



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Chaîne médicale de l'avant



Onsite and prehospital care organization in disasters

J.-P. Orsini, P. Grappe, N. Poirot, B. Vivien*

SAMU de Paris, service d'anesthésie-réanimation, CHU Necker, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 23 juin 2016

MOTS CLÉS

Triage ;
Médecine de catastrophe ;
Poste médical avancé (PMA) ;
Zone de l'avant

Résumé L'organisation des secours lors d'une catastrophe ou même simplement d'un accident catastrophique à effets limités (ACEL) est généralement difficile en raison d'une confusion extrême régnant habituellement dans les premiers instants. L'engagement progressif des moyens de secours permet de mettre en place un dispositif cohérent et organisé, comprenant deux structures fonctionnelles complémentaires : la chaîne de secours incendie et sauvetage, d'une part, chargée de rechercher, localiser et dégager en urgence les victimes de la zone dangereuse ; et la chaîne médicale de l'avant, d'autre part. La définition de la zone de « l'avant » traduit une donnée topographique et un principe fonctionnel. Il s'agit d'une zone sinistrée où interviennent à la fois des secouristes et des personnels médicaux et paramédicaux. La médicalisation de l'avant constitue dans ces circonstances une nécessité technique et logistique, en permettant de prodiguer des soins médicaux « au plus proche », sur les lieux du sinistre et avant même le relevage de victimes. Comme l'essentiel des grands principes de médecine de catastrophe, la médicalisation de l'avant est un concept issu de la médecine militaire, initialement mis en œuvre afin de conserver le maximum d'effectif de soldats valides malgré les combats, concept qui a progressivement évolué avec le temps jusqu'au concept actuel de réanimation préhospitalière en situation d'exception ou de catastrophe.

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : benoit.vivien@aphp.fr (B. Vivien).

KEYWORDS

Disaster medicine;
Triage;
Advance medical
post;
Advanced zone

Summary The organization of emergency response during a large-scale disaster or even a relatively limited catastrophic accident is generally difficult because of the extreme confusion that governs during the first moments. The progressive engagement of first responders makes it possible to set up a coherent and organized system from two complementary functional teams: the fire-and-rescue squad, on the one hand, responsible for finding and safely removing victims from the advanced zone (disaster site); and the prehospital care personnel, on the other. The term "advanced zone" expresses both topographic information and a functional principle. It is a disaster area where both rescue workers and medical and paramedical personnel intervene simultaneously. In these circumstances, medical care in this area is a technical and logistic necessity, to enable the provision of medical care as quickly as possible, on the accident site, even before the victims are moved. Like most major principles of disaster medicine, onsite medical care is a concept derived from military medicine and was initially developed to keep available the maximum number of able-bodied soldiers, despite combats. It has progressively evolved over time to the current situation of onsite and prehospital resuscitation and intensive care in disaster situations.

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

La chaîne médicale de l'avant (Fig. 1) comporte 3 étapes successives : le « chantier » ou zone de ramassage ; le PMA où sont effectués le triage, la catégorisation et la mise en condition des victimes ; et enfin la zone d'évacuation à partir de laquelle chaque victime est orientée vers une structure hospitalière d'accueil adaptée à son état. Selon les circonstances, d'autres étapes intermédiaires facultatives peuvent s'intercaler au sein de cette chaîne médicale de l'avant, telle qu'un point de rassemblement des victimes (PRV), et/ou un centre médical d'évacuation (CME). Enfin, parallèlement à cette chaîne médicale de l'avant, d'autres structures sont mises en place, permettant des prises en charge spécifiques de différentes catégories de victimes.

Le chantier ou zone de ramassage

Le chantier ou zone de ramassage se situe sur le lieu même du sinistre. C'est là que se déroulent les opérations de ramassage.

Le ramassage « à l'avant » sur le site même de la catastrophe, correspond à plusieurs séquences : la recherche et la localisation des victimes, l'établissement d'un pré-triage secouriste en fonction de la gravité de leur état (valide, non valide, DCD), leur relevage et leur regroupement éventuel en dehors de la zone à risque (« nid de blessés », « point de rassemblement des victimes »), puis leur transfert vers le PMA encore appelé « petite noria de ramassage ».

Le ramassage est habituellement une fonction secouriste, pendant laquelle seul est assuré le maintien des fonctions vitales, et le rôle des médecins et/ou infirmiers, s'ils sont présents, se limite à une fonction d'encadrement, notamment en conseillant un ordre de dégagement des différentes victimes selon leur gravité apparente. Ce travail des soignants doit évidemment être effectué en parfaite coordination avec les équipes de sauvetage, les uns et les autres ne devant pas se gêner mutuellement.

Dans certaines circonstances, notamment en cas de dégagement de longue durée (désincarcération...), cette phase de ramassage peut être pleinement médicalisée : cette médicalisation « de l'avant » se fait alors au bénéfice des

urgences absolues, par des gestes simples et sauveteurs ayant une nécessité vitale : intubation trachéale de patients présentant une détresse respiratoire, analgésie ou anesthésie en vue de réaliser des amputations de dégagement [1]. Il s'agit là en réalité simplement de l'application des techniques mises en œuvre quotidiennement pour les urgences traumatiques individuelles (accident de la voie publique...).

Lorsqu'un médecin est présent à l'avant pour effectuer un premier triage de la gravité des victimes, il doit mettre en place sur chacune d'entre elle une « fiche médicale de l'avant » (FMA), sur laquelle sont précisées sa catégorisation en UA ou UR, et les principales lésions observées.

Deux derniers points doivent être précisés concernant la médicalisation à l'avant :

- la priorité de la médicalisation se situe évidemment là où sont localisées le maximum de victimes nécessitant des soins, et les effectifs affectés à l'avant ne doivent donc pas être « prélevés » au détriment du PMA lorsque des victimes y sont présentes ;
- les différents personnels soignants intervenant sur le terrain doivent être parfaitement équipés avec des tenues leur garantissant à la fois confort de travail et protection vis-à-vis de l'environnement extérieur, bien souvent hostile en situation de catastrophe (bottes et gants de protection...).

Le transfert des patients depuis le site de la catastrophe jusqu'au PMA est habituellement effectué par un simple brancardage pédestre (« petite noria de ramassage »). Exceptionnellement, lorsque le PMA est plus éloigné, des véhicules secouristes peuvent être nécessaires (VSAV...), voire des engins spéciaux selon les circonstances (draisine sur voie ferrée...).

Enfin, élément important en cas d'enquête judiciaire, le ramassage doit être effectué dans la mesure du possible de façon à gêner le moins possible les opérations de police judiciaire. Les personnes retrouvées d'emblée décédées sur le chantier ne doivent donc être ramassées qu'après les constatations des enquêteurs.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3251377>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3251377>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)