

Conduite à tenir devant : La noyade

Définition

La est un état résultant d'une submersion involontaire pouvant s'ensuivre de mort. Il s'agit en fait d'une asphyxie hydraulique par inondation primitive ou secondaire des voies aériennes broncho-alvéolaires.

Attitudes thérapeutiques

I. Réaction primaire

Les premiers gestes incombent non seulement au médecin, mais à tout secouriste occasionnel. C'est « l'homme de la plage » qui, grâce à un enseignement bien adapté, peut sauver le noyé et lui donner des chances réelles de survie jusqu'à son transfert en lieu hospitalier.

1. **Mise en posture décline** en cas d'encombrement bronchique
2. **Hyper-extension de la tête** luxation de la mâchoire permettant d'obtenir la liberté des voies aériennes et la seule ventilation efficace.
3. **Bouche à bouche ou mieux bouche à nez** pulsant l'air salvateur sous une pression suffisante pour vaincre le barrage alvéolaire.
4. **Massage cardiaque externe** qui doit être la certitude d'un arrêt ou inefficacité cardiaque –car, à quoi servirait une alvéole pleine d'oxygène si ce gaz vital n'était point véhiculé vers les cellules nobles ?
5. **Fréquence des manœuvres** : La fréquence des pressions sternales du massage cardiaque est d'environ d'une par seconde pour l'adulte, alternées avec dix à quinze insufflations respiratoires. Cette fréquence est plus 'levée chez l'enfant.
6. **Mise en œuvre de ces gestes** : Elle doit être aussi précoce que possible et c'est la rapidité d'intervention qui conditionne tout l'avenir de l'accidenté, c'est pourquoi il est parfois nécessaire de les effectuer en surface.

Il faut aussi se persuader que toute suspension de traitement actif est une faute majeur qui annule les résultats antérieurs et rend inutiles les tentatives ultérieures.

II. Transport

Les chances de succès sont augmentées par un certain nombre de facteurs ;

- Efficacité des liaisons phoniques ou visuelles et système cohérent d'évacuation dans une antenne mobile de réanimation dans laquelle les soins seront continués et certaines thérapeutiques déjà entreprises
 - Ventilation artificielle,
 - Surveillance par monitoring,

- Perfusions associées.

III. Réanimation secondaire

Dans un troisième temps, il est possible de réaliser toute la thérapeutique nécessaire par l'état du malade :

- Surveillance, assistance cardiovasculaire et respiratoire.
- Surveillance biologique et correction des troubles métaboliques et électrolytiques grâce à toutes les techniques modernes de réanimation.

Mais pour que la mise en œuvre de tels moyens ne soit pas vaine, il faut que se soit sur le lieu de l'accident que commence au plus tôt la chaîne de survie, dont le premier maillon indispensable est « l'homme de la plage ».

On ne peut y arriver que par une large éducation du public, éducation dont l'efficacité est liée à la grande simplicité du requiert, cet enseignement du secouriste occasionnel sur qui repose tout le destin du noyé.

DESCRIPTION DES TECHNIQUES DE REANIMATIONS

I. La technique d'insufflation

1. Mise en route :

Ne pas perdre des secondes précieuses en préparatifs inutiles, en appels au secours : c'est une urgence extrême, en moins de 20 secondes, le traitement doit être entrepris dans l'eau, autant que faire se peut, puis à terre.

Devant un sujet inconscient, ne respirant pas, il faut commencer la respiration artificielle directe et non passive.

2. Position de la victime :

Elle doit être en décubitus dorsal, la tête basse, les épaules soulevées par un vêtement roulé (ne parfaire l'installation du sujet que lorsque la respiration artificielle a été commencée).

3. D'une importance majeur : la position de la tête (d'une importance majeur) :

Le sauveteur s'agenouille à côté du visage de la victime.

Si un nettoyage de la bouche et du pharynx s'impose, il est rapidement exécuté en tournant la tête de côté, puis celle-ci est mise en hyper-extension, menton à la verticale. Il faut renverser fortement la tête en arrière et la maintenir dans cette position en appuyant sur le sommet du crâne. Il faut tirer le menton à la verticale, sans trop ouvrir la bouche, afin d'attire la langue en avant avec la mâchoire inférieur.

Trois manœuvres possibles :

- ❖ Saisir le menton avec la main,

- ❖ Luxer en avant la mâchoire inférieure en soulevant les angles de celle-ci,
- ❖ Mettre le pouce dans la bouche au milieu de l'arcade dentaire inférieure et tirer vers le haut ; c'est la manœuvre la plus efficace, celle dont le public se souvient le plus facilement :
Tête en arrière et pouce dans la bouche.

4. **Insufflation bouche à bouche :**

Il faut s'hyper ventiler et souffler fortement. La technique consiste donc à prendre une grande inspiration, à ouvrir largement la bouche du patient afin d'éviter les fuites. Les fuites par le nez s'évitent en appuyant la joue sur les narines de la victime.

- **Chez l'adulte**, pour insuffler, il faut souffler fortement.
- **Chez l'enfant**, souffler par bouffées et insuffler à la fois dans la bouche et dans le nez (le sauveteur coiffant avec sa bouche le nez et la bouche de l'enfant).

La fréquence : dix ou douze fois par minute chez l'adulte, vingt fois environ chez l'enfant ; ce qui compte, c'est qu'il y ait une expansion thoracique à chaque insufflation.

5. **Insufflation bouche à nez :**

La position donnée à la tête est identique. Une main appuyée sur le sommet du crâne, tandis que l'autre soulève le menton et maintient la bouche fermée.

Par **cette** méthode, il y a moins de fuites, mais souvent plus de résistance lors de l'insufflation et de l'expiration.

Pendant l'expiration, entrouvrir la bouche de la victime afin que l'expiration se fasse plus facilement, à la fois par le nez et par la bouche.

Avantages du bouche à nez sur le bouche à bouche :

- Expérimentalement, le passage de l'air est plus efficace quand la bouche est fermée.
- Il est parfois impossible d'ouvrir la mâchoire du fait des spasmes des masséters causés par l'anoxie, ce qui rend l'insufflation bouche à bouche impossible.
- Le contact entre le sauveteur et la victime est plus facile si l'on utilise la voie nasale. Ceci est particulièrement valable quand la bouche du sauveteur est plus petite que celle de la victime (cas d'un enfant sauvant un adulte).
- Dans certains cas de vomitus, il est préférable de souffler à travers le nez de la victime les expériences pratiques prouvant que les gens préfèrent souffler à travers le nez.

En cas d'inefficacité du bouche à nez (cas d'obstruction nasale), l'insufflation bouche à bouche, nécessaire, devient facile à pratiquer puisqu'il n'y a pas obligation de pincer le nez pour éviter les fuites d'air : les cas d'obstruction nasale ne se chiffrent pas à plus de 1,01%.

II. La technique du massage cardiaque externe

Le massage cardiaque est indiqué chaque fois qu'on a les preuves d'une inefficacité ou arrêt cardiaque.

- Cyanose persistante malgré l'insufflation,

- Disparition des bruits du cœur,
- Absence de pouls fémoral et du pouls capillaire,
- Mydriase totale.

III. Technique de la compression

Le sauveteur se place à côté du thorax de la victime.

1. **Le point d'application de la pression** se situe exactement sur le tiers inférieur du sternum. Il faut exercer la pression avec le talon des mains seulement, les deux paumes étant l'une sur l'autre. Le sauveteur ne doit donc pas appuyer latéralement sur les côtés avec ses doigts. C'est surtout le sternum qu'il enfonce (malgré les précautions, dans 50% des cas, il y a fractures des côtes ; elles ne posent pas de problèmes graves, à moins de fractures nombreuses).
2. **La pression à exercer** doit être enseignée sur un mannequin ; ce serait trop douloureux sur un homme conscient.

Le sternum doit être enfoncé de quatre à cinq centimètres à chaque compression. Pour exercer une pression suffisante, le sauveteur doit utiliser le poids de son corps ; il est donc nécessaire que le sujet soit sur un plan dur et bas.

La pression doit s'exercer à bras tendus, elle doit être verticale et vigoureuse, suivie d'un relâchement complet pendant lequel le thorax reprend une expansion normale.

Une pression sternale suffisante est facile à obtenir chez l'enfant, au thorax souple, un peu plus difficile chez l'adulte, parfois très difficile chez le vieillard au thorax rigide. Chez ces derniers, des fractures de cartilages ont été signalées, mais elles permettraient un massage plus efficace.

Chez le petit enfant, la pression s'exerce avec deux doigts, la ventilation se fait par petites bouffées.

3. **L'efficacité du massage** est contrôlée par l'existence, pendant les compressions, d'un pouls carotidien ou fémoral nettement perceptible à chaque compression. S'il n'est pas perçu, la fréquence des compressions doit être ralentie pour permettre un meilleur remplissage cardiaque et les membres inférieurs seront soulevés à 45° pour améliorer le retour veineux.

Les signes d'efficacité sont les mêmes qu'au cours du massage interne :

- Amélioration de la couleur,
 - Régression de la mydriase,
 - Reprise de la respiration spontanée,
 - Signes de réveil.
4. **La reprise d'une activité cardiaque spontanée** est recherchée en s'arrêtant brièvement après deux minutes environ de massage pour sentir si un pouls spontané est perçu et si les signes d'amélioration se maintiennent pendant l'arrêt du massage. Dans le cas contraire, il ne faut pas attendre plus d'une dizaine de secondes pour recommencer les compressions et la ventilation, car il est d'une importance primordiale de maintenir l'oxygénation du myocarde et du cerveau.

En cas de reprise de battements cardiaques, faibles et insuffisants, il n'est pas nécessaire de faire coïncider les compressions sternales et les battements cardiaques.

Ce massage est valable même en cas de fibrillation.

5. Combiner la ventilation et le massage

En général, on fait suivre trois profondes insufflations et dix ou quinze compressions sternales. Si le sauveteur est seul, il doit assurer alternativement l'insufflation et la compression (dès que l'extrême urgence est passée, il dispose un vêtement enroulé sous les épaules de la victime pour augmenter la position d'hyper-extension de la tête.

Si deux sauveteurs sont présents, l'un s'occupe de la ventilation, l'autre du massage, en alternant : trois insufflations (par bouche à bouche ou bouche à nez) avec dix ou quinze compressions sternales.

Afin de bien coordonner les mouvements, il est bon que les deux sauveteurs comptent à haute voix : 1, 2,3...15 compressions ; 1, 2,3...insufflations, etc....

Conclusion

Ainsi tout homme porte avec lui le moyen majeur de réanimer son semblable. Cette méthode est celle du secourisme de l'avenir, avec ou sans tube intermédiaire de protection.

A vrai dire, cette technique, qui n'était alors qu'un geste spontané, se retrouve dans la Bible : « Adam prit conscience, après que le créateur eut soufflé dans son visage le souffle de la vie... ». Au déluge, le prophète Elisée (Livre des Rois, chap. IV., versets 32 à 35) ressuscite un enfant par insufflation directe d'air dans la bouche. Cette méthode biblique fut oubliée, sauf par les sages-femmes qui l'utilisaient encore jusqu'à ces dernières années pour les nouveau-nés « étonnés » avec d'excellents résultats.