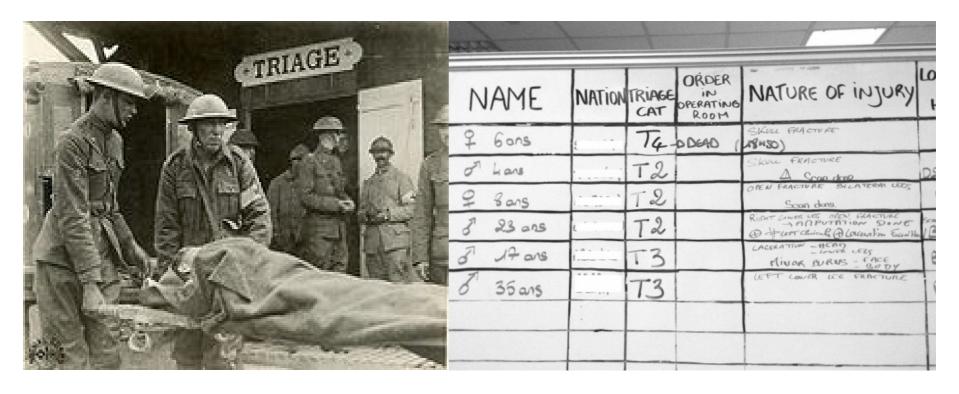
Notions de triage à l'avant



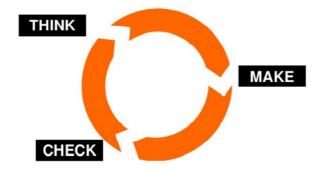


Le triage à l'avant a pour objet :

- De sauver le maximum de vies humaines
- De limiter l'utilisation des ressources à ce qui est nécessaire
- Le maintien du potentiel opérationnel de la structure santé

En identifiant les lésions, hiérarchisant leur prise en charge, en adaptant en permanence le niveau d'engagement technique au contexte opérationnel et aux moyens humains et matériels disponibles

Collaborative Process



Le triage à l'avant a pour caractéristiques :

- D'être un processus dynamique
- Appliqué à chaque étape de la prise en charge
- Pour permettre
 - La maîtrise des délais d'évacuation
 - La réalisation des bons gestes aux bons endroits par du personnel formé
 - Le maintien de la capacité opérationnelle du soutien santé

Acquérir un état d'esprit

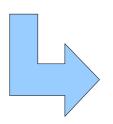
Ne plus penser afflux massif de blessés mais afflux saturant de blessés Se garder d'hypothéquer les ressources humaines et matérielles avec les premiers blessés

Le triage à l'avant repose sur 3 principes fondamentaux

- La médicalisation de l'avant
- La chirurgicalisation et réanimation de l'avant
- La systématisation des EVASAN médicalisées et précoces.

Transaction nécessaire entre l'idéal médical et les exigences militaires

http://www.checkpoint-online.ch/CheckPoint/Forum/For0007-EffetPertesHumaines.htr

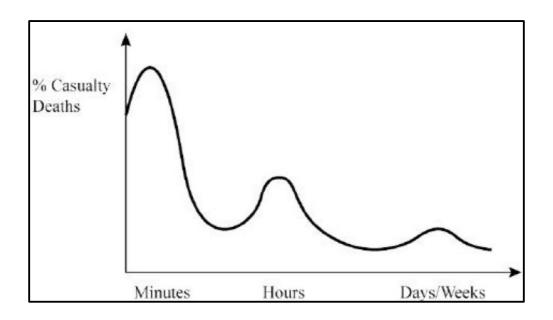


Mais pas que: ORSEC NOVI

Retour d'expérience attentats des attentats du 13/11/2015



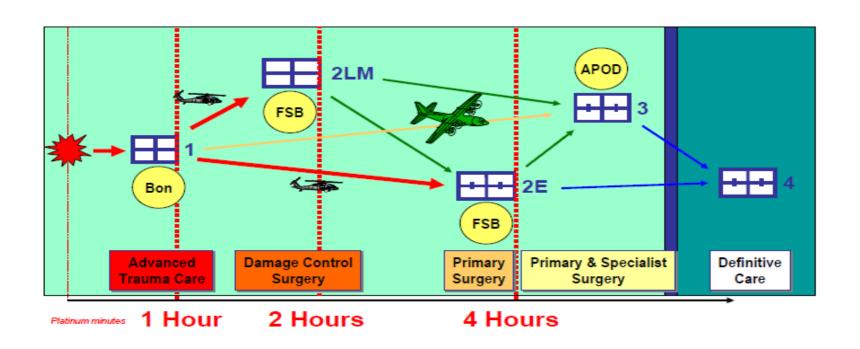
Le triage à l'avant s'adapte à de nouveaux concepts



La contrainte du temps : [10 + 1 + 2] + 2

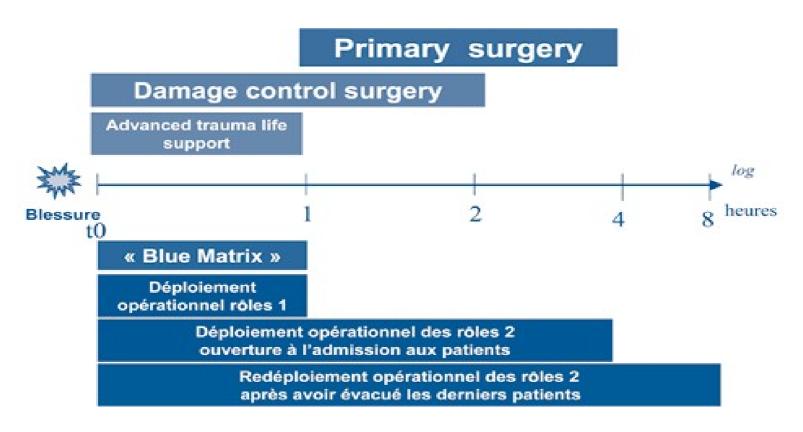
- 10 min pour les gestes de SC1
- Les gestes de SC2/SC3 selon le contexte dans l'heure
- Une chirurgie de sauvetage dans les 02h
- Une reprise chirurgicale dans les 02h suivant la chirurgie de sauvetage

Le triage à l'avant s'est adapté à un nouveau concept



Tout doit être fait pour respecter la maîtrise du temps

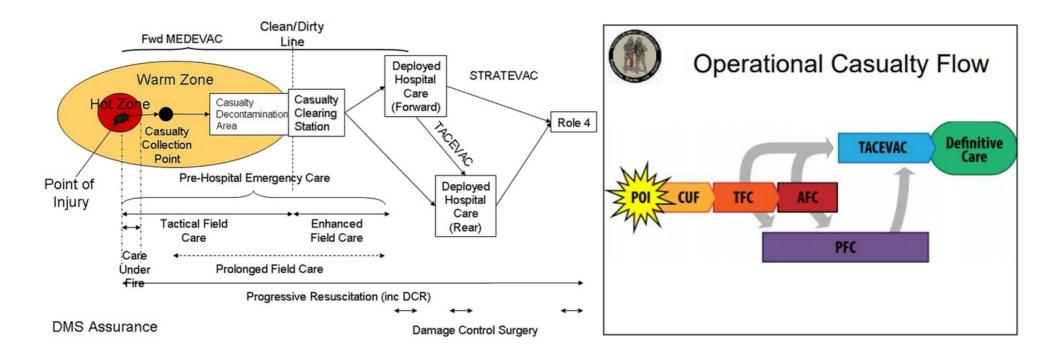
Le triage à l'avant s'est adapté à un nouveau concept



Un concept qui prend en compte la gestion du temps

Un nouveau concept : Le « prolonged field care »

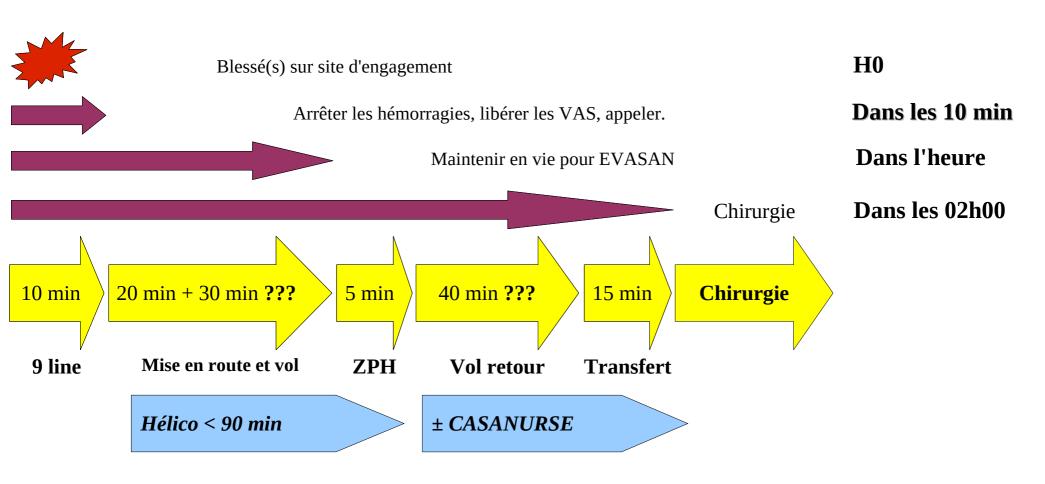
Pas si nouveau : *car on parle de gestes choisis de réanimation de l'avant = SC*3



De la règle 1-2-4 à la règle (10-1-2) +2+2

- 10 min : Gestes de survie
- 1 heure pour des soins avancés
- Pas plus tard que 2 heures pour une chirurgie DCS
- 2 h pour une ré-intervention
- 2 jours pour une PEC complète

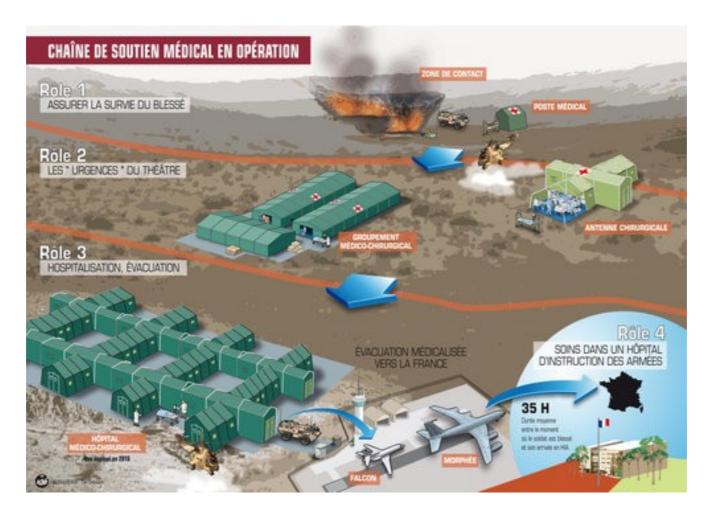
Le triage à l'avant s'est adapté à un nouveau concept



Un système intégré de prise en charge du blessé de guerre : $\emph{le bless\'e} \ll \emph{mobile} \gg$

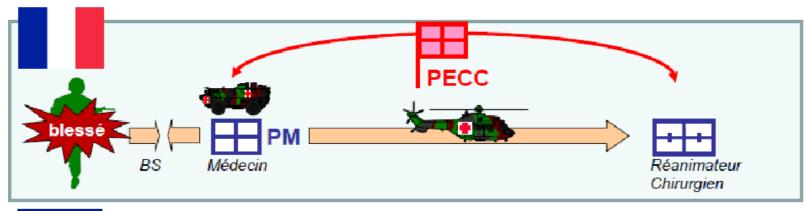


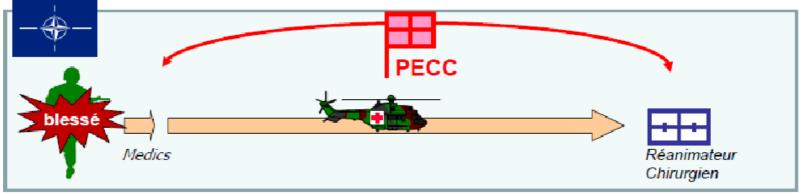
Rôle majeur du PECC



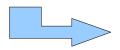
Un système intégré de prise en charge du blessé de guerre : le blessé « mobile »

Dès la prise en charge : Du personnel santé au + près des combats, dès que possible



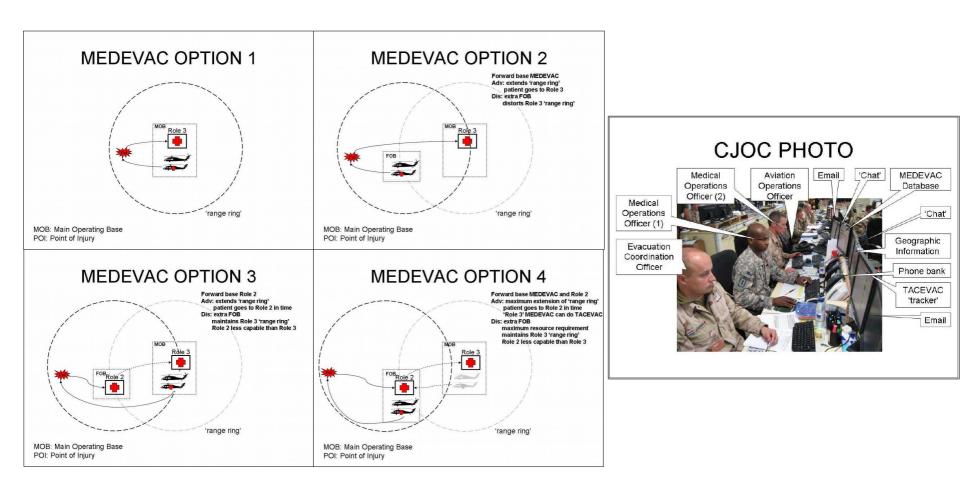


Une organisation qui peut varier selon les pays

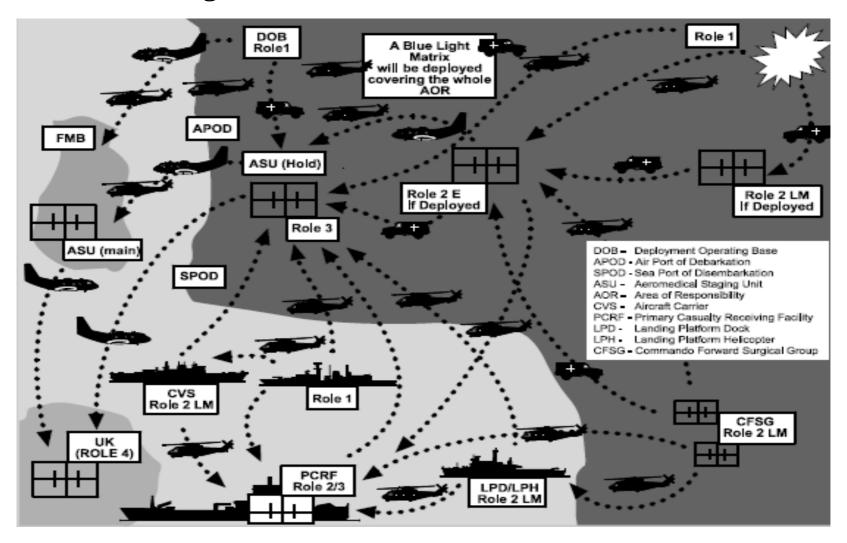


Un point commun : *La chirurgie le plus tôt possible*

Importance de l'organisation et du pré-positionnement des moyens MEDEVAC

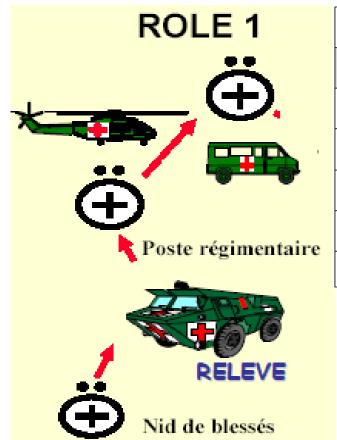


Une organisation qui est devenue très sophistiquée



Une organisation qui peut être complexe : Vision UK

Notamment dans les conflits asymétriques (Ruzicka et al.: Medical Support in Asymmetric Operations)



	Niveaux	SC1	SC2	SC3		
Type de personnel						
Soldat/Marin/Aviateur/Gendarme		X				
Auxilaire de santé*		X	X			
Infirmier		X	X	X		
Médecin		X	X	X		
* Soldat/Marin/Aviateur/Gendarme spécifiquement formés						

Le bon geste

au bon moment

par la bonne personne

sur le blessé qui en a vraiment besoin pour survivre

Identifier et traiter ce qui va sauver la vie du blessé

Le triage commence dès la prise en charge



A chaque niveau une même méthode et des moyens adaptés

Le triage est une méthode pour sauver la vie

Sur le terrain : La méthode START (elle n'est pas parfaite)



Qui doit être appliquée par tous quel que soit le contexte

Le triage est une méthode pour sauver la vie

S Stop the burning process

A Assess the scene

F Free of danger

Ε

Evaluate for ABC

Répliquer par les armes

Analyser ce qu'il se passe

Extraire le(s) blessé(s) pour des soins sans danger

Evaluer le blessé par la méthode START

Regrouper, établir un périmètre de sécurité, gérer les armes

M Massive bleeding control

Garrot, compression, packing, hémostatiques, Stab. pelvienne

Position, subluxation, guédel, Crico-thyroïdotomie, Intubation

Respiration Position, oxygène, exsufflation, intubation, ventilation

Choc Abord vasculaire, remplissage, adrénaline, transfusion

H Head/Hypothermia Conscience, protection des VAS, oedème cérébral, hypothermie

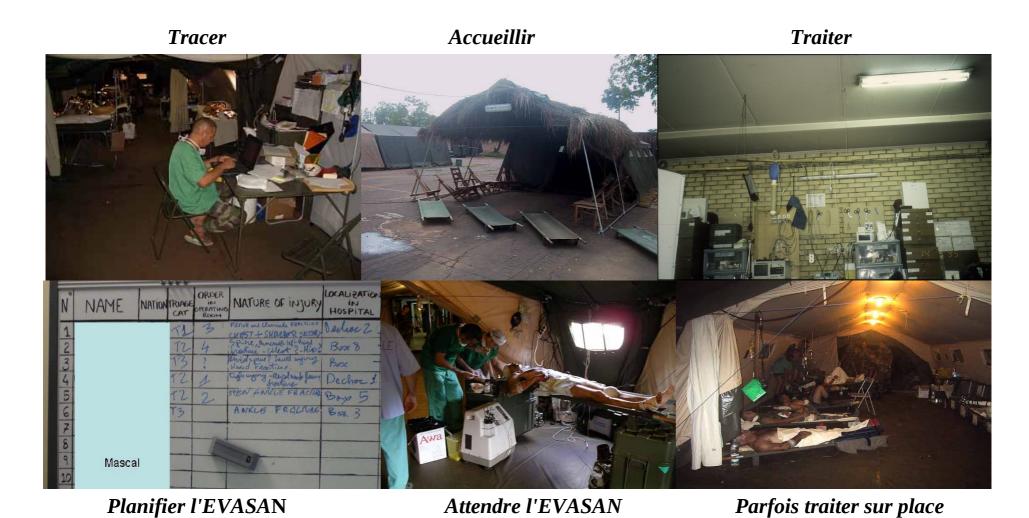
E Evacuate 9 line CASEVAC/MEDEVAC request

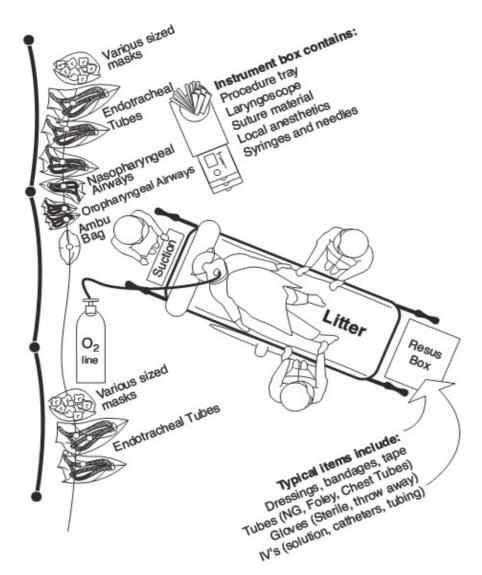
R Réévaluer Y Yeux/ORL A Analgésie N

Qui doit être appliquée par tous dès les premières minutes



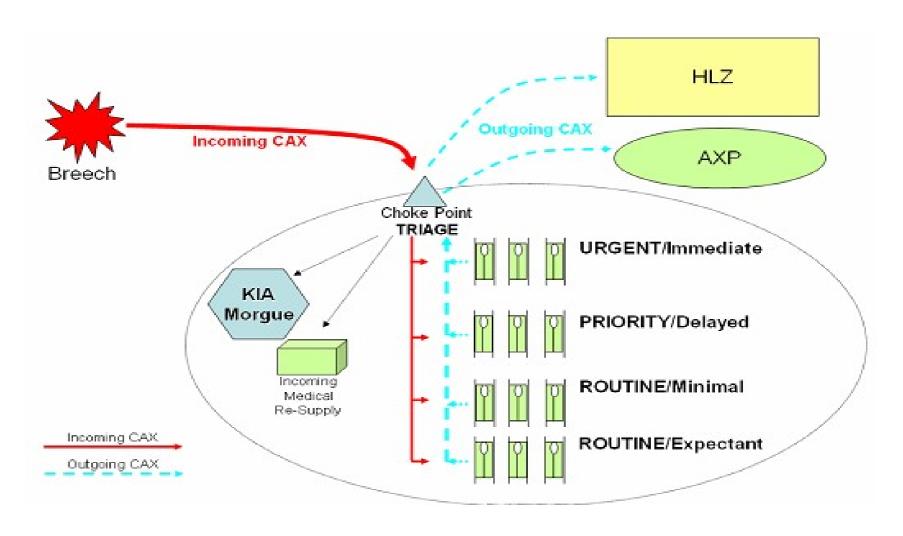
La plus petite structure médicale

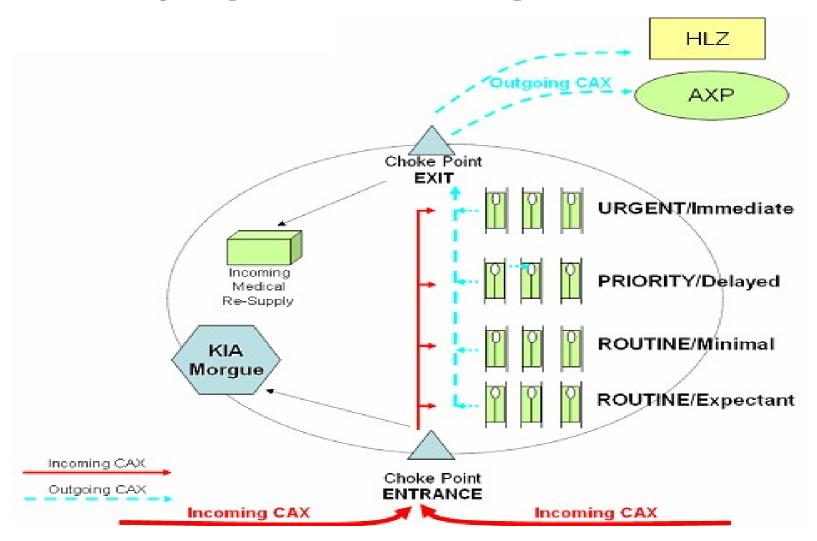


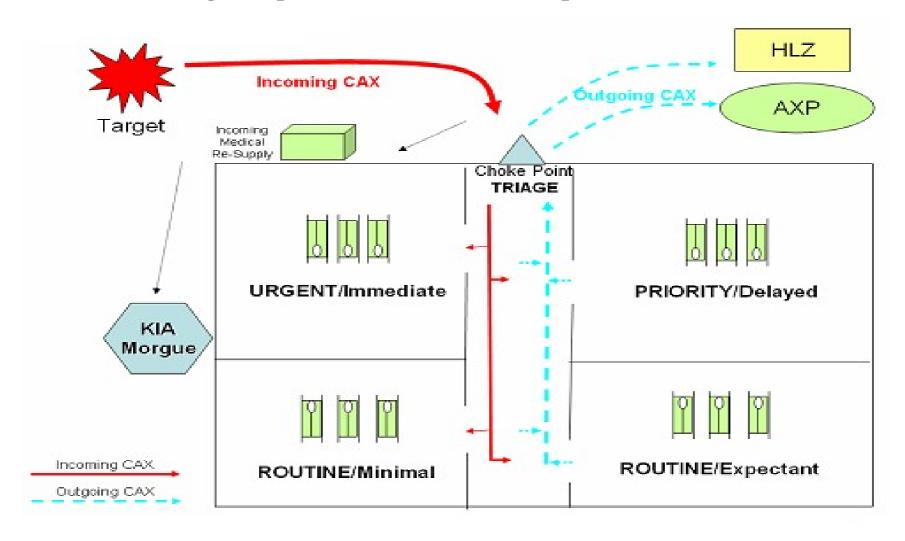


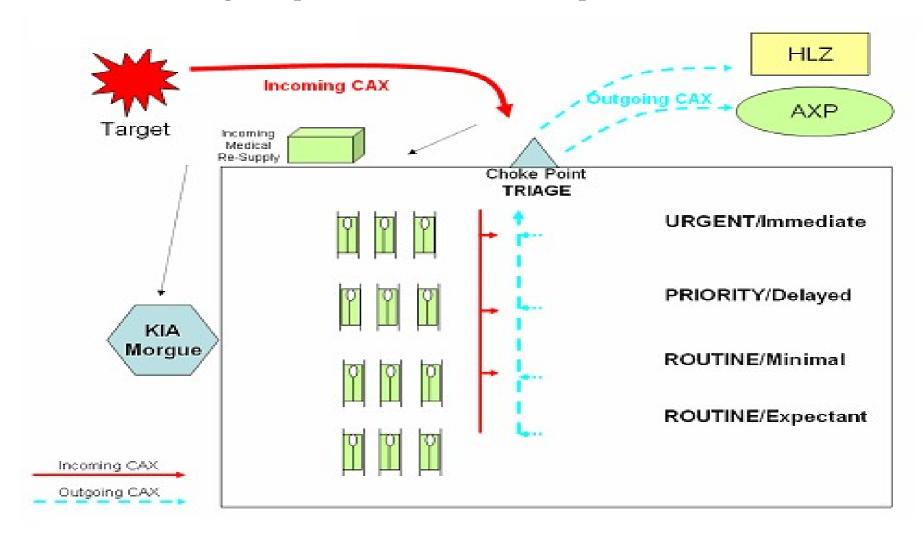


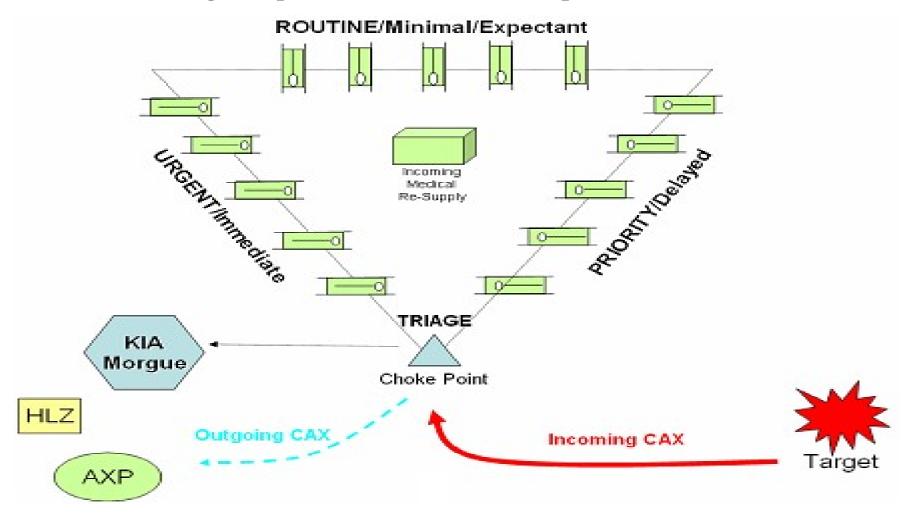
Chaque chose à sa place
Chaque action a été planifiée
Chaque action a été simulée



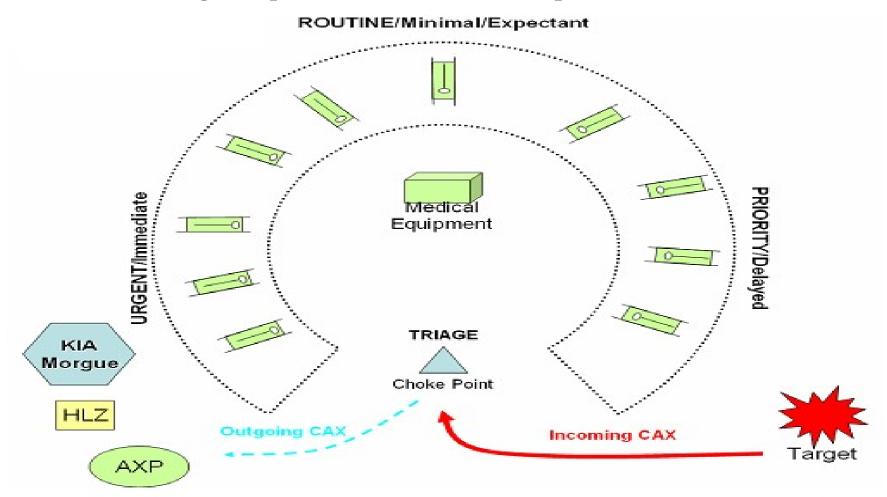




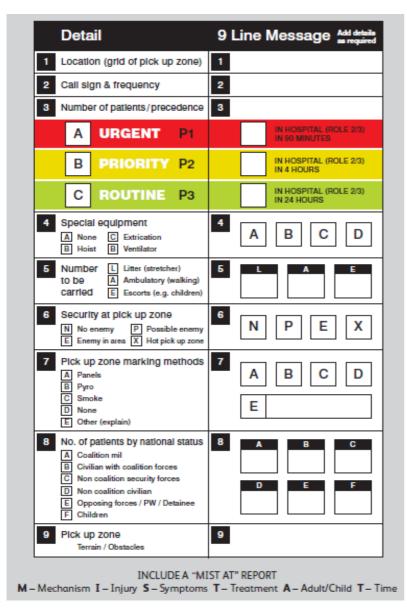




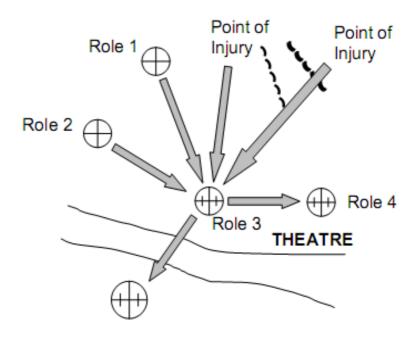
Sauver la vie et organiser l'EVASAN: Une structure organisée



Le triage doit rapprocher le blessé du chirurgien

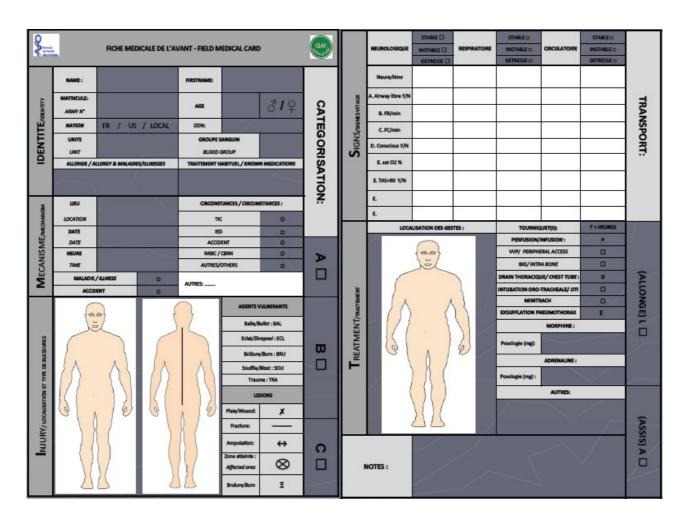


La gestion de l'information est fondamentale



Pour fonctionner en réseau sans perte de temps

Le triage classe le blessé dans une échelle d'urgence



Nécessité de traçabilité de ce qui a été fait

Le triage classe le blessé dans une échelle d'urgence

	Type (%)	Délai	Exemples*	Lieu de traitement		
Absolues (UA)						
	EU (5%)	immédiat	Asphyxiés cervicaux, maxillo-faciaux et thoraciques, Choc hémorragique de cause non compressible	Rôle 1 ou 2 selon le contexte		
	U1 (25%)	06 heures	Hémorragie sans choc, Abdomen ou thorax sans choc, Brûlés de + 30%, fracas des membres, polyblessés, coma traumatique	Rôle 2		
Relatives (UR)	U2 (30%)	18 heures	Fracture de membres , plaies superficielles, Blessures ORL/OPH/face, Brûlés 15 à 30%, TC non comateux	Rôle 3		
	U3 (40%)	36 heures	Autres lésions	Rôle 3 voire 4		
Différées	Eclopés			Rôle 1		
	Divers		Blessés psychologiques	Rôle 1 ? avis psychologique		
	Potentiel		Blasté sans signe			
Dépassées		Morituri, niveau de prise en charge excédant les possibilités				
<i>Morts</i> La prise en charge des morts n'est pas du ressort du SSA mais du commissariat						
* Sous réserve d'un conditionnement initial tel que immobilisation, parage, perfusions, analgésie, antibiothérapie, mise au repose, prévention hypothermie, réévaluation dans le temps						

Le triage classe le blessé dans une échelle d'urgence

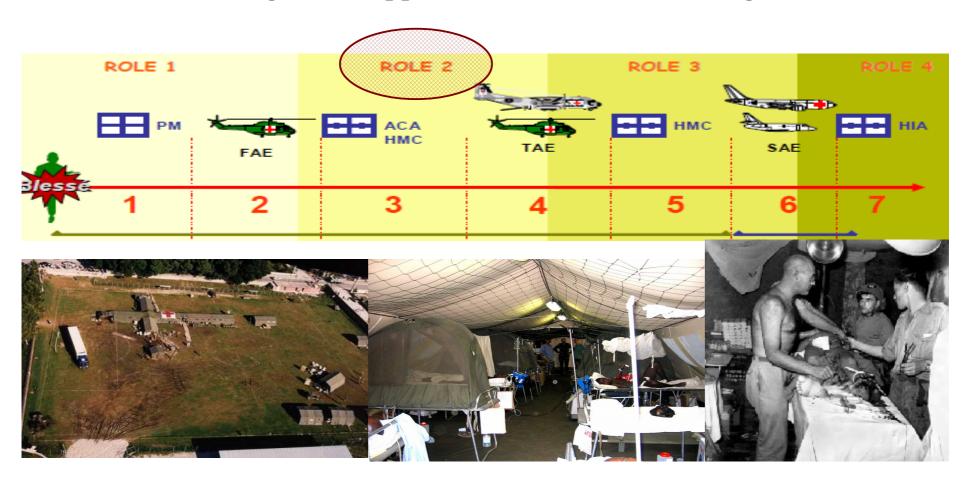
			Hospitalier		PréHosp
Délai	France	UK	OTAN		9 Lines
TTT immédiat	EU	P1*	P1 :Urgent	Emergent	Alpha
TTT précoce	U1	P1	P2 : Immédiat	Linergent	Тирна
TTT retardé	U2	P2	P3: Delayed	Non Emergent	Bravo
TTT non urgent	U3/éclopés	P3	P4: Minimal		
Au delà de TTT	Morituri	Expectant	Expectant	Unsalvable]

Vers une standardisation internationale

Vers une simplification, surtout préhospitalier

Seules les conséquences physiologiques comptent

Le triage doit rapprocher le blessé du chirurgien



L'antenne chirurgicale pour la chirurgie de sauvetage dans un délai de 02h00

Le triage doit rapprocher le blessé du chirurgien



L'hôpital médico-chirurgical pour une chirurgie d'urgence et spécialisée

Les piliers du triage autres que la priorisation

- 1. Rester altruiste
- 2. Ne rien lâcher
- **3.** Rester innovant dans son contexte d'emploi
- 4. Rester humain

Pour créer l'environnement qui permettra aux choses de se faire où que l'on soit



« Trieur toujours,

Réanimateur souvent,

Chirurgien parfois »

« Trier pour traiter

Surveiller pour traiter

Trier pour évacuer »



Pour accéder au Website de médecine tactique

Version pdf (actualisé annuellement)



Version sonorisée (nécessite une ouverture de compte)



Gestion d'Enseignements à Distance et d'Informations du Service de Santé des Armées