

INTERVENTION POUR « VICTIME EN SURPOIDS »

I Introduction

Les interventions pour « victimes en surpoids » désignent les situations opérationnelles en **SSUAP** au cours desquelles les sapeurs-pompiers sont confrontés à des victimes de forte corpulence et dont le poids est supérieur à 160 kg.

Le terme qui est employé dans certains SDIS est celui d'interventions bariatriques mais le SDIS de l'Allier ne disposant pas d'ambulance dédiée ni de matériel bariatrique, le terme de « victimes en surpoids » est utilisé pour ne pas entraîner de confusion tant en interne que vis-à-vis des partenaires extérieurs.

Les propriétés et caractéristiques de certains matériels en service permettent néanmoins de prendre en charge des victimes de plus de 160 kg avec des poids variables en fonction des dispositifs (relevage, brancardage...). Pour autant, une intervention **SSUAP** urgente pourra n'être assurée dans des conditions optimales de sécurité (relevage, brancardage et évacuation d'urgence en VSAV) jusqu'au centre hospitalier que pour une victime pesant au maximum 204kg.

Dans le vocabulaire médical courant, le terme de surpoids désigne l'étape avant l'obésité, c'est-à-dire des personnes avec un Indice de Masse Corporelle (IMC) se trouvant entre 27 et 29,9 kg/m².

L'obésité se définit comme une « **augmentation excessive de la masse grasse de l'organisme dans une proportion telle qu'elle peut avoir une influence sur l'état de santé** » avec un IMC > 30 kg/m².

Les facteurs favorisant l'obésité sont :

- L'hérédité ;
- La culture alimentaire ;
- La sédentarité ;
- L'arrêt du tabac ;
- Des phénomènes hormonaux (notamment chez les jeunes et les femmes).

i

Dans l'Allier, seule la société d'ambulances privées FRAMONT de Vichy dispose d'une ambulance bariatrique pour effectuer des transports sanitaires

i

En France, 6,5 millions de personnes sont obèses (soit 14,5% de la population adulte) en 2009. Source : Ob Epi-Roche 2009.

i

Chaque minute, dans le monde plus 5,3 personnes meurent des conséquences de leur obésité ou surpoids. Cela représente 2,8 millions de décès dus à l'obésité chaque année ou bien 6 850 morts par jour, soit la 5^{ème} cause de mortalité au niveau mondial et la 3^{ème} dans les pays riches. En 2015 environ 2,3 milliards d'adultes étaient en surpoids et plus de 700 millions, obèses. D'ici 2030, le nombre de personnes en surpoids devrait atteindre 3,3 milliards.



II

SIGNES SPECIFIQUES

Les signes spécifiques de l'obésité sont à rechercher par l'interrogatoire de la victime ou de son entourage ainsi que la notion de poids réel (prise de poids récente). La victime a souvent tendance à sous-estimer son poids.

L'examen clinique ne diffère pas d'une victime standard, mais sera rendu plus difficile en raison notamment de la masse grasseuse présentée par la victime. Les difficultés sont notamment :

- Les signes de décompensation respiratoire sont plus difficiles à identifier (tirage, balancement thoraco abdominal).
- La mesure de la SpO₂ est souvent prise en défaut.
- La palpation du pouls est plus difficile.
- Le TRC peut être augmenté du fait d'une vascularisation moindre du tissu grasseux sans pour autant témoigner d'un état de choc.
- La pression artérielle doit être mesurée avec un brassard adapté au risque de surestimer les chiffres.

III

CONSEQUENCES DE L'OBESITE ET LES RISQUES POUR LA SANTE

L'obésité provoque des risques accrus de nombreuses maladies et conditions de santé notamment :

- Maladies coronariennes ;
- Diabète de type 2 ;
- Cancers (l'endomètre, poitrine et côlon) ;
- Hypertension artérielle ;
- Dyslipidémie (par exemple, le taux élevé de cholestérol total ou des niveaux élevés de triglycérides) ;
- Accident vasculaire cérébral ;
- Maladie du foie et la vésicule biliaire ;
- Apnée du sommeil et problèmes respiratoires ;
- Arthrose (une dégénérescence du cartilage et ses os sous-jacent au sein d'un joint) ;
- Problèmes gynécologiques (menstruations anormales, infertilité).





IV SUR INTERVENTION



Photo 72B1 : Adaptation de certains matériels à l'obésité

Les interventions pour « victimes en surpoids » génèrent des contraintes supplémentaires en termes d'ergonomie dans les séquences de relevage et de brancardage ainsi que des contraintes techniques. Les matériels en service dans les VSAV (jusqu'au plan d'équipement 2015) ne permettent pas le transport de victimes de plus de 160 Kg.

A domicile, pour des personnes dont le poids connu est supérieur à 160 kg, le SDIS n'est tenu qu'à la réalisation des gestes de premiers secours. La mission d'évacuation sera confiée à un vecteur déterminé par la régulation médicale. Les demandes de carence d'ambulancier pour des victimes dont le poids connu est supérieur à 160kg seront refusées par le chef de salle.

Pour les VSAV du SDIS à partir du plan d'équipement de 2015 (Cellules dites carrées), le poids maximal d'une victime sera porté à 204kg. Pour autant, le SDIS n'est pas tenu de réaliser des transports sanitaires bariatriques et **se limitera à l'évacuation de patient de 160kg au maximum hormis évacuation d'urgence jusqu'à 204kg.**

Le SDIS peut concourir à une aide au brancardage simple en mettant à disposition du personnel pour aider un transporteur sanitaire privé ou un SMUR lors des opérations de relevage et de brancardage. Le SDIS peut concourir à une aide au brancardage technique au profit d'un ambulancier privé ou d'un SMUR pour une personne obèse notamment au travers du **SMPM** ou d'une échelle aérienne à plateforme.

V AFFECTATION DES VSAV « CELLULE CARRE »

Les VSAV à partir du plan d'équipement 2015 (PE) disposent de brancard « Ferno F2 » permettant le transport de victime de 250kg



Voir la FT 72.1 sur le lot
victime surpoids



maximum. Pour autant, du fait des limites de charge de la table électrique du VSAV à 250Kg, il faut déduire le poids du brancard (46kg) soit l'empport maximal d'une victime de 204kg.



Brancard Chapuis® S330 + 940

**Capacité = Victime
maxi 160 kg**



Brancard Ferno® F2 + F2 BB

**Capacité = Victime
maxi 204 kg**

Schéma 72B2 : Charge maximale (poids victime + matériels sur le brancard) en fonction des générations de VSAV au sein du SDIS 03

1 Affectation des VSAV « cellule carrée »

Les VSAV à partir du PE 2015 représentent plus de 60% du parc de VSAV. Le CODIS s'assurera de la qualité du véhicule avant l'engagement.

2 Charges maximales admissibles des matériels standards des VSAV

- Brancard cuillère (aluminium) = 160 kg
- Brancard cuillère (polyéthylène) = 150 kg
- Matelas Immobilisateur à Dépression (M.I.D) = 160 kg
- Plan dur (polyéthylène) = 160 kg
- Attelle Cervico-Thoracique (A.C.T) = 227 kg
- Alèse portoir = 150 kg
- Chaise de transport = 150 kg





3 Matériels spécifiques « surpoids » au sein des 3 CSP

Ce matériel peut être acheminé par VL ou VTU à la demande du chef d'agrès.

▪ MID XXL « CORBEN »

- Poids = 8 kg.
- Dimensions = 210 x 140 cm.
- Charge maximum admissible (*sans renforcement*) = 160 kg.
- Charge maximum admissible (*avec renforcement*) = 600 kg.



Voir la FT 72.1 sur le lot
victime surpoids



▪ Alèse portoir XXL

- Dimensions = 203 x 152 cm.
- Charge maximale admissible = 900 kg.



▪ Sangle de relevage renforcée au nombre de 3

- Dimensions = 130 x 19 cm.
- Charge maximale admissible = 225 kg.





▪ Barquette d'évacuation

- Poids = 10 kg.
- Dimensions = 216 x 61 x 19.
- Charge maximale admissible = 272 kg.



▪ Civière KONG LECCO X-LARGE

- Poids civière = 16 kg.
- Dimensions civière = 198 x 75 cm.
- Dimension complet = 310 x 75 cm.
- Charge maximale admissible = 400 kg.



▪





VI

CONDUITE A TENIR

Rôle du chef d'agrès :

Le chef d'agrès se doit d'anticiper les moyens nécessaires et adaptés, ainsi que le nombre de personnels pour organiser au mieux le brancardage ou la sortie par un moyen spécifique.

La spécificité de ces interventions impose des moyens et du personnel dont le délai d'intervention est à prendre en compte.

En parallèle de la réalisation d'un bilan complet et des gestes de secours adaptés, la conduite à tenir impose de :

- **Évaluer la nécessité de renfort en moyens « victimes surpoids » et/ou **SMPM** ou de s'assurer de leur engagement précoce par le CTA-CODIS.**
- **Anticiper la phase d'évacuation (type de VSAV par rapport au poids de la victime, moyen extérieur au SDIS 03...).**
- **Éviter d'allonger la victime à plat dos.**
- Informer le futur lieu d'accueil de la victime (préparation de matériel spécifique) en lien avec la régulation médicale du CRRA 15.
- Informer le CTA/CODIS et le CRRA 15 du déroulement de l'intervention en cas d'intervention de longue durée.



La médicalisation de ces interventions est souvent nécessaire. En effet, l'évacuation hospitalière est souvent retardée et la mobilisation de la victime peut compliquer certaines pathologies (changement de position, effort, stress, ...)

