



Tactical Emergency Casualty Care (TECC) **Directives destinées aux Personnes en charge des premiers soins** **En vigueur en juin 2016**

DIRECTIVES POUR DIRECT THREAT CARE (DTC) / HOT ZONE

- 1) En cas de menace directe pour la vie, prendre une mesure définitive pour atténuer cette menace et assurer la sécurité de chacun. Suivre les procédures d'urgence établies pour le lieu. A défaut de telles procédures, suivre la réponse appropriée pour la situation actuelle, notamment :
La méthode courir/se cacher/se battre, les procédures d'extinction d'incendie, l'abri sur place, l'évacuation, etc.
- 2) Communiquer avec les autres personnes concernées et les Premiers intervenants.
 - a) Dès que possible, mettre en place une intervention 9-1-1 ou une intervention d'urgence.
 - b) Dire aux personnes blessées ou non de *se déplacer vers un lieu plus sûr* et se prodiguer une auto-assistance s'ils en sont capables.
- 3) Evacuation de la personne blessée
 - a) Reconnaître que les menaces sont dynamiques, peuvent être en cours, requièrent une connaissance situationnelle et une communication continue entre les Personnes chargées des premiers soins, les Premiers intervenants et le public.
 - b) Si le blessé peut se mettre à l'abri par ses propres moyens, il lui sera demandé de le faire.
 - c) Si le blessé n'est pas en mesure de se déplacer tout seul, évaluer les risques / avantages de tenter de le sauver. S'il est décidé de le sauver, utiliser des techniques de levage et de déplacement efficaces.
 - d) Si le blessé est inconscient et ne peut pas être évacué, il doit être placé en position latérale de sécurité.
- 4) Traiter les saignements importants au niveau des extrémités avec un garrot si la situation immédiate le permet :
 - a) Appliquer le garrot sur le vêtement aussi haut que possible sur le membre / le plus proche possible du torse et serrer jusqu'à l'arrêt du saignement.
 - b) Si la menace directe est très élevée, il faut mettre le blessé à l'abri avant d'appliquer le garrot.
 - c) A défaut de garrot ou si la menace est trop élevée pour appliquer immédiatement un garrot, demander au blessé d'exercer lui-même une pression directe sur la blessure qui saigne tandis qu'il est mis à l'abri.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives destinées aux Personnes en charge des premiers soins

En vigueur en juin 2016

DIRECTIVES POUR INDIRECT THREAT CARE (ITC) / WARM ZONE

- 1) Prendre des mesures définitives pour assurer une sécurité continue ou faciliter le sauvetage des blessés.
- 2) Mettre en place une intervention 9-1-1 ou une intervention d'urgence si ce n'est pas déjà fait.
- 3) Assurer une communication efficace avec les intervenants à l'incident :
 - a) Maintenir une communication efficace avec les répartiteurs et les Premiers intervenants
 - b) Communiquer avec tous les intervenants pour assurer/maintenir un environnement sécurisé
 - c) Communiquer avec le ou les blessés si possible.
 - d) Fournir un soutien psychologique au moyen d'encouragements, de réconfort et en expliquant les soins fournis, même s'ils ont perdu conscience.
- 4) Réévaluer toute intervention appliquée pendant les Soins sous menace directe / Zone Chaude.
- 5) Saignements :
 - a) Evaluer et contrôler toutes les sources de saignement important non traité :
 - i) Appliquer une pression directe immédiate sur la blessure pour mettre fin ou ralentir le saignement tout en se préparant à utiliser du matériel de maîtrise d'hémorragie supplémentaire.
 - ii) Utiliser un garrot ou un pansement compressif pour contrôler les saignements importants au niveau des extrémités.
 - (a) Si un garrot est utilisé, l'appliquer aussi haut que possible sur le membre directement sur la peau, ou s'il est impossible d'exposer entièrement la blessure, sur les vêtements.
(i) **NE PAS APPLIQUER SUR UNE ARTICULATION OU SUR UNE FRACTURE OUVERTE.**
 - (b) Pour toute amputation traumatique totale ou partielle, un garrot doit être appliqué indépendamment du saignement.
 - (c) Si un pansement compressif est utilisé, l'appliquer directement sur la blessure qui saigne avec autant de pression de compression que possible. Penser à mécher la blessure avec de la gaze avant d'appliquer le pansement compressif pour accroître la pression du pansement sur les vaisseaux sanguins au fond de la blessure.
 - iii) Pour un saignement important dans les régions anatomiques où un garrot ne peut pas être utilisé :
 - (a) Lorsque disponible, appliquer un agent hémostatique conformément aux instructions d'utilisation avec une pression directe suivie d'un bandage compressif approprié.
 - (b) A défaut d'agent hémostatique disponible, appliquer un pansement compressif approprié. Pensez à mécher la blessure avec de la gaze avant d'appliquer le pansement compressif pour accroître la pression du pansement sur les vaisseaux sanguins au fond de la blessure.
 - iv) Pour les saignements importants, à défaut de garrot ou de matériel de mèche disponible, exercer une pression directe sur la blessure, étant entendu qu'il se peut que le saignement ne cesse pas entièrement.
 - b) Réévaluer tout garrot appliqué sous une Menace Directe / Zone Chaude antérieure.
 - i) Les garrots appliqués rapidement pendant la phase DTC jugés efficaces pour contrôler l'hémorragie doivent rester en place si le(s) blessé(s) peu(ven)t être rapidement évacué(s) afin de recevoir des soins médicaux définitifs. **NE PAS ENLEVER.**

- ii) S'il n'y a aucun effet sur le contrôle du saignement important, exposer entièrement la blessure et appliquer un nouveau garrot directement sur la peau, proche du premier garrot, au plus près du corps possible.
 - c) Si le temps et la situation le permettent, le pouls distal doit être vérifié sur tout membre sur lequel un garrot est appliqué. Si le pouls distal est toujours présent, il faut resserrer le garrot ou utiliser un second garrot, à côté et au-dessus du premier, afin d'éliminer le pouls distal.
 - d) Exposer et clairement marquer tous les sites de garrot avec l'heure d'application du garrot.
 - e) Les blessures avec peu de saignement ne constituent pas une menace vitale immédiate et ne nécessitent pas de traitement immédiat.
 - f) Les blessés avec des blessures isolées au niveau des extrémités traitées efficacement par pansement compressif ou par garrot peuvent faire l'objet d'une évacuation différée si des blessures plus prioritaires l'exigent.
- 6) Gestion des voies aériennes :
- a) Assurer des voies aériennes libres et claires sur tous les patients.
 - b) Autoriser le(s) blessé(s) conscient(s) et alerte(s) à prendre une position qui protège le plus les voies aériennes, notamment la position assise. NE PAS forcer un patient à s'allonger.
 - c) Blessé inconscient :
 - i) Soulèvement du menton ou déplacement de la mâchoire en avant.
 - ii) Placer le(s) blessé(s) inconscient(s) en position latérale de sécurité.
- 7) Respiration :
- a) La réanimation cardiorespiratoire (RCP) dans un environnement à risque élevé pour les victimes d'explosion ou de blessure avec pénétration qui n'ont pas de pouls, aucune respiration et sans signe de vie ne réussira pas et ne doit pas être tentée.
 - b) Toutes les blessures thoraciques potentielles ouvertes et/ou soufflantes doivent être traitées par application immédiate d'un pansement occlusif ventilatoire fabriqué ou improvisé pour couvrir la plaie.
 - c) Surveiller l'apparition potentielle chez le blessé d'un pneumothorax sous tension (les symptômes comprennent des difficultés progressives à respirer, une agitation et/ou un essoufflement chez un patient qui a un traumatisme thoracique avec pénétration).
 - d) Si un pneumothorax sous tension existe ou apparaît, tenter de « décompresser » la pression qui monte en :
 - i) retirant intégralement et/ou soulevant un côté du pansement thoracique
 - ii) communiquer la priorité pour l'évacuation.
- 8) Circulation :
- a) Evaluer les niveaux de vigilance.
 - b) Evaluer les signes d'état de choc :
 - i) Une absence de pouls radial dans un bras non blessé est un signe d'état de choc.
 - ii) Un blessé qui ne peut pas suivre des commandes simples (« montrez-moi deux doigts », « pressez ma main », etc.) est en état de choc ou a un traumatisme crânien.
 - iii) L'altération de l'état mental d'un blessé sans traumatisme crânien PLUS un pouls faible ou absent sont les meilleurs indicateurs d'un état de choc.
- 9) Prévention de l'hypothermie :
- a) Essayer de protéger le blessé contre l'exposition aux éléments.
 - b) Placer le blessé sur une surface isolée dès que possible pour réduire toute déperdition de chaleur par conduction.
 - c) Couvrir le blessé avec un dispositif professionnel de réchauffage, des couvertures sèches, des manteaux, des sacs de couchage ou tout ce qui peut conserver la chaleur et maintenir le blessé au sec.
- 10) Objets empalés :
- a) Si le blessé a été empalé par un objet, protéger l'objet de toute pression externe et stabiliser l'objet pour empêcher tout mouvement pendant l'évacuation. Ne pas le retirer sauf si cela est nécessaire pour l'évacuation.

- b) Les lésions oculaires avec pénétration doivent être protégées et non recouvertes pour éviter toute pression accidentelle sur l'œil.
- 11) Brûlures :
- a) Les brûlures faciales, en particulier celles survenant en espace clos, peuvent être associées à des blessures des voies aériennes / par inhalation. Surveiller activement l'état des voies aériennes de toute détérioration.
 - i) Communiquer la priorité pour l'évacuation en cas de brûlures au niveau des voies aériennes.
 - b) Couvrir la zone brûlée avec des pansements secs, propres (stériles si possible) et prendre toutes mesures pour éviter l'hypothermie.
 - c) Agir activement pour empêcher l'hypothermie en cas de brûlures importantes.
- 12) Préparer le blessé au déplacement :
- a) Etudier les éléments environnementaux pour une évacuation sécurisée et rapide.
 - b) Sécuriser le blessé dans un dispositif d'assistance au mouvement lorsque disponible. Examiner les objets ordinaires pouvant être utilisés pour évacuer les blessés, notamment les draps, les chaises, les couvertures, les tables légères, etc.
- 13) Dossier de soins : informer le personnel qui évacue le blessé de toutes interventions médicales réalisées afin qu'elles puissent être communiquées au niveau de soins suivant.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives destinées aux Personnes en charge des premiers soins

En vigueur en juin 2016

Définitions :

Personne en charge des premiers soins (FCP) - Membre de la communauté agréé et formé qui peut avoir un rôle déterminant pendant les premiers moments suivant des catastrophes complexes et dynamiques. Ces FCP ont souvent un accès immédiat aux blessés graves et peuvent assurer des interventions urgentes et vitales ; le FCP est le premier lien dans la chaîne de survie suite à un traumatisme.

Premier intervenant - Les policiers, le personnel incendie et les services médicaux d'urgence (SMU).

Direct Threat Care (Hot Zone)] - Décrit les actions prises en réponse à un blessé si la menace vitale externe et continue est aussi dangereuse, voire plus dangereuse, que la blessure subie. Essentiellement, les soins qui sont fournis aux blessés dans une zone sous menace directe et immédiate de blessure externe supplémentaire pour les Personnes en charge des premiers soins ou le patient. Cette menace comprend notamment les fusillades, les effondrements d'immeuble potentiels, les incendies, les engins explosifs secondaires, etc.

Indirect Threat Care (Warm Zone)] - Soins fournis une fois que la personne chargée des premiers soins et le(s) blessé(s) ne sont plus sous une menace immédiate de blessure supplémentaire mais il reste une possibilité de menace inconnue ou non atténuée supplémentaire ; par exemple, dans une zone du bâtiment où des tirs actifs/la violence ne sont plus en cours ou une fois que le patient a été déplacé dans une zone plus sécurisée avec abri et/ou camouflage (par ex. : un point de rassemblement des blessés (CCP) ou une pièce barricadée).

Position plus sécurisée - Plus vous pouvez vous éloigner de la zone dangereuse, plus vous êtes en sécurité. Si vous ne pouvez pas beaucoup vous éloigner de la menace, l'abri est un objet qui peut arrêter les balles, les éclats de verre ou les fragments projetés par l'explosion. Le camouflage est quelque chose qui ne fait que vous cacher mais qui ne peut pas arrêter les balles, les éclats de verre et les fragments projetés par l'explosion. Essayez de trouver un abri.

Position latérale de sécurité - Une position dans laquelle une personne inconsciente mais qui respire est placée pour garder ses voies aériennes libres et permettre au sang et au vomi de s'écouler de sa bouche. De manière générale, le blessé est roulé sur le côté avec la jambe supérieure en contact avec le sol et pliée à la hanche et au genou.

Saignements importants - A chaque fois qu'il y a une blessure et :

Un saignement important de la blessure qui gicle ou qui est constant,

Une accumulation de sang au sol,

Des couches de vêtements trempées de sang,

Des pansements ou des pansements de fortune utilisés pour couvrir la blessure inefficaces et régulièrement trempés de sang, ou

Qu'il y avait un saignement antérieur et que le blessé est maintenant en état de choc.

Garrot - Un dispositif de compression placé autour d'un membre et serré pour supprimer tout débit sanguin de l'artère au-delà du dispositif. Bien qu'il y ait beaucoup de garrots professionnels sur le marché, seuls quelques-uns fonctionnent. Un garrot professionnel éprouvé devra toujours être choisi en premier. Les garrots improvisés ne fonctionnent pas toujours et peuvent être difficiles à mettre en place en situation de stress.

Mèche [Wound packing] - Pousser une compresse simple ou traitée aussi profondément que possible dans une blessure qui saigne abondamment pour exercer une pression directe sur les vaisseaux sanguins profonds à la source du saignement.

Pansement compressif - Un pansement serré placé sur une blessure méchée ou une blessure sanglante sans saignement important.

Agent hémostatique - Une compresse disponible dans le commerce traitée avec des substances spéciales censées diminuer le saignement d'une blessure.

Pansement occlusif - Un matériel plastique ou similaire qui ne laisse pas l'air passer à travers le matériel.

Pneumothorax sous tension - Une sorte de poumon affaissé d'où l'air s'échappe de plus en plus mais qui est pris au piège dans la poitrine, avec affaissement supplémentaire du poumon lésé. Ceci sera manifesté par une anxiété accrue et des difficultés croissantes à respirer/un essoufflement chez un patient ayant une blessure thoracique supérieure. Le blessé peut finir par en mourir. Ces patients doivent être évacués dès que possible vers un niveau de soins plus élevé.

État de choc - Un état de débit sanguin inadéquat au cerveau et aux organes vitaux pour leur permettre de fonctionner de manière appropriée. Lorsqu'il concerne un/des blessé(s), la plupart sont causés par des pertes de sang importantes.

Amputation traumatique - Ablation d'un membre par blessure. Le membre est complètement amputé ou encore partiellement attaché.