

## I. Objectifs pédagogiques :

- Savoir définir l'afflux massif de blessés
- Apprendre à faire le triage en cas d'afflux massif de blessés
- Savoir catégoriser les patients en fonction de la gravité de leur état

## II. Introduction :

- Un afflux massif de blessés constitue un événement (souvent imprévu) qui cause des désordres temporels et organisationnels entre la demande de soins accrue et le nombre important de victimes.
- L'afflux massif de blessés peut être naturel ou artificiel : les AVP , les épidémies (COVID) , accidents domestiques , les catastrophes naturelles .
- Les AVP et les accidents de la circulation représentent la 1<sup>ère</sup> cause d'afflux massif de blessés .
- La gestion de l'afflux massif de blessés doit être anticipatrice , rapide , et organisée (l'organisation diminue la mortalité) .

## III. Définitions :

- Un afflux massif de blessés est une arrivée soudaine, imprévue ( jour ou nuit ) d'un nombre élevé de blessés .
- C'est la prise en charge d'un grand nombre de blessés dans une unité de temps
- Un afflux massif de blessés peut être limité , ou massif dépassant les capacités de prise en charge de la structure médicale et chirurgicale.
- Le triage est un acte médical qui consiste à identifier , évaluer , et classer les besoins en soins des patients en fonction de leur priorité .

## IV. Caractéristiques des blessés :

-L'afflux massif de blessés peut être secondaire à des AVP, d'explosion, des attentats , ou de catastrophe naturelle .

-Lors du triage on trouve :

- Des polytraumatisés.
- Traumatismes crâniens.
- Polyfracturés.
- Des brûlés.
- Détresse respiratoire (incendie, noyade).
- Des décès.

### Exemples d'afflux massif de blessés :

- Bataille de Garigliano (Italie) 1944 : 611 blessés en une seule journée
- Bataille de Dien Bien Phu 1954 : 150 blessés en une seule journée , 50 opérés
- Pandémie COVID 2019
- Tsunami 2004 (séisme Indonésie)

## V. Le triage

-Le triage commence dès que le nombre de patients dépasse les capacités humaines et matérielles de la structure.

- Le triage doit être rapide, efficace , et anticiper les situations critiques
- Son objectif principal: est de prendre en charge le maximum de patient
- Établir un ordre de prise en charge
- Catégorisation des victimes en fonction de la gravité de leur état

## VI. Les moyens de triage

### 1. Le triage médical :

- Le triage reste basé sur l'examen clinique des patients et la disponibilité de moyens paraclinique (biologique et radiologique)
- Chaque blessé doit être examiné pour déterminer :
  - La présence d'une détresse vitale : hémodynamique , neurologique , ventilatoire
  - La présence d'une atteinte hémorragique en cas de détresse hémodynamique
  - La présence d'un traumatisme des membres (ouvert ou fermé)
  - La présence d'une atteinte fonctionnelle (atteint oculaire par exemple)
- Pour cela on utilise les moyens suivants :
  - l'état neurologique : score de Glasgow , scanner cérébral
  - L'état respiratoire : fréquence respiratoire et saturation SPO<sup>2</sup> , Sao<sup>2</sup> , FAST écho
  - L'état hémodynamique : FC , TA , FAST(Extended Focused Assessment with Sonography in Trauma) écho
  - L'état biologique : FNS( hemocue) ( hb diminué : risque hémorragique sévère)

**NB:** les défaillances des grandes fonctions vitales doivent être prises en charge en parallèle de l'examen clinique

### 2. Le triage chirurgical :

- clinique et paraclinique (biologique et radiologique) réalisé de préférence par le binôme réanimateur-chirurgien
- le triage se base sur des critères de réponse à la réanimation et la durée d'intervention prévisible
- Le scanner et FAST écho jouent un rôle décisif dans la prise en charge chirurgicale
- Au terme de ce triage, une catégorisation initiale est effectuée :
  - Une chirurgie urgente (sans délai)
  - Une chirurgie différée ( peut attendre)
  - Pas d'indication de chirurgie

## VII. Catégorisation :

- La catégorisation des blessés au cours d'un afflux massif à évolué au fil du temps on distingue :
  3. Classification SAN 01 (ancienne)
  4. Classification simplifiée du Tchad
  5. Classification OTAN
  6. Classification SSA (nouvelle)
- *Le point commun à ces classifications est : le délai avant le geste thérapeutique (chirurgical) pour la survie des patients*

### Classification SAN 101 :

**EU** : extrême urgence : détresse vitale, le traitement s'impose immédiatement  
**U1** : première urgence : délai tolérable jusqu'à 06h avant la chirurgie sous réserve d'une réanimation rapide, efficace et continue  
**U2** : deuxième urgence : délai tolérable jusqu'à 18h avant le traitement, pas de danger de mort  
**U3** : troisième urgence : délais tolérables jusqu'à 36h, blessés légers  
**Éclopés** : blessés très légers, soins simples  
**Morituri** : blessés au-delà de toute ressource thérapeutique

### Classification simplifiée du Tchad : (1980) : deux grands groupes de blessés

- **Les urgences absolues** : les délais thérapeutiques moins de 06 h regroupent : EU, U1 de la SAN 101  
- **Les urgences relatives** : le délai est au-delà de 06h regroupent : U2 , U3 de la SAN101

### Classification OTAN :

**Urgent** : intervention immédiate  
**Immédiate** : délais brefs pour le traitement, blessures graves engagent le pc vital  
**Delayed** : blessés peuvent tolérer un temps d'attente avant le geste thérapeutique sans engagement du pc vital  
**Minimal** : blessés légers nécessitant des soins minimes  
**Expectant** : blessés au-delà de toutes ressources thérapeutiques

### Classification du SSA :

**T1**: blessés doivent être opérés immédiatement :  
    **T1a**: dans les minutes qui suivent l'admission  
    **T1b**: blessés peuvent attendre jusqu'à 04h , + réanimation appropriée  
**T2**: blessés peuvent être opérés ultérieurement ou évacués vers un autre centre  
**T3** : blessés peuvent être orientés et pris en charge hors structure chirurgicale  
**T4**: blessés au-delà de toutes ressources thérapeutiques (conditions de confort)

## VIII. Organisation :

- Plan Mascas : est l'ensemble des mesures liées à la prise en charge d'afflux massif de blessés
- L'objectif principal du plan Mascas est de ne pas saturer la structure de santé concernée
- Alerte des personnels :
  1. le personnel doit être joignable
  2. le personnel doit rejoindre la structure dans des brefs délais
- Organisation spatiale :
  - Une zone d'accueil : recensement ; identification
  - Une zone de triage
  - Une zone de déchargement
  - Un bloc opératoire
  - Une zone post opératoire
  - Une zone d'hospitalisation réservée aux blessés T2, T3
  - Une zone pour les blessés T4
  - Une morgue
  - Anticiper le renfort : personnels ou matériels
  - Anticiper les besoins transfusionnels

### **IX. Conclusion :**

- les principes de prise en charge de l'afflux massif de blessés :
- L'organisation est fondamentale
- Réduire le temps de prise en charge
- Anticipation des situation critiques
- Travail d'équipe ( communiquer , binôme , leadership )