

Gestion de l'afflux massif de blessés aux urgences

Abdelaziz CHIBANE

azizchibane22@yahoo.fr

Généralités

- Un afflux massif correspond à une arrivée soudaine et imprévue d'un grand nombre de blessés dépassant la capacité de prise en charge du pavillon des urgences
- L'afflux massif de blessés nécessite de pouvoir augmenter dans un délai très court l'offre de soins
- La prise en charge des blessés nécessite une organisation spécifique pour permettre aux victimes de bénéficier de soins de qualité avec les moyens disponibles sur le moment
- L'afflux massif constitue un événement exceptionnel qui cause des désordres organisationnels entre la demande de soins accrue et l'offre réduite

Généralités

- Cet événement peut être naturel (tremblement de terre) ou provoqué (accidents de la route, explosions)
- Dans cette situation, l'hôpital est peu préparé à faire face à cette éventualité , le triage chirurgical en fonction de la gravité des blessures devient indispensable
- L'EPH devient un post médical avancé où seuls les gestes d'extrême urgence sont réalisés, les victimes y sont mises en condition pour être transférées vers d'autres CHU pour un traitement définitif
- Pour être efficace, chaque EPH ou établissement de santé recevant des urgences doit préparer un plan d'accueil d'un afflux massif de victimes

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ Définition :

- C'est un plan local d'accueil d'un grand nombre de victime
- Appelé aussi plan ORSEC (**OR**ganisation des **SEC**ours)
- Ce plan est élaboré, validé, mis en place, en évaluant sa mise à jour

➤ Déclenchement :

- Déclenché par le directeur de l'établissement ou son représentant (administrateur de garde)

➤ La cellule de crise:

Est l'organe qui gère la mise en place du plan dont chaque membre est remplie d'une fonction:

- Fonction direction: assure la responsabilité générale ,les contacts avec les autorités et la communication externe
- Fonction coordination médicale (Directeur médical) : elle gère la prise en charge des victimes sur le plan médical, activation des plateau techniques , relation avec le SAMU et les hôpitaux de la zone

Plan d'accueil d'un afflux massif

- Fonction personnel: rappel du personnel, répartition des équipes, bilan des lits et organisation de l'hospitalisation
- Fonction économique et logistique: organisation des locaux, approvisionnement et maintenance des équipements médicaux et non médicaux
- Fonction intérieur: gère les standards téléphoniques, sécurité et la police; les transports internes à l'établissement, prise en charge des victimes décédés
- Fonction accueil : assure l'enregistrement administratif des victimes et des décès
- Fonction hygiène et sécurité: médecine de travail et médecine légale
- Fonction spécifique NRBC: nucléaire; radioactif, biologique, chimique

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ Mise en oeuvre du plan:

- Accueil médical: par mise en place d'une salle de Triage par une équipe médicale avec un médecin expérimenté
- Accueil administratif
- Baliser les circuits
- Augmentation des capacités d'hospitalisation : libérer les lits par mutation interne, sortie anticipés des patients
- Suspendre l'activité programmée du bloc opératoire, libérer les SSPI (salle de surveillance post interventionnelle)
- Informer l'ensemble des services médico techniques
- Le personnel présents est maintenu sur place , appel de renfort

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ **Rappel du personnel :**

- rappel sélectif
- Sur liste de coordonnées actualisée et vérifiée en respectant la confidentialité de cette information
- Les personnels rejoignent leur services , puis affectés à des taches définies par la procedure établie par la cellule de crise,

➤ **Communication :**

- Renforcer les lignes
- Communication avec le SAMU

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ **Accueil des médias:**

- Organisé par l'administration
- Respect d'une source unique d'information
- L'information est sous la responsabilité électorale du Directeur de l'établissement

➤ **Accueil des familles :**

- Par téléphone ou physiquement
- Organisé par l'administration pour éviter que le public perturbe les soins
- Les familles sont regroupées dans une salle d'attente et sont tenues régulièrement informées

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ **Stock médicaux :**

- Libérer le stock de sécurité
- Approvisionnement en médicament, consommable et matériel nécessaire
- Anticipation des besoins transfusionnels: produits sanguins disponible immédiatement de :
 - 10 CGR O+, 10 CGR O-, 25 PFC AB,
 - A partir de 5 UA , doubler le stock en produits sanguins et commander des concentré plaquettaires

➤ **Transport :**

- Préciser le personnel du brancardage vers les services d'hospitalisation
- Le transport inter hospitalier

➤ **Délocalisation des locaux de soins :**

- Régit par une procédure spécifique
- Contrôler l'alimentation en fluide médicaux
- L'aspect opérationnel de ces locaux est testé

Plan d'accueil d'un afflux massif

➤ **Circulation et accès :**

- Elaborer un plan de circulation au préalable
- pour éviter une paralysie de la circulation et faciliter les entrées et sorties du site
- Les forces de police participent à cette organisation

➤ **Sécurité et gardiennage**

➤ **Logistiques des services non médicaux:**

- Blanchisserie
- Prestation de restauration
- Maintien ouverte des crèches

➤ **Chambres mortuaires provisoires**

Le triage : une nécessité

- Commence dès que le nombre de blessés dépasse les capacités humaines et matérielles de la structure
- Se fait à l'entrée de l'hôpital, même si le triage pré hospitalier a été fait

- Repose sur les principes du triage chirurgical
- Idéalement réalisé par un binôme médecin –chirurgien
 - Le premier évalue les réserves physiologique
 - Le second évalue les besoins en chirurgie
- La prise en charge des défaillances des fonctions vitales doit être parallèle et s'accompagner de gestes médico- chirurgicaux de sauvetage, écourtés, de type « damage control »

Principes du triage

Il permet de vérifier

- la présence d'une détresse vitale :
hémodynamique, ventilatoire ou neurologique
- la présence d'une lésion hémorragique en cas de
détresse hémodynamique
- la présence d'un traumatisme de membres, fermé
ou ouvert
- la présence d'une urgence fonctionnelle (atteintes
oculaires notamment)

Principes du triage

En cas d'afflux ,on classe les blessés en quatre degrés d'urgence :

➤ **UA: Urgence absolue**

- Le blessé est grave son Pc vital est mis en jeu

➤ **UR: Urgence relative:**

- Le blessé est stable et transportable,

➤ **UMP: Urgence médico-psychologique**

- Le blessé est léger

➤ **UD: Urgence dépassée**

- Le blessé est moribond ou mort
- Ne pas s'acharner et gaspiller les ressources

Objectifs du triage

- établir le bilan des lésions et des fonctions vitales ;
- Déterminer les blessés qui ont besoin d'un traitement chirurgical et/ou des gestes thérapeutiques de réanimation sans délai
- définir les priorités de traitement ou d'évacuation
- Définir la réalisation d'examens complémentaires d'imagerie

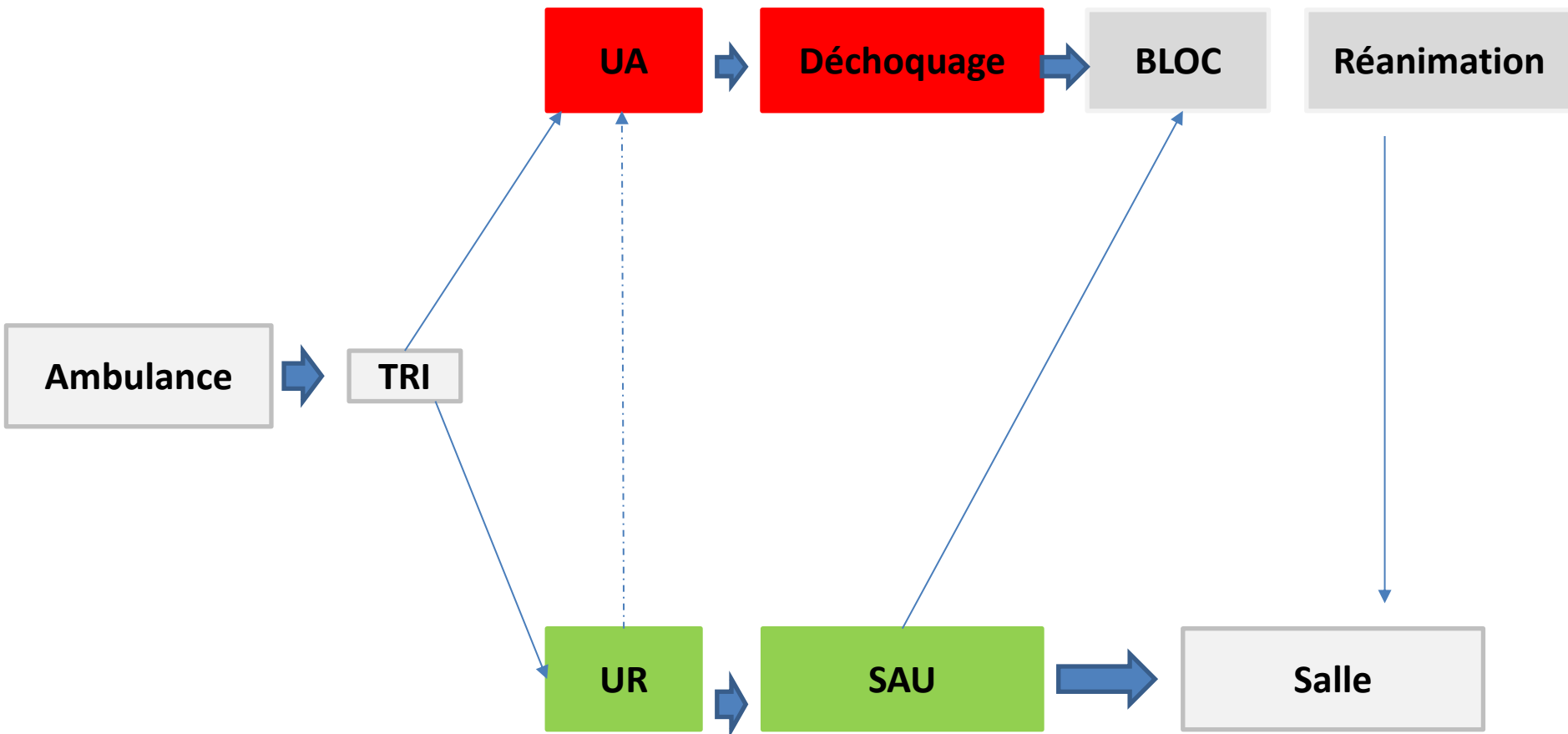
Principes du triage

Catégorisation intrahospitalière	Priorité de prise en charge	Délai de prise en charge	Commentaire	Exemple
UA	EU	< 1h	PC vital engagé en l'absence de PEC immédiate	Choc hémorragique non contrôlé
	U1	< 6 h	PC vital engagé en l'absence de PEC rapide	Membre garrotté
UR	U2	< 18 h	Traitement urgent mais pouvant être différé sans mettre en jeu le pronostic vital	Plaie non hémorragique
	U3	< 36 h	Traitement sans urgence ou absence d'indication chirurgicale	Fr fermée immobilisée
UD		—	Lésion grave nécessitant un traitement lourd et long avec probabilité limitée de survie	Plaie craniocérébrale

Cette catégorisation tient compte du délai maximum avant soins tolérable par la victime

Elle permet leur orientation dans l'hôpital:

- *Les UA (EU et U1) sont orientées le plus tôt possible vers les réanimations, les salles de déchoquage, les salles de réveil ou les blocs opératoires (si la chirurgie est indiquée d'emblée)*
- *Les UR (U2 et U3) sont prises en charge dans des salles d'attente organisées à cet effet ou dans les halls.*



Caractéristiques des blessés

- Les lésions sont multiples et graves touchant toutes les parties du corps chez des patients avec des comorbidités (diabète, cardiopathie)
- Elle peuvent être à type de :
 - Hémorragies graves
 - Plaies profondes et délabrements étendus avec perte de substances pouvant toucher les artères et les organes
 - Brulures étendues
 - Contusions thoraciques et abdominales (multiples)
 - Traumatismes crâniens graves
 - Fractures simples ou multiples
- Ces lésions peuvent rentrer dans le cadre d'un polytraumatisé

Caractéristiques des blessés



Urgence absolue (UA) critique nécessitant une intervention chirurgicale dans 30 min

Patient instable

Présence d'au moins un de ces critères

- PAS < 90 mm Hg, malgré l'expansion volumique
- Utilisation de noradrénaline
- SaO₂ < 90 %
- GCS < 9

Caractéristiques des blessés



Urgence absolue critique nécessitant une intervention chirurgicale dans les 6h

patient critique
absence de critères de patient instable et

présence d'au moins un de ces critères

- DR stabilisée avec $SpO_2 > 90\%$
- PAS > 90 mm Hg après expansion volumique
- Trauma crânien avec $9 < GCS < 13$
- Paraplégie ou tétraplégie
- Trauma pénétrant de la tête , cou, thorax,abdoméne et au dessus des coudes et genoux
- Volet thoracique ou fracture du bassin
- Amputation , délabrement ou écrasement de membre

Caractéristiques des blessés

Urgence dépassée:

- patient traumatisé au-delà des ressources chirurgicales au vu des lésions et l'état clinique,
- patient moribond

Principes du damage control

Le but étant de réduire le temps d'occupation des salles de bloc

- drainage thoracique et fermeture du thorax en cas de thoracotomie
- *packing* hépatique,
- fermeture temporaire des viscères creux,
- Splénectomie et néphrectomie
- fermeture temporaire de l'abdomen
- Après la chirurgie initiale, les patients bénéficient de soins réanimation, de la correction de l'hypothermie, de l'acidose, de l'anémie et des anomalies de l'hémostase
- La chirurgie réparatrice sera pratiquée secondairement

Principes de gestion des blessés

- *Les soins sont délivrés dans le calme et le silence,*
- *ne pas aggraver l'état de stress des victimes*
- *soutien psychologique*
- *Limiter le recours aux examens biologiques et d'imagerie au strict nécessaire et est priorisé selon la catégorie de tri*
- *Les patients les plus graves doivent bénéficier d'une stratégie de chirurgie écourtée (ou damage control) associée à une réanimation intensive*
- *La stratégie consiste à n'assurer que les gestes chirurgicaux d'hémostase*
- *priorité pour rétablir la physiologie*

Les erreurs à ne pas commettre

- Mauvais enregistrement administratif des victimes :
 - nom illisible ,
 - fausse identité
 - Fausse date de naissance
 - mauvaise identification des victimes
 - défaut de traçabilité et de suivi
 - Lever du verrou du contrôle ultime du groupe sanguin

Conclusions

Comment faire face à l'inattendu ?

- Se former et s'entraîner
- Encourager l'erreur lors des simulations :
brouillon de la réussite
- Participer activement aux exercices de
simulation