

REPERAGE D'UNE VICTIME CRITIQUE ET DEMANDE DE RENFORT MEDICAL

I Introduction

Le repérage d'une victime critique est une étape majeure qui va conditionner les gestes prioritaires à réaliser par les sapeurs-pompiers, les renforts adaptés (VLI et/ou SMUR) mais aussi l'application éventuelle d'une filière de prise en charge médicale spécifique (neurochirurgie, trauma center, caisson hyperbare...) avec des évacuations sur de longues distances à anticiper (moyen hélicoptéré...).

La rapidité du repérage de la criticité d'une victime conditionne donc indéniablement sa survie ou l'absence de séquelles mais également la rapidité globale de sa prise en charge par la chaîne des secours.

Toutes les victimes étant différentes et présentant une anatomie et une physiologie propres aggravées par des antécédents médicaux et chirurgicaux personnels, aucune intervention ne se ressemblera et imposera donc une rigueur dans l'approche circonstancielle et l'examen clinique de chacune d'entre elles.

L'approche « **MARCHER** » permet cet examen méthodique et respecte les deux adages majeurs qui sont :

- « Repérer d'abord ce qui tue en premier »
- « Traiter au fur et à mesure que l'on trouve »

En situation NOVI, la méthode « **START ABC** » s'appliquera pour déterminer temporairement la criticité d'une victime et sa catégorisation.

Les victimes critiques sont en général catégorisées « **urgences absolues-UA** » et les victimes non critiques en « **urgences relatives - UR** » ou « **impliqués - IMP** ».

La catégorisation est toujours subjective; hormis des situations évidentes comme l'arrêt cardiaque, certaines victimes peuvent parfois être catégorisées UA ou UR selon les intervenants en fonction de leur degré d'appréciation de certains signes ou de leur ressenti. La catégorisation est toujours temporaire et suit l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé des victimes.



Voir la FAC 16.B sur l'approche circonstancielle



Voir la FAC 16.A sur l'approche « MARCHER »



Voir la FAC 15A sur la méthode « START ABC »



La catégorisation opérée par un secouriste est également temporaire tant que la victime n'a pas été vue par un médecin et demeure dans tous les cas évolutive dans le temps.



II

LES DOMAINES DE CRITICITE DES VICTIMES

La criticité d'une victime s'entend sur au moins trois domaines :

- Les urgences vitales
- Les urgences fonctionnelles
- Les âges extrêmes

1 Les urgences vitales

Elles engagent le pronostic vital à très court terme ou moyen terme.

Elles sont suspectées en fonction du contexte ou détectées soit par un trouble évident (inconscience, saignement massif...) soit par la mise en jeu des mécanismes compensateurs du dysfonctionnement du corps humain (essentiellement au niveau respiratoire et circulatoire...).

Les victimes seront considérées comme critiques et catégorisées en urgence absolue en général dans les situations suivantes :

M - Massives Hémorragies

- Hémorragies visibles du cou ;
- Hémorragies jonctionnelles à la racine des membres (aisselle, plis de l'aîne...);
- Hémorragies non contrôlées des membres.

A - Voies Aériennes

- Obstruction totale des voies aériennes ;
- Fracas du visage ;
- Gonflement de la gorge (réactions allergiques, brûlure du cou...)...

R - Respiration

- Présence +/- efficace des mécanismes compensatoires de détresses respiratoires (fréquence respiratoire élevée, signes de tirage, sueurs, cyanose...);
- Plaie thoracique soufflante ou non ;
- Enfoncement de la cage thoracique ;
- Crise d'asthme sévère (impossibilité de parler) ;
- Intoxication aux fumées d'incendie avec présence de suies importantes dans les voies aériennes ;
- Noyade.



Voir la FAC 16.1 sur la technique de réalisation du bilan « MARCHER » et la détection des signes de détresses vitales



*Voir les FAC et FT de la partie 2 des présentes directives **SSUAP** sur les différentes détresses vitales et leurs prises en charge spécifiques*



C - Circulation

- Hémorragie interne avec présence des mécanismes compensateurs (fréquence circulatoire élevée, tension artérielle basse, disparition des pouls radiaux...) dans un contexte d'AVP, de plaies par balles, de coups de couteau...
- Incarcération des membres ou compression des membres.

C - Conscience

- Inconscience profonde avec signes d'enroulement ou d'extension des membres à la douleur (score de Glasgow < à 8);
- Inconscience sur causes toxiques (CO, produits chimiques) ou traumatiques (défenestration, chute de grande hauteur);
- Convulsions prolongées ou par crises répétées.



Voir la FAC 25.C sur le score de Glasgow

H - Hypothermie

- Victime avec un séjour prolongé dans le froid

Les premières étapes « MARCH » du bilan réalisé dans le cadre du « MARCHER » permettent donc de détecter en quelques secondes les principaux signes de ces détresses vitales.

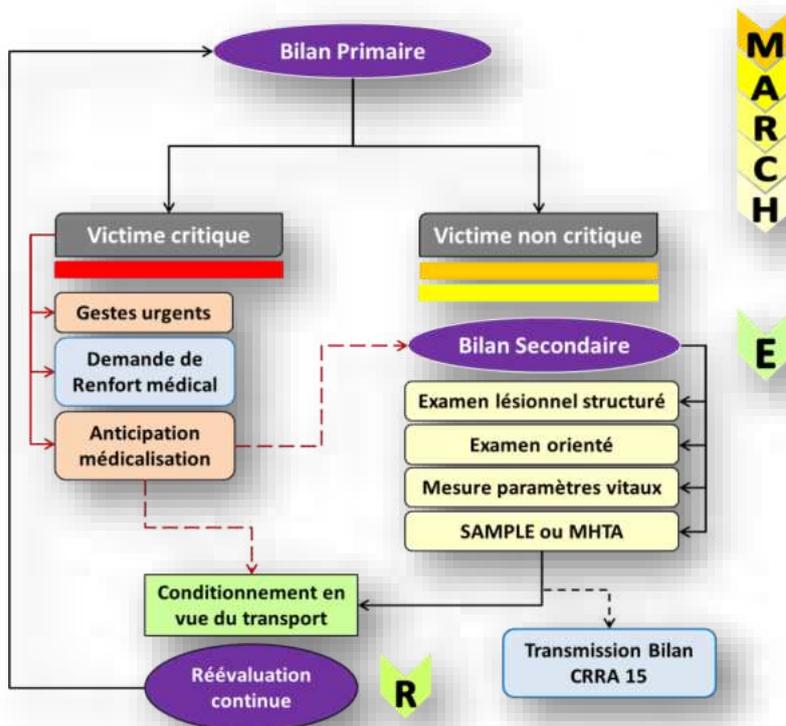


Schéma 16C1 : Repérage critique dans l'approche MARCHER





2 Les urgences fonctionnelles

Les urgences fonctionnelles correspondent à la nécessité d'une prise en charge rapide d'une atteinte lésionnelle et traumatique pour tenter une récupération complète ou pour en limiter au mieux les séquelles fonctionnelles ou esthétiques.

Il s'agit ainsi principalement des sections de membre (ex: section de doigt avec tentative de réimplantation), des lésions des nerfs et des tendons, des plaies de la face avec délabrement (préjudice esthétique) ou des atteintes oculaires (ex: plaie de l'œil).

Ces urgences nécessitent en général un transport vers des centres hospitaliers spécialisés (CHRU Gabriel Montpied ou Estaing à Clermont ou clinique de la Chataigneraie à Beaumont (63)).



Photo 16C2: urgence fonctionnelle de la main

3 Les âges extrêmes

La difficulté de réaliser un examen clinique adapté sur des enfants en très bas âge (interventions rares, appareils de mesure inadaptés, anatomie différente, charge émotionnelle des intervenants et des parents...) ou des personnes âgées (troubles cognitifs, faibles mécanismes compensateurs) font que certaines situations considérées comme non critiques sur un adulte en bonne santé feront considérer la victime comme critique en fonction de l'âge extrême.

Exemple: un nourrisson peu tonique de 15 jours avec vomissements répétés, diarrhées liquides et ne s'alimentant plus depuis 24h sera considéré comme critique. Une détresse circulatoire par déshydratation sévère peut s'installer très rapidement et nécessitera une médicalisation alors que, pour les mêmes signes, un adulte pourra être classé UR et confié au VSAV.

III

LA CATEGORISATION DES VICTIMES



Afin que les différents acteurs de la chaîne des secours parlent le même langage et afin de renseigner la chaîne de commandement, les victimes doivent être classées par catégorie en fonction de leur niveau de gravité.

Les catégories utilisées dans le **SSUAP** quotidien peuvent se voir compléter de sous catégories lors des interventions avec de nombreuses victimes (NOVI).

Le **SSUAP** quotidien voit néanmoins ces sous catégories émerger dans le vocabulaire courant et une logique par couleur devient également nécessaire notamment en terme de formation des sapeurs-pompiers.

1 **Catégorisation courante (disposition ORSEC)**

Dans le cadre des dispositions générales ORSEC « Secours à de NOMBREUSES VICTIMES », il est indispensable que tous les acteurs de la gestion de crise partagent la même sémantique tout au long de l'intervention.

Définitions :

Victime : personne présente sur le lieu de l'évènement, pouvant présenter un dommage, physique ou psychique, directement causé par celui-ci. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « blessée » ou « décédée » ou « impliquée ».

Blessé : victime non décédée, dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes d'aide médicale urgente. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « urgence absolue (UA) » ou en « urgence relative (UR) ».

Décédé : victime dont le décès est constaté par un médecin (hors mort évidente).

Impliqué : victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Les impliqués sont accueillis au centre d'accueil des impliqués (CAI).



Voir la FAC 71 sur les dispositions spécifiques « ORSEC NOVI »

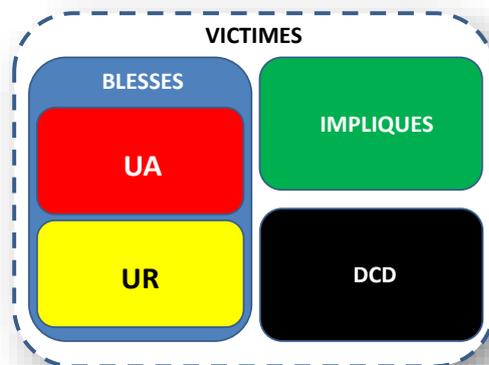


Schéma 16C3 : Catégorisation courante

Ces appellations et définitions s'appliquent également dans le SSUAP quotidien au sein du SDIS 03.





2 Sous catégorisation (NOVI)

Initialement utilisées en médecine de catastrophe par les médecins en sortie du Poste Médical Avancé (PMA), les sous catégories spécifiques NOVI s'utilisent de plus en plus, notamment en cas de tuerie de masse, mais les termes sont repris parfois dans le **SSUAP** courant. Les chefs d'agrès et les COS doivent donc les connaître.

▪ Les sous catégories des urgences absolues - UA

Les urgences absolues sont classées en :

- **Extrêmes urgences (EU)** : Victimes dont le pronostic vital est engagé à très court terme et nécessitent une prise en charge médicale et une évacuation prioritaire vers un centre hospitalier adapté après régulation médicale ;
- **Premières Urgences (U1)** : Victimes dont le pronostic vital est potentiellement engagé à moyen terme nécessitant une prise en charge médicale ou paramédicale et une évacuation régulée rapidement.

▪ Les sous catégories des urgences relatives - UR

Les urgences relatives sont classées en :

- **Deuxièmes urgences (U2)** : Victimes invalides nécessitant un transport couché non médicalisé
- **Troisièmes urgences (U3)** : Victimes valides pouvant éventuellement être évacués par un moyen de transport collectif.



Les sous catégories ont été créées en médecine de catastrophe pour permettre de prioriser les évacuations et les moyens à leur affecter. Les logiques de prises en charge spécifiques des tueries de masses et du Damage Control en particulier nécessitent maintenant que ces sous catégories soient connues de tous les acteurs de terrain.

3 Catégorisation par code couleur

Au sein du SDIS 03, essentiellement à des fins pédagogiques, il est institué progressivement une codification par couleur pour correspondre à une réalité de terrain. En effet, la dualité UA/UR (donc Rouge/Jaune) est insuffisante. L'association « **UA = détresse vitale = équipe médicale** » n'est pas possible à chaque fois.

Parfois cette dualité entraîne le biais de sur catégoriser une UR en UA simplement parce qu'elle est perfusée pour un médicament contre la douleur ou encore de sous catégoriser (donc sous-estimer) une UA parce qu'il n'y a pas de SMUR disponible ou de **VLI** pour l'accompagner alors que son état nécessiterait une surveillance fine.

De plus, la formation secouriste a tendance à se concentrer sur la prise en charge des urgences vitales (UA code rouge) et des traumatismes et affections spécifiques simples (UR code jaune) alors que la réalité opérationnelle crée une catégorie intermédiaire « orange ».



Les victimes « orange » sont ainsi toutes celles qui, bien que stables par la mise en place de mécanismes compensateurs, nécessitent une surveillance fine de la part des sapeurs-pompiers, le plus souvent avec accompagnement au moins paramédical. Ces victimes doivent donc être détectées par les chefs d'agrès ou des secouristes expérimentés pour, à la fois bénéficier d'une surveillance fine, mais également pour permettre d'attirer l'attention du CRRA 15 lors du bilan transmis ou du renfort médical ou paramédical sur les lieux.

Ainsi les victimes « rouges » et « jaunes » doivent pouvoir être détectées par des équipiers **SSUAP** mais les victimes « orange » relèvent plutôt des compétences des chefs d'agrès ou des chefs d'équipe formés de manière complémentaire.

Catégories victimes SDIS 03 (hors NOVI)	Sous catégories spécifiques NOVI	Code Couleur SDIS 03 (hors NOVI)	Code couleur NOVI
Décédés	DCD		
Urgences Absolues	Extrêmes Urgences EU		
	Premières Urgences U1		
Urgences Relatives	Deuxièmes Urgences U2	ou	
	Troisièmes Urgences U3		
Impliqués	Impliqués		

Tableau 16C4 : Catégories et couleurs applicables au sein du SDIS 03

IV LE RENFORT « MEDICAL »

Lorsqu'une victime a été évaluée comme critique à l'issue de la procédure « MARCH », les sapeurs-pompiers doivent impérativement communiquer cette information au CRRA 15 dans les plus brefs délais afin d'obtenir un renfort médical.

Cette communication et cette demande de renfort médical doivent se faire par téléphone au CRRA 15 en passant impérativement par le CTA-CODIS afin que la conversation soit enregistrée et archivée par le SDIS ou, par radio sur la conférence 237 (SSU) dédiée aux liaisons SAMU SDIS mais veillée également en permanence par le CODIS.



Points Clés

Il faut utiliser les numéros 04.70.20.21.26 ou encore 04.70.35.81.10 en lieu et place du n°18 pour faciliter la priorisation des appels à décrocher par les opérateurs du CTA-CODIS.





1 Les types de renfort

- **Renfort médical** : il est principalement assuré par les équipes médicales des 3 SMUR des centres hospitaliers de Moulins, Montluçon et Vichy **par voie terrestre ou hélicoptée**. Elles permettent une médicalisation lourde sur les lieux.
- **Renfort paramédical** : préférentiellement destiné aux victimes de couleur orange (jonction entre les UR et les UA), le renfort paramédical est assuré par les **VLI** du SDIS. Les infirmiers de sapeurs-pompiers peuvent également intervenir sur des victimes rouges dans l'attente d'un renfort médical ou par carence de celui-ci. Les **VLI** sont engagés par le CTA-CODIS en départ réflexe ou à la demande du chef d'agrès (ou tout autre COS) et peuvent l'être également à la demande du SAMU.



Points Clés

*L'engagement d'une **VLI** n'est pas conditionné à l'aval du SAMU mais le bilan doit être passé au plus vite au **CRRA 15** qui jugera de l'opportunité d'engager ou non un **SMUR** en complément.*

2 Préparation à la médicalisation

Dans l'attente d'un renfort médical ou paramédical, les sapeurs-pompiers doivent :

- 1) **Transmettre un bilan au CRRA 15** afin de les renseigner sur les circonstances et l'état de gravité de la victime et ce même si une équipe médicale ou **VLI** est engagée au départ des secours.
- 2) **Proposer une jonction** (convergence en un point de rencontre des vecteurs secouristes et médicaux) au CRRA 15 si la victime est déjà conditionnée dans le VSAV.
- 3) **Réaliser une surveillance régulière** de la victime (aggravation de son état, efficacité des gestes entrepris...).
- 4) **Préparer un espace de travail adapté** (volume disponible à la tête et au tronc de la victime, éclairage, chauffage...) pour permettre la réalisation d'examens ou de gestes complémentaires par les médecins et infirmiers (intubation, électrocardiogramme...).
- 5) **Regrouper les documents médicaux** (ordonnances, examens sanguins et radiologiques récents, dernier ECG...) et médico-administratifs (carte vitale, d'identité et de mutuelle).

