

Document de support PICTAP 2017



Module 3 : MESURES D'URGENCE

Dre Colette D. Lachaine

Version 1.2

Mise à jour septembre 2017

Troisième édition
Dépôt légal 2017
Bibliothèque et archives Canada
Bibliothèque et archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-79235-2 (3^e édition, 2017) (PDF)
ISBN : 978-2-550-71667-9 (2^e édition, 2014) (PDF)
ISBN : 978-2-550-52290-4 (1^{re} édition, 2008) (PDF)

Toute reproduction par quelque procédé que ce soit est interdite à moins d'autorisation écrite préalable.

Note : Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	5
Collaborateurs	6
Introduction	7
1.0 Sinistre.....	9
1.1 Définition	9
1.2 Catégories de sinistres	9
1.3 Points de repère	10
1.4 Sinistre – à retenir	11
1.5 Sinistre vs accident à multiples blessés	11
2.0 Mesures d'urgence – organisation.....	13
2.1 Intervenants santé.....	13
2.2 Rôles des différents intervenants-terrain.....	14
2.1.1 Protocole SIN. 1 – Intervention sur un site de sinistre comptant plusieurs patients	15
2.3 Organisation physique des lieux	16
3.0 Triage – concepts généraux	19
3.1 Triage START-Rappel	19
3.1.1 Objectifs	19
3.1.2 Classification des blessés.....	20
3.1.3 Prérequis	20
3.2 Méthode de triage START	20
3.2.1 Démarche	20
3.2.2 Étiquettes de triage.....	22
3.2.3 Dossards de triage.....	23
3.2.4 Algorithme START	24
3.2.5 START et précautions cervicales.....	25
3.2.6 Après START	25
3.2.7 Registre des patients	26
3.3 JumpSTART modifié	27
3.3.1 Démarche	27
3.3.2 Algorithme combiné	30
3.3.3 Mesures d'urgence – à retenir.....	31
3.4 Autres situations de triage	31
3.4.1 Triage inversé	31
3.4.2 Accident à victimes multiples	32
Références.....	34

PRÉFACE

Autant dans leur présentation que dans leur forme, les protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP) 2017 semblent peu changés, autant la philosophie sous-jacente des PICTAP évolue avec chaque nouvelle édition.

La professionnalisation et l'élargissement des soins primaires vous demandent maintenant plus que simplement connaître et appliquer leur contenu. Pour faire un usage « intelligent » des PICTAP, il est aussi important de connaître les diagnostics différentiels associés à une présentation clinique particulière, le pronostic de ces différentes pathologies et même souvent, connaître la suite des traitements en centre hospitalier est pertinent au traitement préhospitalier. Autrement dit, il est important que vous compreniez le « pourquoi » de chaque geste retenu dans les protocoles.

Pour supporter cette nouvelle philosophie et la formation elle-même, nous développerons une série de 7 documents, un pour chacun des différents modules suivants :

Module 1 : Généralités et concepts médico-légaux

Module 2 : Appréciation de la condition clinique préhospitalière

Module 3 : Mesures d'urgence et triage

Module 4 : Réanimation

Module 5 : Problèmes médicaux : administration des 5 médicaments

Module 6 : Obstétrique

Module 7 : Traumatologie

Ces documents se veulent des documents de référence aux différents protocoles des PICTAP, une source de documentation sur les pathologies sous-jacentes et la réponse aux « pourquoi » des PICTAP.

Bonne lecture.

Colette D. Lachaine, mdcm
Directrice médicale nationale des Services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux

COLLABORATEURS

Nous ne pouvons citer ici tous les médecins et techniciens ambulanciers paramédics qui ont participé directement ou indirectement à la révision et à la rédaction des documents de support des PICTAP. Cependant, nous tenons à souligner particulièrement la collaboration étroite de certains dans leur réalisation.

M. Claude Dubreuil

Technicien ambulancier paramédic-instructeur
Équipe de formation provinciale

M. Sylvain Tardif

Technicien ambulancier paramédic
Assurance de la qualité
Agence de la santé et des services sociaux
de Lanaudière

La Table des directeurs médicaux régionaux

INTRODUCTION

L'objectif principal de la section de formation PICTAP 2017 sur les mesures d'urgence est de créer un outil référence quant à la méthode de triage JUMPSTART modifiée, une adaptation pédiatrique de la méthode START.

La section du présent document sur les mesures d'urgence n'est qu'un bref rappel de concepts connus, pour remettre en contexte le triage en situation de sinistre; elle ne se veut pas une mise à jour complète de vos connaissances à cet effet.

Il est prévu dans le plan de formation provincial des techniciens ambulanciers paramédics, une formation de mise à jour sur les mesures d'urgence, avec ajouts d'éléments pour vous préparer aux événements de sinistres liés au terrorisme : agents chimiques, biologiques et radioactifs.

1.0 SINISTRE

1.1 Définition

Pour intervenir adéquatement lors d'une situation de sinistre, il faut premièrement bien comprendre ce qu'est un sinistre, pour bien la reconnaître.

Voici quelques définitions et synonymes :

- ◆ catastrophe;
- ◆ cataclysme;
- ◆ désastre;
- ◆ grand malheur, accident grave, révolution funeste, fin déplorable, désastre (incendie, etc.);
- ◆ événement naturel ou provoqué par l'humain qui cause des dommages, des pertes (incendie, inondation, naufrage, tremblement de terre, etc.).

Dans notre contexte, on réfère plus particulièrement à *un événement de grande envergure, indépendamment de la cause initiale, qui génère de nombreux blessés et particulièrement lorsque les ressources disponibles sont dépassées par les besoins.*

Ce dernier point est la clé à l'identification de la situation de sinistre. Le fait que les besoins dépassent les ressources disponibles est ce qui dicte que notre conduite doit différer de notre façon de faire habituelle.

1.2 Catégories de sinistres

Les sinistres sont généralement classés en trois catégories selon leur origine :

- ◆ Sinistres causés par des phénomènes naturels :
 - tremblement de terre
 - inondations
 - tempêtes

- ◆ Sinistres reliés au développement technologique :
 - explosion (Cie CIL)
 - centrale nucléaire, accident
 - déversement de produits chimiques
- ◆ Sinistres reliés à l'activité humaine :
 - émeute
 - accident d'avion

1.3 Points de repère

Nous référons généralement à 7 points de repère pour identifier une situation de sinistre :

- ◆ L'événement
 - Hors de l'ordinaire
 - Le danger est grave
 - Des incertitudes scientifiques ou technologiques existent
 - Aucune emprise sur la durée
- ◆ L'intervention
 - L'extrême urgence de l'action
 - Des tâches et des procédures inhabituelles s'ajoutent
 - La maîtrise de la situation se fait difficilement
- ◆ La mobilisation
 - Les ressources en place ne suffisent plus
 - Plusieurs ressources humaines ayant des expertises différentes et provenant de différents ministères et services sont sur place
- ◆ La coordination
 - Plus de deux ministères sont impliqués dans l'événement
 - L'événement nécessite une importante coordination entre les intervenants et entre les organisations
 - La circulation et le partage d'informations sont nécessaires
 - Les décisions sont prises par les autorités
- ◆ Les communications
 - Les fréquences radios et lignes téléphoniques sont surchargées ou non fonctionnelles
- ◆ Les relations avec les médias
 - Les journalistes sont nombreux

◆ Conséquences

- Les sinistrés sont nombreux et les dommages sont importants
- Les effets sont ressentis sur les individus et la collectivité
- Les conséquences sont à long terme

Il n'est pas nécessaire que tous ces points soient présents pour qu'il s'agisse d'une situation de sinistre, mais lorsqu'un point est présent, il est nécessaire de rester vigilant quant à savoir si nous ne sommes pas devant une situation de sinistre, et donc le besoin de modifier notre fonctionnement.

1.4 Sinistre – à retenir

Un sinistre est un événement de grande envergure, indépendamment de la cause initiale, qui génère de nombreux blessés; **on réfère plus particulièrement au concept de sinistre lorsque les besoins dépassent la capacité des ressources disponibles à agir de façon habituelle.**

1.5 Sinistre vs accident à multiples blessés

Il est fréquent dans le milieu préhospitalier de faire face à un accident de la route avec multiples blessés. Il faut comprendre qu'il ne s'agit pas là d'un sinistre de grande envergure, tel que discuté ici. Par contre, certains éléments de l'organisation de l'intervention de type sinistre peuvent être utilisés pour bien gérer cette intervention puisque temporairement les ressources seront insuffisantes pour s'occuper de tous les blessés de façon immédiate. L'utilisation des méthodes de triage START ou JUMPSTART est recommandée dans ces situations pour l'évaluation initiale des blessés. Par contre, selon la situation, il peut être préférable que le premier véhicule sur la scène quitte avec les blessés les plus graves rapidement, contrevenant à la règle de mesures d'urgence que le premier véhicule quitte toujours le dernier.

2.0 MESURES D'URGENCE - ORGANISATION

Lors d'une situation de sinistre, de nombreux types d'intervenants sont appelés à intervenir : policiers, pompiers, spécialistes en matières dangereuses, intervenants sociaux, hôpitaux ou centres de réception, équipes de communication, ministère de l'environnement, industrie impliquée (compagnie aérienne, compagnie d'électricité, compagnie de gaz naturel), etc.

La coordination de l'ensemble de ces intervenants est la clé du succès de l'intervention.

La gestion d'une situation de mesures d'urgence est une responsabilité municipale. Le coordonnateur des mesures d'urgence est le maire ou une autre personne désignée par le maire. Il faut par contre faire une distinction entre le coordonnateur des mesures d'urgence (un rôle de coordination administrative) et le directeur des opérations (rôle de leadership sur le terrain).

2.1 Intervenants santé

Au niveau des services de santé, il y a trois volets de responsabilités :

- ◆ Santé physique : intervenants impliqués dans le traitement des blessés : premiers répondants, techniciens ambulanciers paramédics, infirmières, médecins, hôpitaux, CLSC, etc.
- ◆ Santé publique : les intervenants de santé publique doivent évaluer si l'événement a des répercussions sur la santé publique et prendre les mesures appropriées pour prévenir l'impact sur la population en général.
- ◆ Volet psychosocial : psychologues, travailleurs sociaux, etc. qui s'occupent de l'impact psychologique de l'événement sur les patients, leur famille, les intervenants et la communauté dans son ensemble, si nécessaire.

2.2 Rôle des différents intervenants-terrain

POMPIERS

Les pompiers sont responsables du sauvetage des blessés. Ils sont responsables d'entrer en zone dangereuse pour rapatrier les blessés (brancardage) en zone sécuritaire.

Les pompiers sont aussi responsables du contrôle des risques d'incendie, de la désincarcération et de la décontamination des blessés lors d'une exposition à une matière dangereuse. Ils participent à l'évacuation, si nécessaire.

Le directeur des opérations est plus souvent qu'autrement le responsable du service d'incendie.

POLICIERS

Les policiers sont responsables de la sécurité, du contrôle de la foule et du contrôle de l'accès à la scène. Ils sont aussi responsables de la circulation des véhicules d'urgence et autres véhicules nécessaires à l'intervention. Ils sont aussi responsables, lorsque nécessaire, de la coordination d'une évacuation, de prévenir pillage et vandalisme, et de contacter le coroner et de faire transporter les morts.

SANTÉ

Sur la scène, les premiers répondants et techniciens ambulanciers paramédics sont responsables du triage, du traitement et du transport des blessés. Occasionnellement, lors d'une intervention qui perdure, une équipe médicalisée peut venir en support aux intervenants préhospitaliers.

Le chef-trieur est le responsable des équipes d'intervention-santé; sa responsabilité est la gestion de la scène, les communications avec la centrale de communication santé et les autres intervenants (police, incendie et autres). Il évalue le besoin de ressources nécessaires et en fait la demande. De concert avec le directeur des opérations, il choisit la localisation des aires de triage et de rassemblement des blessés.

Le trieur de son côté effectue le triage, selon la méthode START / JUMPSTART. Les rôles des deux partenaires sont définis dans le protocole SIN. 1 - Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients.

2.2.1 **SIN. 1** Intervention sur un site de sinistre comportant plusieurs patients

**Ce protocole s'applique au premier véhicule
arrivé sur les lieux d'un sinistre.**

- 1. Approche sécuritaire du site par les techniciens ambulanciers paramédics**
 - a) Identifier la présence de matières dangereuses. Si présente, se référer au protocole IND. 1 (Exposition à des matières dangereuses).
 - b) Identifier la présence de risques.
 - c) Estimer les conditions climatiques.
 - d) Analyser la topographie du terrain.
 - e) Estimer le nombre de patients.
 - f) Informer les autorités compétentes selon la politique régionale.
- 2. Le chef-trieur rencontre le directeur des opérations d'urgence de la municipalité lorsque disponible sur les lieux.**
- 3. Le trieur fait rapport au chef-trieur des résultats de l'analyse de la situation. Ce dernier les transmet au Centre de communication santé.**
- 4. Permission d'intervenir refusée**
 - a) Le chef-trieur reste en contact continu avec le directeur des opérations d'urgence.
 - b) Le trieur communique les renseignements pertinents au chef-trieur.
- 5. Permission d'intervenir accordée**
 - a) Le trieur débute le triage selon la méthode START et JUMPSTART modifié (pour les enfants sans signe de puberté) avec les cartons de triage.
 - b) Le chef-trieur organise le site d'intervention afin de faciliter l'arrivée des autres ambulances et organise les communications.
- 6. Le chef-trieur établit un point de triage et demande l'aide des équipes de sauvetage pour faire le brancardage des patients, s'il y a lieu.**
- 7. Se référer au protocole SIN. 2 (Protocole START et JUMPSTART modifié)**
- 8. Les autres véhicules ambulanciers se rapportent au chef-trieur.**

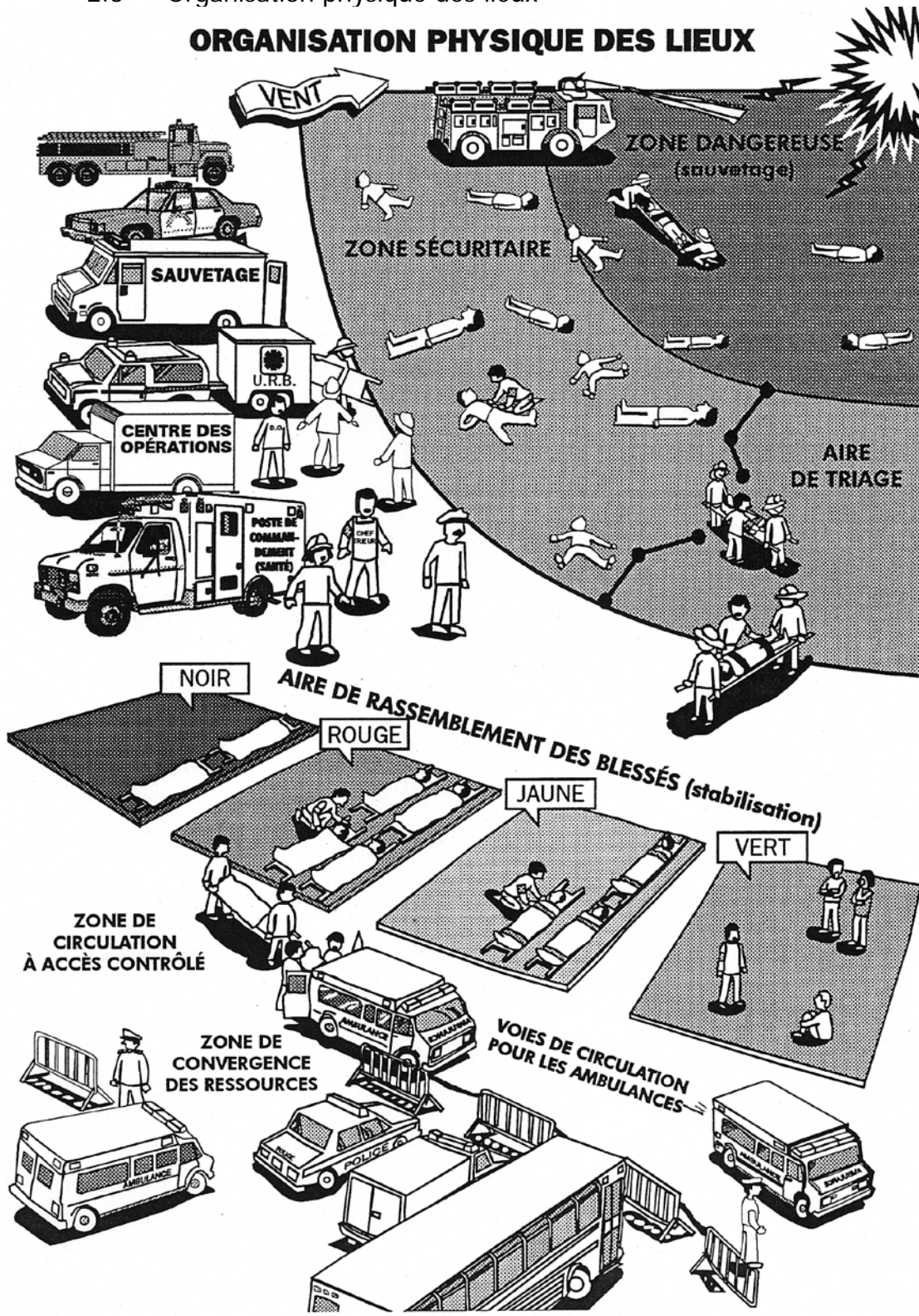
Remarque :

Les techniciens ambulanciers paramédics déterminent ensemble qui occupera les rôles de chef-trieur et de trieur.

Le chef-trieur peut être remplacé à tout moment de l'intervention par un autre TAP plus expérimenté ou par un superviseur clinique de l'entreprise. Le nouveau chef-trieur avise le Centre de communication santé du transfert de responsabilité.

2.3 Organisation physique des lieux

ORGANISATION PHYSIQUE DES LIEUX



ZONE DANGEREUSE

Zone délimitée par un périmètre de sécurité et qui comporte des risques pour la sécurité des intervenants.

SAUVETAGE

Opération qui consiste à évacuer les victimes de la zone dangereuse et à les amener en zone sécuritaire.

ZONE SÉCURITAIRE

Zone qui ne comporte pas de risque pour la sécurité et la santé des intervenants.

AIRE DE TRIAGE

Aire située en zone sécuritaire, mais près de la zone dangereuse, où on évalue l'état des blessés afin de les classer en fonction de l'urgence du traitement (triage START).

AIRE DE RASSEMBLEMENT DES BLESSÉS

Aire située près de l'aire de triage où on rassemble les blessés selon les catégories de triage (vert, jaune, rouge et noir), où on effectue un triage secondaire et où on procède à la stabilisation et où l'on coordonne le transport des blessés.

CENTRE DES OPÉRATIONS

Endroit sur les lieux où sont orchestrées toutes les actions concernant le sinistre et où convergent tous les renseignements que les intervenants possèdent ou tous ceux qui leur sont destinés.

POSTES DE COMMANDEMENT (police, pompier, santé)

Endroit sur les lieux où sont orchestrées toutes les opérations liées à un secteur.

ZONE DE CIRCULATION À ACCÈS CONTRÔLÉ

Zone délimitée pour limiter et contrôler l'accès à la scène.

AIRE DE DÉCONTAMINATION

Aire sise en bordure du périmètre de sécurité où sont décontaminées les victimes avant d'être transportées à l'aire de triage.

3.0 TRIAGE – CONCEPTS GÉNÉRAUX

Rappelons-nous que le triage s'effectue lors d'un sinistre et que lors d'une telle situation nous ne pouvons pas donner, de façon immédiate, les soins requis à toutes les victimes.

Il faut donc prioriser nos actions pour nous permettre de sauver le plus possible de victimes.

3.1 TRIAGE START - RAPPEL

La méthode de triage START a été développée en 1983 par une équipe du Hoag Memorial Presbyterian Hospital en Californie. START est un acronyme pour Simple Triage And Rapid Treatment.

3.1.1 Objectifs

L'objectif premier du triage START est de départager les blessés qui requièrent des soins immédiats de ceux qui peuvent tolérer un certain délai et ce, rapidement.

START permet aussi de sauver des vies par l'application des méthodes de base : ouverture des voies respiratoires, contrôle d'hémorragie importante.

START permet aussi d'évaluer la futilité d'intervenir; chaque minute passée auprès d'une victime n'ayant aucune chance de survie est une minute perdue au chevet d'un patient qui peut survivre et qui requiert des soins immédiats.

Ceci se traduit donc par *Le plus grand bien pour le plus grand nombre.*

START nous permet d'établir l'ordre d'évacuation des blessés.

L'évaluation START est sommaire et doit se faire **en moins de 30 secondes par blessé.**

3.1.2 Classification des blessés

La classification des blessés se fait en 4 catégories qui sont représentées par un code de couleur (ici présentée selon l'ordre de priorité) :

ROUGE : blessé en danger de mort, mais ayant des chances raisonnables de survie.

JAUNE : blessé pouvant tolérer une attente minimale avant d'être évacué sans mettre sa vie en danger dans l'immédiat (ne peut marcher).

VERT : blessé sur pied pouvant tolérer une attente prolongée selon les ressources disponibles.

NOIR : personne décédée ou n'ayant aucune chance de survie.

3.1.3 Prérequis

En tout premier lieu, comme dans toute situation préhospitalière, il est nécessaire d'évaluer la sécurité de l'intervention. Ceci doit être réévalué de façon continue sur la scène, mais aussi lorsque les blessés arrivent au centre receveur, particulièrement lorsqu'il s'agirait d'une exposition à une matière dangereuse. Si les blessés n'ont pas été décontaminés de façon adéquate, le centre receveur et ses intervenants seraient exposés à leur tour, pour possiblement devenir des victimes supplémentaires.

3.2 MÉTHODE DE TRIAGE START

La méthode **START évalue la réponse physiologique** du patient à son traumatisme ou exposition. Ceci est en opposition à notre évaluation habituelle en traumatologie où le potentiel de danger selon la cinétique est pris en considération.

3.2.1 Démarche

Après s'être assuré de la sécurité de la scène, le trieur peut faire une demande initiale à tous les patients qui seraient capables de marcher, de se rendre à un point de rencontre prédéterminé; ceci permet d'identifier les « VERTS ». **Une personne responsable de ces patients doit aussi être assignée à ce point de rencontre.**

Le trieur débute ensuite le triage en commençant par le patient le plus près de lui et il continue sa démarche jusqu'au patient le plus éloigné.

La démarche START est illustrée à la page 24.

Chaque évaluation inclut :

- ◆ respiration;
- ◆ circulation;
- ◆ état de conscience.

RESPIRATION

Premièrement, on évalue si le patient respire.

S'il ne respire pas, on tente d'ouvrir les voies respiratoires et on évalue à nouveau si le patient respire :

- ◆ s'il respire, il est classé « ROUGE »;
- ◆ s'il ne respire pas, il est classé « NOIR ».

Si le patient respire spontanément, on évalue son rythme respiratoire de façon sommaire :

- ◆ s'il respire > 30/min, il est classé « ROUGE »;
- ◆ s'il respire < 30/min, on poursuit l'évaluation.

CIRCULATION

Dans un deuxième temps, la circulation du patient est évaluée. Le pouls radial est évalué dans cette deuxième étape. START mentionne l'utilisation du retour capillaire ou la présence de pouls radial, mais ce premier, dans l'environnement québécois est peu fiable; nous ne l'utiliserons donc pas ici. La présence du pouls radial doit être évaluée dans l'extrémité la moins blessée :

- ◆ si le pouls radial est absent, le patient est classé « ROUGE ».
- ◆ si le pouls radial est présent, on poursuit l'évaluation.

Par contre, avant de procéder à la prochaine étape, il faut aussi évaluer si le patient présente une hémorragie grave. Si c'est le cas, l'hémorragie doit être contrôlée. Si l'hémorragie était évidente à l'arrivée au chevet du patient celle-ci serait évidemment contrôlée de façon immédiate.

ÉTAT DE CONSCIENCE

Encore ici, l'évaluation est sommaire. On doit évaluer si le patient est capable de répondre à des ordres simples.

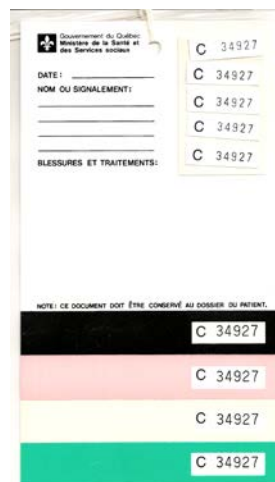
- ◆ Si le patient ne peut répondre à des ordres simples, il est classé « ROUGE »;
- ◆ Si le patient peut répondre à des ordres simples, il est classé « JAUNE ».

Il peut être aussi pertinent de réévaluer pourquoi ce patient ne s'est pas levé lors de la demande initiale de venir au point de rencontre, s'il n'est pas évident pourquoi le patient est incapable de marcher.

3.2.2 Étiquettes de triage

Pour permettre d'identifier les victimes et leur priorité de traitement et d'évacuation, chaque patient est identifié par une étiquette de triage.

La partie inférieure de l'étiquette est en lien avec le code de couleur et les sections colorées sont détachables.



Chaque patient doit donc être identifié avec cette étiquette de triage. La couleur restante à la base de l'étiquette identifie sa priorité. Lors d'un second triage, le patient peut être reclassé plus urgent mais ne peut pas être déclassé.

L'étiquette doit être mise autour du cou, du bras ou du pied du patient.

Il est aussi possible d'inscrire sur l'étiquette de triage certaines données cliniques du patient qui auront été documentées durant son séjour dans l'aire de rassemblement des blessés : signes vitaux, allergies, médicaments, etc. De cette façon, ces informations suivent le patient jusqu'au centre receveur.

Dans sa partie supérieure droite, l'étiquette de triage porte une série de collants avec un numéro d'identification. Chacun des intervenants qui prend en charge le patient, utilise un de ses collants pour identifier son dossier. Le technicien ambulancier paramédic, lors du transport d'un tel blessé, colle un de ces collants sur son « Rapport d'intervention préhospitalière »; ceci permettra éventuellement d'identifier les patients et leur localisation.

3.2.3 Dossards de triage

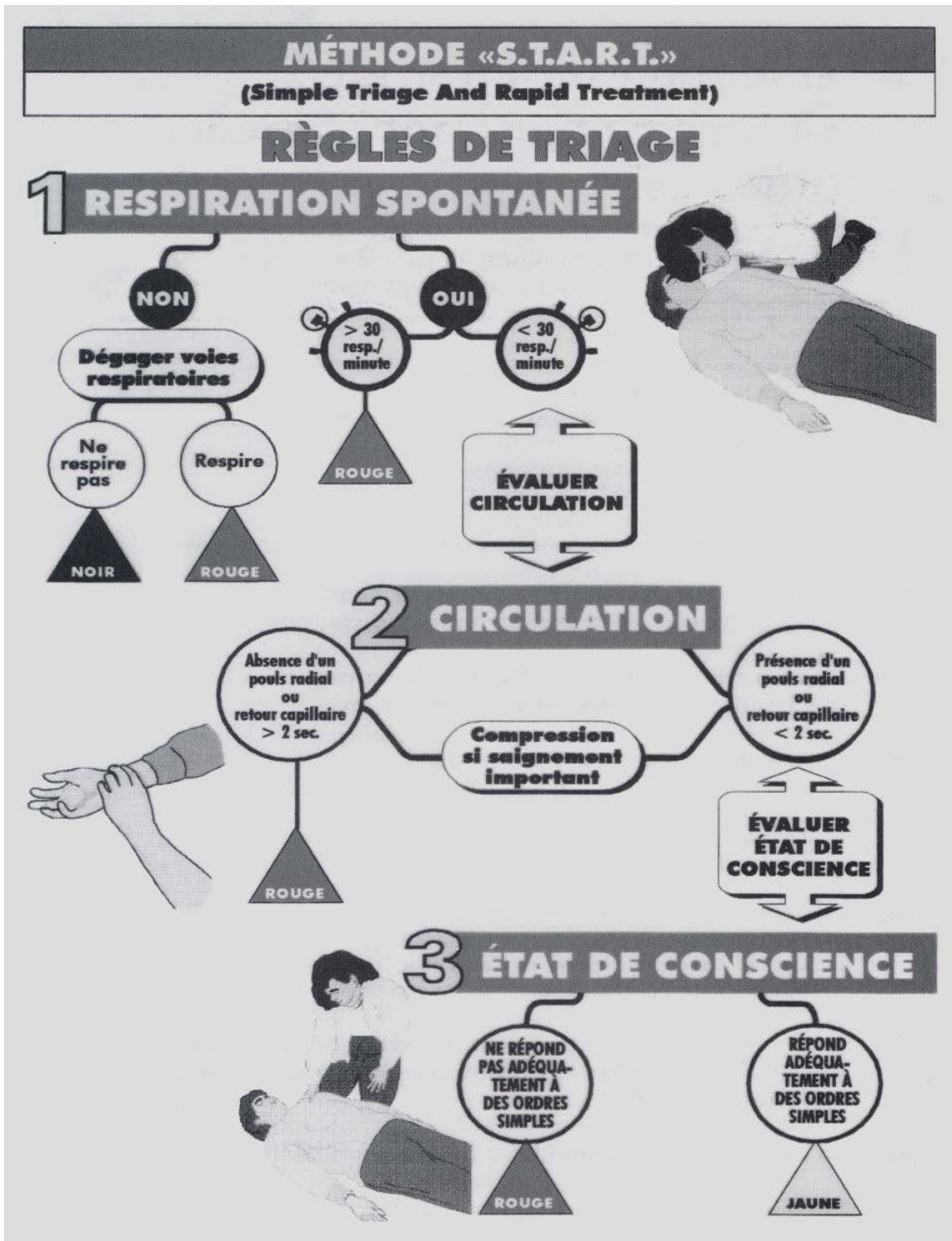
L'identification des intervenants sur une scène de sinistre est impérative au bon fonctionnement de l'opération en facilitant les communications. Chaque véhicule ambulancier est muni d'une trousse de mesures d'urgence qui contient 2 dossards, un pour identifier le chef-trieur et l'autre pour identifier le trieur. À Urgences-santé, les trousse et dossards sont à bord des véhicules de superviseur.



Lors de toute situation où vous effectuez un triage, il est demandé que vous revêtiez les dossards.

Dans le cas d'un sinistre, le trieur apportera avec lui, des étiquettes de triage, des gants, des pansements et un masque de poche.

3.2.4 ALGORITHME START



3.2.5 START et précautions cervicales

Rappelons-nous qu'une des difficultés majeures de fonctionnement dans une situation de mesures d'urgence est le besoin de respecter de nouvelles priorités. De façon générale, lors de telles interventions, nous faisons face à de multiples traumatisés. Par contre, lors de l'évaluation START, nous n'utiliserons pas les mesures de précautions cervicales habituelles : lors de l'ouverture des voies respiratoires, la bascule de la tête sera utilisée. Il faut se rappeler que START est là pour « Le plus grand bien, pour le plus grand nombre »; si le patient se met à respirer après l'ouverture des voies respiratoires avec un soulèvement de la mâchoire, que ferez-vous ? Si vous relâchez, les voies s'obstruent à nouveau et le patient cesse de respirer; rester sur place pour maintenir le tout n'est pas une option. Donc l'ouverture des voies respiratoires se fera avec la bascule de la tête, si le patient se met à respirer de nouveau, il sera placé en position latérale de sécurité.

Il faut aussi se rappeler que les lésions de la moelle épinière ne sont pas fréquentes même pour les patients les plus à risque qui présentent des lésions maxillo-faciales.

3.2.6 Après START

Une fois tous les blessés triés, lors d'un sinistre de grande envergure, ils seront déplacés vers l'aire de rassemblement des blessés. Les blessés triés « ROUGE » dans une même section, les blessés triés « JAUNE » dans une autre section, etc.

Pour chacune des aires de triage, un responsable devra être nommé et une seconde ronde de triage appelée triage secondaire devra être effectuée. Elle pourrait être de type START; si un délai important s'est écoulé depuis la première évaluation, l'état des patients a peut-être évolué. Dans un autre temps, il faudra retrier tous les patients de la même aire avec des critères plus « médicalisés » pour pouvoir décider quel patient « ROUGE » sera évacué en priorité.

Dans l'attente de l'évacuation, d'autres traitements peuvent être débutés.

3.2.7 Registre des patients

Le chef-trieur lors du départ de chaque blessé remplira le registre d'évacuation des blessés. Cette tâche peut être déléguée aux responsables des aires de triage. Ce registre permet de documenter :

- Le nombre de patients;
- Le numéro d'identification de chaque patient;
- L'âge, le sexe;
- La catégorie de triage : rouge, jaune, vert ou noir;
- L'heure de départ;
- Le mode de transport utilisé : ambulance (numéro), autobus, auto, etc.;
- L'endroit où le patient a été transporté.

Exemple :

Feuille d'enregistrement des victimes

Responsable de l'aire de circulation : _____

N°	HRE	IDENTIFICATION	SEXE				PRIORITÉ				MOYEN DE TRANSPORT		DESTINATION	INITIALES
			M	F	A	E	R	J	V	N	#AMBULANCE	AUTRE		

SEXE: M-masculin F-féminin A-adulte E-enfant PRIORITÉ: V-vert J-jaine R-rouge N-noir

DESTINATION :

- | | | |
|-----------------------|---------------------------------|---|
| 1 CHRDL Joliette | 5 CH Laurentien (Ste-Agathe) | 9 Cité de la santé Laval |
| 2 CH Pierre Legardeur | 6 CH St-Eustache | 10 HMR (Montréal) |
| 3 CLSC St-Michel | 7 CH Comtois (Louiseville) | 11 Hôpital Ste-Justine (Montréal) |
| 4 CH HDSJ (St-Jérôme) | 8 Hôpital Sacré-Cœur (Montréal) | 12 Autres (inscrire le lieu au complet) |

3.3 JUMPSTART MODIFIÉ

La méthode de triage START ne fait pas de différence entre les adultes et les enfants. Nous savons pourtant bien que les enfants ne sont pas de petits adultes et que leur réponse physiologique à un traumatisme ou une maladie est bien différente de celle des adultes. L'arrêt cardiorespiratoire chez les enfants est plus souvent d'origine respiratoire que cardiaque.

De plus, la réaction des intervenants à la présence d'enfants sur une scène de triage est souvent plutôt émotionnelle que rationnelle.

Le Dr Lou Romig du Miami Children's Hospital en Floride a développé en 1995 une méthode de triage qui s'adresse au triage pédiatrique en tenant compte des éléments énumérés ci-dessus.

Le JUMPSTART est une adaptation de START ; cette méthode est donc facile à intégrer pour les intervenants qui sont déjà formés en START. Nous l'avons aussi modifiée avec l'approbation du Dr Romig pour la rendre encore plus simple.

3.3.1 Démarche

La démarche de base est identique à celle de START.

Le code de couleur est le même.

Les éléments évalués sont aussi les mêmes : respiration, circulation et état de conscience.

Les différences sont les suivantes :

- ◆ INCLUSION : les enfants apparaissant comme ayant 8 ans et moins.
- ◆ RESPIRATION : absence de respiration

Lors de l'absence de respiration, comme dans START, nous devons ouvrir les voies respiratoires et réévaluer si le patient respire; s'il ne respire pas, nous tentons de ventiler à 5 reprises puis il y a une nouvelle évaluation. S'il y a encore absence de respiration, le patient est classé « NOIR ».

◆ RESPIRATION : fréquence anormale

La respiration est considérée comme anormale chez l'enfant si elle est inférieure à 15/min ou supérieure à 45/min; le patient est classé « ROUGE ».

◆ CIRCULATION : évaluation

Le retour capillaire n'est pas utilisé chez l'enfant. Seule la présence d'un pouls périphérique est adéquate; chez le jeune enfant (en bas d'un an), la prise de pouls radial est inadéquate, il faut prendre le pouls brachial.

◆ ÉTAT DE CONSCIENCE

La différence la plus importante chez l'enfant est l'évaluation de l'état de conscience ; selon l'âge, il est impossible de se fier à la réponse aux ordres simples. L'échelle AVPU est utilisée.

Le patient à « A » orienté ou non, le patient à « V » et le patient avec une réponse appropriée à « P » est classé « JAUNE ».

Le patient à « P » avec une réponse inappropriée et le patient à « U » est classé « ROUGE ».

JUMPSTART utilise un concept nouveau pour vous, le concept de réponse à la douleur appropriée ou inappropriée. Il est plus facile de bien comprendre ce concept en regardant les catégories de « réponse motrice » de l'échelle de Glasgow.

RÉPONSE MOTRICE	
Obéit aux commandements	6
Localise la douleur	5
Retrait à la douleur	4
Flexion à la douleur (Décortication)	3
Extension à la douleur (Décérébration)	2
Aucune réaction	1

Les trois premières catégories sont des réponses appropriées, les trois dernières en grisé, sont des réponses inappropriées à la douleur. L'état de conscience suit la présence du réflexe de Gag, et de façon générale, le Gag est absent lorsque la réponse à la douleur est inappropriée. Selon Dr Romig, c'est pourquoi la ligne est tirée à ce niveau; le patient sans gag ayant besoin de soins plus rapides.

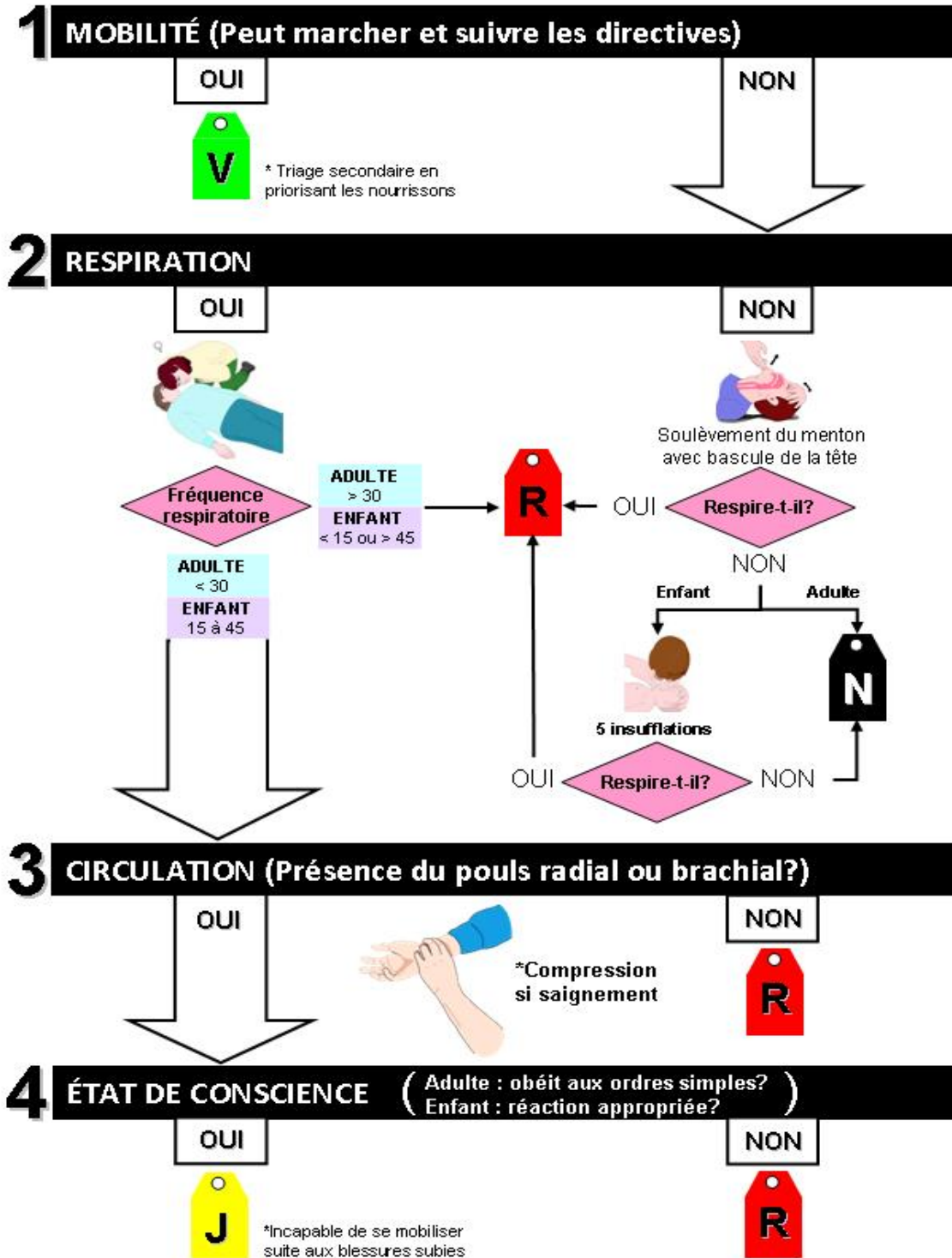
◆ PATIENT NON AMBULANT

Le patient non ambulant, ou parce qu'il n'a pas appris à marcher encore ou parce qu'il a un handicap connu, doit aussi être évalué de façon différente.

Si le patient non ambulant respire adéquatement et présente un pouls périphérique, sa classification entre un « JAUNE » et un « VERT » dépendra de la présence de blessures externes importantes (brûlures, déformation d'un membre, lacérations majeures, douleur abdominale à la palpation, etc.).

Les patients non ambulants qui sont transportés par une autre personne à l'aire des « VERT » devront y être évalués en priorité.

3.3.2 Algorithme combiné



3.3.3 Mesures d'urgence – à retenir

Lorsqu'on fait face à un sinistre, il est important de prendre un peu de recul avant d'entrer en « mode de traitement », notre mode de fonctionnement habituel.

Nous devons approcher la situation d'une toute autre façon que nos réflexes de tous les jours nous poussent à réagir.

Quelques questions à poser avant de passer à l'action :

- ◆ Est-ce sécuritaire pour moi ?
- ◆ Qui jouera le rôle de trieur ?
- ◆ Qui jouera le rôle de chef-trieur ?
- ◆ Est-ce que les victimes ont été décontaminées ?
- ◆ Avons-nous fait appel à toutes les ressources disponibles ?
- ◆ Pourrions-nous faire appel à d'autres intervenants que ceux habituels ? Dans la communauté ?
- ◆ Pouvons-nous utiliser d'autres moyens de transport ? Autobus scolaires ? Taxis ?

À l'arrivée au centre receveur, il ne faudra pas se surprendre à voir les infirmières retriier les patients; leur état peut avoir évolué et aussi il faudra choisir quel patient « ROUGE » traiter en premier lieu.

Lors de toute décision, il faut donc se rappeler que l'objectif premier est « *le plus grand bien pour le plus grand nombre* ».

3.4 AUTRES SITUATIONS DE TRIAGE

3.4.1 Triage inversé

Lors d'événements avec blessés multiples par électrisation, les priorités sont différentes, et il ne faut pas utiliser START. Pour bien appliquer les principes de triage inversé, il faut comprendre la pathophysiologie de l'électrisation/électrocution.

Lors d'une électrisation, le courant électrique en passant à travers le corps humain, peut créer un arrêt respiratoire ou un arrêt cardio-respiratoire (ACR) par arythmie maligne. Si l'électrisation n'a pas, de façon immédiate, généré une arythmie ou un arrêt respiratoire, il est peu probable qu'elle le fasse dans les minutes qui suivent.

L'objectif du triage est toujours de prioriser nos soins pour sauver le plus grand nombre de patients, puisque nous ne pouvons pas traiter tous les patients de façon immédiate. Dans le contexte d'une électrisation multiple, il faut donc traiter les patients en arrêt respiratoire et en arrêt cardiorespiratoire en premier lieu.

La situation la plus fréquente rencontrée où plusieurs patients ont été électrisés en même temps, est une électrisation par la foudre, souvent sur un terrain de golf. Les patients sont généralement à proximité les uns avec les autres.

Comment procéder lors de ces interventions ?

Premièrement, comme à l'habitude, on assure notre propre sécurité : on s'assure que le risque que la foudre retombe au même endroit est passé.

Ensuite, on évalue visuellement l'ensemble de la scène pour identifier les patients en arrêt respiratoire et cardiorespiratoire. On ne va pas évaluer immédiatement les patients qui sont évidemment vivants. On pourrait leur demander de se lever si possible et d'aller s'installer dans l'ambulance.

Si plusieurs patients sont en ACR ou en arrêt respiratoire, on priorise les patients en arrêt respiratoire. Ensuite, pour les patients en ACR, on installe des électrodes de défibrillation sur chacun d'entre eux et on valide le rythme, on prioriserait les patients en fibrillation ventriculaire/tachycardie ventriculaire de ceux en asystolie/rythme agonal.

Il est intéressant aussi de savoir que beaucoup de terrains de golf au Québec ont, sur les lieux, un DEA. S'il y avait plusieurs patients en ACR, informez-vous si un DEA et un intervenant DEA sont disponibles pour vous assister.

3.4.2 Accident à victimes multiples

Les interventions lors de sinistre à grande envergure sont très peu fréquentes et ce, heureusement. Ce que nous retrouvons par contre, presque dans notre quotidien, sont les accidents de la route avec multiples blessés (3 à 8) où nous serons en mode de triage pour une période plus ou moins longue selon le nombre de patients, la disponibilité des ressources, la distance des ressources et les conditions climatiques.

Comme discuté précédemment, START et JUMPSTART doivent être utilisés dans la première étape de l'intervention. Il ne sera pas pertinent, par

contre, de délimiter des aires de triage et de rassemblement des blessés. Les étiquettes de triage et dossards pourraient être avantageusement utilisés. Les précautions cervicales dans ce contexte doivent être respectées.

Lorsque toutes les ressources requises ne sont pas disponibles à la fin du triage, la prise en charge des « NOIR » ne doit pas être priorisée. Souvenez-vous : les patients traumatisés en ACR n'ont que de minimes chances de survie. Débutez la prise en charge et le traitement d'une victime « ROUGE » qui, elle, a une chance de survie si prise en charge et traitée rapidement.

Dépendamment du nombre de victimes, de l'état des victimes, du délai d'arrivée des autres ressources, de la distance au centre hospitalier receveur, de la présence de premiers répondants ou d'autres ressources médicales ou paramédicales sur place et des conditions climatiques, la première équipe décide si elle attend l'arrivée du prochain véhicule ambulancier ou si elle quitte avec la ou les victimes les plus sérieusement traumatisées.

Lorsqu'une équipe supplémentaire arrive et prend en charge une victime, le ratio patient/intervenant devient 1 :1 et le traitement de la victime doit maintenant suivre le protocole habituel. La victime initialement étiquetée « NOIR » dont le traitement a été différé, doit maintenant être traitée selon le protocole RÉA approprié. Tout probablement entrera-t-elle dans le protocole d'arrêt des manœuvres traumatiques.

RÉFÉRENCES

2010 AHA Guidelines for CPR and ECC, ILCOR, Circulation 2010, 122;S639.

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence*, volet santé physique, 1998, 232 p.

PHTLS, Association of Emergency Medical Technicians, Mosby JEMS, 6e édition, 2007.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics 2017*, 297 p.

START Instructor's manual and video, *The race against time*, Newport Beach Fire Departement, 1994.

www.jumpstarttriage.com

www.start-triage.com

<http://www.granddictionnaire.com/>

20170723