



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives pour les Premiers intervenants soumis à Obligation d'agir (policiers, pompiers non formés aux services médicaux d'urgence)

DIRECTIVES POUR DIRECT THREAT CARE (DTC) / HOT ZONE :

1. Atténuer toute menace et se déplacer vers une position plus sécurisée (par ex. : tir de réplique, utilisation d'une technologie moins létale, d'un dispositif de force écrasant, etc...)
 - a. Reconnaître que ces menaces sont dynamiques et peuvent être en cours, imposant des évaluations de menace continues.
2. Demander à la police / aux premiers intervenants de rester engagée / engagés en opération tactique si possible et si approprié.
3. Extraire les blessés vers une position plus sécurisée :
 - a. Demander au blessé de se déplacer vers une position plus sécurisée et se prodiguer une auto-assistance s'il en est capable.
 - b. Si le blessé est conscient mais ne peut pas bouger, un plan de sauvetage doit être conçu et mis en œuvre.
 - c. Si un blessé est inconscient, évaluer les risques et les avantages d'une tentative de sauvetage immédiat en termes d'effectifs et de probabilité de réussite. Considérer toute technique d'évaluation médicale à distance pour la survie.
4. Stopper toute hémorragie externe potentiellement mortelle si elle existe et est raisonnable en fonction de la menace immédiate, de la gravité du saignement et de la distance d'extraction vers l'abri.

Penser à se réfugier dans un abri avant toute application du garrot si la situation le justifie.

 - a. Ordonner au blessé d'exercer une pression directe sur la blessure et/ou son propre garrot efficace s'il en est capable.
 - b. Application du garrot :
 - i. Appliquer le garrot aussi haut que possible sur le membre, y compris sur les vêtements s'il y en a.
 - ii. Serrer jusqu'à l'arrêt du saignement et s'abriter.
5. Penser rapidement à placer le blessé inconscient en position latérale de sécurité pour protéger les voies aériennes.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives pour les Premiers intervenants soumis à Obligation d'agir (policiers, pompiers non formés aux services médicaux d'urgence)

DIRECTIVES POUR INDIRECT THREAT CARE (ITC) / WARM ZONE :

1. L'arme de tout blessé doit être sécurisée une fois la menace neutralisée et/ou en cas d'altération de l'état mental.
2. *Saignement* :
 - a. Evaluer et contrôler tout saignement important non reconnu :
 - i. Utiliser un garrot ou un pansement compressif adéquat et mécher les blessures profondes (soit simplement à l'aide de gaze, soit, lorsque disponible, d'un pansement hémostatique) pour contrôler un saignement potentiellement mortel au niveau d'une extrémité ou d'une zone jonctionnelle :
 - Appliquer le garrot sur les vêtements aussi haut que possible sur le membre, ou s'il est possible d'exposer complètement et d'évaluer la blessure, l'appliquer directement sur la peau au moins 7 à 8 cm au-dessus de la blessure (NE PAS APPLIQUER SUR L'ARTICULATION).
 - Pour toute amputation traumatique totale ou partielle, un garrot doit être appliqué aussi haut que possible sur l'extrémité, indépendamment du saignement.
 - b. Lorsque disponible, appliquer immédiatement un dispositif de garrot jonctionnel pour les zones anatomiques jonctionnelles quand le saignement ne peut pas être facilement contrôlé par une pression directe et des agents hémostatiques / pansements.
 - c. Réévaluer tous les garrots qui ont été rapidement appliqués dans le cadre de Soins sous menace directe / Zone chaude.
 - i. Rechercher tout saignement continu ou pouls distal dans l'extrémité au niveau de la blessure :
 - En cas de saignement continu ou de pouls distal toujours présent, resserrer davantage le garrot existant ou appliquer un second garrot à côté et aussi proche que possible du premier, afin d'éliminer le pouls distal.
 - d. Si possible, marquer tous les sites de garrot avec l'heure d'application du garrot.
3. *Gestion des voies aériennes* :
 - a. Si le blessé est inconscient ou conscient mais n'est pas en mesure de suivre des ordres :
 - i. Eliminer tout corps étranger de la bouche (vomi, nourriture, dents, chewing-gum, etc.).
 - ii. Soulever le menton ou déplacer la mâchoire en avant pour ouvrir les voies aériennes.
 - iii. Penser à placer une canule nasopharyngée.
 - iv. Placer le blessé en position latérale de sécurité pour garder les voies aériennes libres.
 - b. Si le blessé est conscient et en mesure de suivre des ordres :
 - i. Permettre au blessé d'adopter une position confortable, notamment la position assise. Ne pas le forcer à s'allonger.
4. *Respiration* :
 - a. Toutes les blessures thoraciques ouvertes et/ou soufflantes doivent être traitées par application immédiate d'un pansement occlusif ventilatoire ou non pour couvrir la plaie.
 - b. Surveiller l'apparition potentielle d'un pneumothorax sous tension chez le blessé victime d'une blessure thoracique avec pénétration. La présentation la plus ordinaire sera une blessure thoracique avec pénétration avec une augmentation ultérieure de l'essoufflement, des difficultés à respirer et/ou une anxiété / agitation croissante).
 - i. Si un pneumothorax sous tension semble se développer, retirer le pansement occlusif et/ou soulever un côté du pansement thoracique.
 - ii. Les blessés avec possibilité de développement de pneumothorax sous tension doivent être privilégiés pour l'évacuation vers un niveau de soin plus élevé.



5. *Gestion des états de choc / Réanimation :*
 - a. Evaluer un état de choc hémorragique :
 - i. L'altération de l'état mental d'un blessé (sans traumatisme crânien) et un pouls périphérique faible ou absent sont les meilleurs indicateurs d'un état de choc.
 - b. S'il n'est pas en état de choc :
 - i. Le blessé peut boire s'il est conscient, peut avaler, et l'évacuation vers les soins est définitivement différée.
 - c. S'il est en état de choc :
 - i. Privilégier une évacuation rapide d'un patient, en particulier ceux ayant des blessures thoraciques avec pénétration montrant des signes d'état de choc.
6. *Prévenir l'hypothermie :*
 - a. Minimiser l'exposition et la perte de chaleur ultérieure du blessé.
 - i. Garder un dispositif de protection ou laisser le blessé auprès de la police si possible.
 - ii. Garder le blessé au chaud et au sec :
 - Placer le blessé sur une surface isolée dès que possible pour réduire toute perte de chaleur par conduction.
 - Minimiser l'exposition aux éléments.
 - Remplacer les vêtements mouillés par des vêtements secs si possible.
 - Couvrir le blessé avec un dispositif professionnel de réchauffage, des couvertures, des doublures de poncho, des sacs de couchage ou tout ce qui peut conserver la chaleur et maintenir le blessé au sec.
7. *Réévaluer le blessé :*
 - a. Faire une recherche rapide de saignements, à l'avant comme à l'arrière, vérifier la présence de blessures supplémentaires. Il peut être nécessaire de déchirer, de couper ou d'exposer la blessure de toute autre manière.
8. *Brûlures :*
 - a. Stopper le processus de brûlure.
 - b. Couvrir les brûlures avec des pansements secs et amples si possibles.
 - c. Les personnes présentant des brûlures étendues et des signes de brûlure au niveau des voies aériennes ou d'inhalation de fumée (par ex. : une barbe roussie, de la suie / des brûlures / des gonflements autour du nez ou de la bouche) seront évacuées rapidement et en priorité.
 - d. Les patients brûlés sont plus susceptibles d'être atteints d'hypothermie - minimiser la perte de chaleur comme indiqué ci-dessus.
9. *Préparer le blessé au déplacement :*
 - a. Examiner les éléments opérationnels et environnementaux pour une évacuation sécurisée et rapide.
 - b. Sécuriser le blessé dans un dispositif d'assistance au mouvement lorsque disponible
 - c. Si une extraction verticale est requise, veiller à sécuriser le blessé de manière appropriée.
10. *Communiquer avec le blessé si possible :*
 - a. Encourager, rassurer et expliquer les soins.
11. *Réanimation cardiopulmonaire :*
 - a. La réanimation cardiorespiratoire dans cette phase de soins 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 probablement pas et ne doit pas être tentée.
 - b. Dans d'autres circonstances, mettre en œuvre la RCP *peut être* bénéfique et peut être envisagée en fonction de la situation opérationnelle.
12. *Dossier de soins :*
 - a. La communication des évaluations et des traitements administrés doit être transférée avec le blessé au niveau de soins suivant. Ceci doit être transcrit sur une simple carte de soins standard accompagnant le blessé au niveau de soins suivant.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives pour les Premiers intervenants soumis à Obligation d'agir (policiers, pompiers non formés aux services médicaux d'urgence)

DIRECTIVES EVACUATION CARE (EVAC) / COLD ZONE :

1. Réévaluer toutes les interventions réalisées au cours des précédentes phases de soins.
2. S'il y a plusieurs blessés, procéder à un triage de priorité et de destination d'évacuation vers un niveau de soins plus élevé.
3. *Gestion des voies aériennes :*
 - a. Les principes de gestion des voies aériennes dans le cadre des soins en cours d'évacuation / Zone Froide sont similaires à ceux pour les ITC / Zone Tiède.
 - b. Si le blessé est inconscient ou conscient mais n'est pas en mesure de suivre des ordres :
 - i. Eliminer tout corps étranger de la bouche (vomi, nourriture, dents, chewing-gum, etc.).
 - ii. Soulever le menton ou déplacer la mâchoire en avant pour ouvrir les voies aériennes.
 - iii. Penser à placer une canule nasopharyngée.
 - iv. Placer le blessé en position latérale de sécurité pour garder les voies aériennes libres.
 - c. Si le blessé est conscient et en mesure de suivre des ordres :
 - i. Permettre au blessé d'adopter une position confortable, notamment la position assise. Ne pas le forcer à s'allonger.
4. *Respiration :*
 - a. Toutes les blessures thoraciques ouvertes et/ou soufflantes doivent être traitées par application d'un pansement occlusif ventilatoire ou non pour couvrir la plaie. Surveiller l'apparition potentielle ultérieure chez le blessé d'un pneumothorax sous tension.
 - b. Réévaluer les blessés sur lesquels ont été appliqués des pansements thoraciques. Tout pneumothorax sous tension en développement doit être traité de la manière décrite dans la rubrique concernant les ITC / Zone Tiède.
 - c. Lorsque disponible, l'administration d'oxygène peut être bénéfique pour toutes les personnes atteintes d'un traumatisme, en particulier les types de blessé suivants :
 - Blessures thoraciques
 - Blessures au torse avec essoufflement
 - Inconscience ou altération de l'état mental
 - Blessures après explosion
 - Blessé en état de choc
 - Blessé en altitude
5. *Saignement :*
 - a. Exposer complètement les blessures pour réévaluer et contrôler tout saignement important non reconnu :
 - i. Utiliser un garrot ou un pansement compressif adéquat et mécher les blessures profondes (soit simplement à l'aide de gaze, soit, lorsque disponible, d'un pansement hémostatique) pour contrôler un saignement potentiellement mortel au niveau d'une extrémité ou d'une zone jonctionnelle :
 - Appliquer le garrot sur les vêtements aussi haut que possible sur le membre, ou s'il est possible d'exposer complètement et d'évaluer la blessure, l'appliquer directement sur la peau au moins 7 à 8 cm au-dessus de la blessure (NE PAS APPLIQUER SUR L'ARTICULATION).
 - Pour toute amputation traumatique totale ou partielle, un garrot doit être appliqué indépendamment du saignement.
 - b. Si possible, appliquer immédiatement un dispositif de garrot jonctionnel pour les zones anatomiques jonctionnelles lorsque le saignement ne peut pas être facilement contrôlé par une pression directe et des agents hémostatiques / pansements.
 - c. Réévaluer tous les garrots qui ont été rapidement appliqués pendant les phases de soins précédentes.



- i. Rechercher tout saignement continu ou pouls distal dans l'extrémité au niveau de la blessure :
 - En cas de saignement continu ou de pouls distal toujours présent, resserrer davantage le garrot existant ou appliquer un second garrot à côté et aussi proche que possible du premier, afin d'éliminer le pouls distal.
 - d. Marquer clairement tous les sites de garrot avec l'heure d'application du garrot.
6. *Gestion des états de choc / Réanimation :*
- a. Réévaluer afin de détecter tout choc hémorragique en développement :
 - i. L'altération de l'état mental (sans traumatisme crânien) et un pouls périphérique faible ou absent sont les meilleurs indicateurs d'un état de choc.
 - ii. Utiliser une évaluation médicale supplémentaire et les équipements de surveillance pouvant être disponibles pendant cette phase.
 - b. S'il n'est pas en état de choc :
 - i. Le blessé peut boire s'il est conscient, peut avaler, et l'évacuation vers les soins est définitivement différée.
 - ii. Autoriser le blessé à prendre une position plus confortable.
 - c. S'il est en état de choc :
 - i. Privilégier une évacuation rapide de tout patient ayant des blessures thoraciques avec pénétration montrant des signes d'état de choc.
 - ii. Penser à d'autres modes de transport vers les soins médicaux définitifs si les modes traditionnels sont différés ou indisponibles. Veiller à coordonner la répartition des patients pour éviter de surcharger une des structures médicales de destination.
 - d. En cas d'altération de l'état mental probablement due à un TRC et si le blessé n'est pas en état de choc, allonger le blessé et lever sa tête à 30 degrés.
7. *Prévenir l'hypothermie :*
- a. Minimiser l'exposition et la perte de chaleur ultérieure du blessé.
 - i. Garder un dispositif de protection ou laisser le blessé auprès de la police si possible.
 - ii. Garder le blessé au chaud et au sec :
 - Placer le blessé sur une surface isolée dès que possible pour réduire toute perte de chaleur par conduction.
 - Minimiser l'exposition aux éléments.
 - Remplacer les vêtements mouillés par des vêtements secs si possible.
 - Couvrir le blessé avec un dispositif professionnel de réchauffage, des couvertures, des doublures de poncho, des sacs de couchage ou tout ce qui peut conserver la chaleur et maintenir le blessé au sec.
 - iii. Placer le blessé dans un véhicule ou une structure chauffée si possible.
8. *Réévaluer le blessé :*
- a. Faire une réévaluation complète à l'avant et à l'arrière pour repérer toute autre blessure. Inspecter et panser les blessures connues précédemment différées.
 - b. Fréquemment révérifier tout changement d'état du blessé. Toute détérioration à tout moment devra entraîner une évacuation prioritaire. Penser à d'autres modes de transport vers les soins médicaux définitifs si les modes traditionnels sont différés ou indisponibles. Veiller à coordonner la répartition des patients pour éviter de surcharger une des structures médicales de destination.
9. *Brûlures :*
- a. Stopper le processus de brûlure.
 - b. Couvrir les brûlures avec des pansements secs et amples si possibles. Des draps propres et secs sont efficaces pour les blessés avec des brûlures étendues.
 - c. Les personnes présentant des brûlures étendues et des signes de brûlure au niveau des voies aériennes ou d'inhalation de fumée (par ex. : une barbe roussie, de la suie / des brûlures / des gonflements autour du nez ou de la bouche) seront évacuées rapidement et en priorité. Penser à d'autres modes de transport vers les soins médicaux définitifs si les modes traditionnels sont différés ou indisponibles. Veiller à coordonner la répartition des patients pour éviter de surcharger une des structures médicales de destination.



- d. Les patients brûlés sont plus susceptibles d'être atteints d'hypothermie - minimiser la perte de chaleur comme indiqué ci-dessus.
10. *Préparer le blessé au déplacement :*
 - a. Examiner les éléments opérationnels et environnementaux pour une évacuation sécurisée et rapide.
 - b. Sécuriser le blessé dans un dispositif d'assistance au mouvement lorsque disponible.
 - c. Si une extraction verticale est requise, veiller à sécuriser le blessé de manière appropriée.
 11. *Communiquer* si possible avec le blessé, ainsi qu'avec le prestataire de santé opérationnel ou l'établissement médical prenant en charge les soins du blessé.
 - a. Encourager, rassurer et expliquer les soins et les attentes au patient, à la famille et/ou aux soignants.
 - b. Informer le prestataire ou l'établissement en charge du soin des blessures de l'état du patient et des traitements appliqués.
 12. *Réanimation cardiopulmonaire*
 - a. La réanimation cardiorespiratoire peut avoir un rôle plus important pendant la phase d'évacuation, en particulier pour les patients victimes d'électrocution, d'hypothermie, d'arrêt cardiaque non traumatique ou de quasi-noyade.
 - 13 *Dossier de soins :*
 - a. Continuer ou commencer la consignation des évaluations cliniques, des traitements administrés et des changements au niveau de l'état du blessé conformément au protocole local.
 - b. Transmettre ces informations avec le blessé au niveau de soins suivant.



Tactical Emergency Casualty Care (TECC)

Directives pour les Premiers intervenants soumis à Obligation d'agir (policiers, pompiers non formés aux services médicaux d'urgence)

OBJECTIFS, PRINCIPES, COMPETENCES

Les soins fournis dans le cadre des directives TECC sont inhérents à la formation individuelle du premier intervenant, aux équipements disponibles, aux protocoles médicaux locaux, et à l'autorisation du directeur médical.

I. DIRECT THREAT CARE (DTC) / HOT ZONE

Objectifs principaux :

1. Accomplir la mission avec un minimum de blessés supplémentaires.
2. Eviter que les blessés subissent des blessures supplémentaires.
3. Maintenir au maximum l'engagement de l'équipe d'intervention à neutraliser la menace existante (par ex. : tireur actif, barricade, gestion d'une menace élevée, etc.).
4. Minimiser toute blessure du public.

Principes opérationnels :

1. Etablir une *suprématie tactique* et différer les interventions médicales détaillées en cas d'*atténuation en cours de la menace directe* (par ex. : échanges de tirs actifs, scénario explosif dynamique, etc.).
2. Les techniques d'*atténuation de la menace* minimiseront les risques pour les blessés et pour les intervenants. Celles-ci doivent comprendre les techniques et les outils permettant un accès et une évacuation rapides des blessés.
3. Le triage doit être différé à une phase de soins ultérieure. La priorité des extractions est basée sur les ressources disponibles et la situation tactique.
4. Les interventions minimales en cas de traumatisme sont justifiées pendant cette phase.
5. *Penser* à contrôler les saignements :
 - a. L'application du garrot est l'intervention « médicale » principale à *envisager*.
 - b. Pour le personnel d'intervention, le garrot doit être toujours facilement accessible avec l'une ou l'autre main.

Compétences requises pour les DTC / HOT ZONE (appliquées uniquement en conformité avec la PN / le protocole approuvé(e)) :

1. Pression directe et application précipitée du garrot :
 - a. Penser à la Méthode PACE - *Primary, Alternative, Contingency, Emergency*
 - b. Garrots disponibles dans le commerce
 - c. Garrots prêts à l'utilisation sur le terrain
2. Extraction tactique des blessés.
3. Placement rapide en position latérale de sécurité.

II. INDIRECT THREAT CARE (ITC) / WARM ZONE

Objectifs principaux :

1. Les objectifs 1 à 4 ci-dessus pour les DTC / HOT ZONE.



2. Stabiliser le blessé si nécessaire pour permettre une extraction sécurisée vers le secteur de traitement dédié ou vers les ressources d'évacuation médicale.

Principes opérationnels :

1. Maintenir une *suprématie tactique* et achever la mission globale.
2. Le cas échéant, assurer la sécurité des premiers intervenants et celle des blessés en *sécurisant les armes* et/ou en neutralisant tout outil tactique accessoire (grenades incapacitantes, gaz lacrymogène, etc.).
3. Procéder à une *évaluation dédiée du patient* et engager des interventions vitales appropriées telles que décrites dans les directives pour les ITC / WARM ZONE. NE PAS RETARDER l'extraction/l'évacuation du blessé pour les interventions non vitales.
4. *Réfléchir* à établir un *point de rassemblement des victimes* s'il y a plusieurs blessés.
5. Sous réserve d'un point de rassemblement fixe des victimes, le triage dans cette phase de soins doit être limité aux catégories suivantes :
 - a. Les personnes non blessées et/ou capables de se déplacer ou de s'auto-extraire
 - b. Les personnes décédées / condamnées
 - c. Toutes les autres.
6. Etablir une *communication* avec le commandement tactique et/ou unifié et demander ou vérifier l'engagement d'une extraction/évacuation des blessés.
7. Préparer les blessés à l'extraction et consigner les soins administrés dans une optique de continuité.

Compétences requises pour les ITC / WARM ZONE (appliquées uniquement en conformité avec la PN / le protocole approuvé(e)) :

1. Contrôle de l'hémorragie :
 - a. Exercer une pression directe
 - b. Application d'un garrot :
 - i. Penser à la Méthode PACE - *Primary, Alternative, Contingency, Emergency*
 - ii. Garrots disponibles dans le commerce
 - iii. Garrots prêts à l'utilisation sur le terrain
 - c. Mécher les blessures avec de la gaze ou un agent hémostatique
 - d. Application d'un pansement compressif
2. Voies aériennes :
 - a. Effectuer les manœuvres manuelles (soulever le menton, déplacer la mâchoire en avant, placer en position latérale de sécurité)
 - b. Insérer une canule nasopharyngée
3. Respiration :
 - a. Application d'un pansement occlusif efficace
 - b. Administration d'oxygène
 - c. Reconnaître les symptômes d'un pneumothorax sous tension
 - d. Soulever un côté d'un pansement occlusif
4. Circulation :
 - a. Reconnaître les symptômes d'un choc hémorragique
5. Prévention de l'hypothermie :
 - a. Appliquer des matériaux disponibles pour empêcher la perte de chaleur.
6. Gestion des blessures :
 - a. Débuter un traitement de base des brûlures.
7. Evacuation des blessés :
 - a. Déplacer les blessés (tirer, porter, lever).
 - b. Sécuriser les blessés sur une civière.
8. Autres compétences :
 - a. Surveiller les blessés.



- b. Reconnaître le besoin, les conditions et mettre en œuvre un Point de rassemblement des victimes.



III. EVACUATION CARE (Evac) / COLD ZONE

Objectifs principaux :

1. Maintenir toute intervention vitale appliquée au cours des phases de DTC et d'ITC.
2. Assurer une évacuation rapide et sécurisée vers un établissement médical approprié.
3. Assurer une bonne communication et le transfert des données relatives aux soins administrés aux patients entre les personnes chargées des soins sur le terrain et l'établissement de réception.
4. Eviter toute cause de décès supplémentaire qui pourrait être évitée.

Principes opérationnels :

1. Réévaluer le ou les blessés afin de vérifier l'efficacité de l'ensemble des interventions médicales pratiquées.
2. Utiliser un système / des critères de triage conformément aux politiques locales qui tien(nen)t compte de la priorité ET de la destination pour assurer une répartition appropriée des patients.
3. Utiliser toutes ressources supplémentaires disponibles pour maximiser les soins avancés.
4. Eviter toute hypothermie.
5. La communication est cruciale, en particulier entre les éléments tactiques et les équipes EMS non-tactiques.
6. Maintenir une connaissance situationnelle : dans le cadre d'évènements dynamiques, il n'y a AUCUNE zone sans menace.

Compétences requises pour les Evac / COLD ZONE (appliquées uniquement en conformité avec la PN / le protocole approuvé(e)) :

1. Identiques à celles requises pour les ITC / Zone Tiède.
2. Appliquer une hiérarchisation du triage des blessés.
3. Communiquer efficacement entre les ressources non-médicales, pré-hôpital et médicales en hôpital.