



# GESTION DE L'AFFLUX MASSIF AUX URGENCES



Dr boukhelfa. L

## 1- INTRODUCTION:

**Définition** : Un afflux massif correspond à une arrivée soudaine des blessés dépassant la capacité de prise en charge de la structure médicale et chirurgicale [1]. Les afflux massifs de blessés constituent des événements qui causent des désordres

temporels et organisationnels entre la demande de soins accrue et le nombre important des victimes. [2] Il peut survenir de façon inopinée et brutale, de jour comme de nuit au niveau de n'importe quel établissement hospitalier,

## 2- CARACTÉRISTIQUE ET CATÉGORISATION:

Prendre en charge de plusieurs malades dans une unité de temps courte.

\_on distingue :

- Afflux limite : les structures médicales ont une capacité suffisante, le triage correspond à la régulation des blessés, les envoyer dans les bons endroits au bon moment.
- Afflux massif : les structures médicales peuvent être insuffisantes, contexte de catastrophe ou les guerres, les chances individuelles des blessés de se soigner sont limitées.

\_l'afflux peut être saturé quand les besoins dépassent les possibilités des blocs opératoires

\_IL n'existe pas un consensus sur le nombre des blessés qui provoque une inadéquation entre les besoins et les moyens.

- l'afflux a plusieurs catégorisations de plus anciennes à plus récentes : sans, classification simplifiée de Tchad, classification OTAN, nouvelle classification du SSA.



Classification SAN 01		Catégorisation dite simplifiée de Courbil et Malchair	Catégorisation OTAN/ anglo-saxonne	Catégorisation actuelle du SSA
Pertes classiques	Pertes massives			
<b>EU : extrêmes urgences(5 % des cas) : blessés en danger de mort à très court terme dont le traitement s'impose immédiatement</b>	P1 : blessés urgents, gestes simples avant 6 h	Urgences absolues : délai thérapeutique inférieur à 6 heures.	Urgent : Blessés qui nécessitent une intervention immédiate	T1 : Mise en jeu du pronostic vital si un traitement chirurgical ou de réanimation n'est pas entrepris le plus vite possible
U1 : première urgence(25 % des cas) : le traitement chirurgical peut tolérer un délai de 6 heures, sous réserve de la mise en œuvre rapide d'une réanimation efficace et continue			Immédiate : Blessés avec blessures graves qui nécessitent un geste dans des délais brefs	
U2 : deuxième urgence (30 % des cas) : le traitement peut être différé jusqu'à la 18 <sup>e</sup> heure	P2 : blessés, gestes différés jusqu'à la 18 <sup>e</sup> heure	Urgences relatives : prise en charge chirurgicale au-delà de 6 heures	<i>Delayed</i> : Blessés pouvant supporter un temps d'attente avant l'intervention sans que leur survie ne soit compromise	T2 : Traitement chirurgical urgent mais qui peut être différé sans mettre en jeu le pronostic vital
U3 : troisième urgence (40 % des cas) : blessés légers, ne rentrant pas dans les catégories précédentes et dont le traitement peut attendre jusqu'à 36 heures	P3 : blessés, geste différé jusqu'à la 36 <sup>e</sup> heure	Les urgences potentielles : il s'agit des blessés stables à l'arrivée mais dont l'état peut se dégrader		T3 : Patients nécessitant un geste chirurgical sans urgence ou ne nécessitant pas de geste chirurgical
Éclopés : blessés très légers, justifiables de soins simples	P0 : blessés légers, pas d'évacuation	Éclopés	Minimal : Blessés nécessitant des soins minimes	
« Morituri » : blessés au-delà de toute ressource thérapeutique	P4 : blessés graves, traitement long et aléatoire, « évacuation différée » (pas de geste)	Les urgences dépassées : blessés au-delà de toute ressource thérapeutique	Expectant : Blessé au-delà de toute ressource thérapeutique	T4 : Patients trop gravement blessés. Chance très limitée de survie



### **3- LE TRIAGE:**

-un acte médical qui consiste à identifier, évaluer et classer les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité, et déterminer la meilleure façon d'y répondre.

-le triage est une évaluation diagnostic et pronostic permanente associée à une mise en condition d'évacuation pouvant comporter des gestes de réanimation et des gestes chirurgicaux choisis en fonction d'impératifs techniques tactique et logistiques.

En se basant sur les nouvelles catégorisations.

### **4- ORGANISATION DE SERVICE D'ACCUEIL:**

La prise en charge d'un afflux de blessés doit avoir été préparée et anticipée. Le plan MASCAL désigne l'ensemble des mesures liées à la prise en charge d'un afflux massif de blessés. L'objectif d'un plan MASCAL est de faire en sorte que l'afflux massif de blessés ne devienne pas un afflux saturant pour la structure concernée.

Le plan MASCAL doit être élaboré par toute nouvelle équipe qui est affectée au sein d'une FHC. Cette action est à mener au cours des premiers jours de la mission.

Des exercices doivent être menés pour valider les solutions prévues.

4.1. Capacité d'accueil immédiate.

4.2. Alerte et rappel des personnels.

4.3. Organisation spatiale de la formation .

4.4. Rôle et fonction des personnels de la formation.

4.5. Capacités matérielles de la formation

4.6. Anticipation de renforts.

4.7. Les communications et relations avec l'extérieur

4.8. Anticipation des besoins transfusionnels.

4.9. Après l'afflux.

### **5-CONCLUSION:**

L'afflux massif c'est une situation d'exception, difficile.

-le triage est élément clé de la gestion et prise en charge, triage clinique en première intention s'aider par le fast écho et hemocue.

-catégoriser pour déterminer la priorité de traité ou évacuer, la catégorisation est évolutive.

-pas consensus de gestion ni de prise en charge.

-la prise en charge d'afflux massif est une situation où l'équipe hospitalière doivent se préparer, s'organiser répétition des plans de gestion.