voire insupportable, il faut lui injecter de la morphine.
Ce geste peut être également réalisé par le combattant lui-même.



Syrette de morphine



Détail du geste technique

Avant l'injection, il faut s'assurer que le blessé est conscient. L'injection est contre-indiquée si le blessé est inconscient.

L'injection se fait en sous-cutanée dans le gras de l'abdomen de la cuisse ou du bras.

On retire tout d'abord le premier capuchon de la syrette ;

- On percute l'aiguille avec le deuxième capuchon, puis on le retire
- On pince la partie grasse de la peau, et on injecte au blessé le contenu de la syrette de morphine de 10 mg en gardant le pli cutané avec un angle d'environ 45°.
- On retire la syrette en gardant le pli cutané et en maintenant la compression de la syrette pour éviter de ré-aspirer la morphine, puis on lâche le pli cutané.
- On indique au marqueur permanent sur le front du blessé la lettre « M » et l'heure d'injection.

Une nouvelle injection avec une seconde syrette peut être réalisée au bout de 30 mn si la douleur est toujours intense et le blessé conscient.