

Directives pour les soins aux blessés en combat tactique

pour tous les combattants

Août 2017

(Basées sur les directives TCCCⁱ pour le personnel médical)

Ces recommandations sont données à titre indicatif uniquement et ne se substituent pas à un jugement clinique.

Plan de prise en charge de base pour les soins sous le feu ennemi

1. Riposter et se mettre à couvert.
2. Demander à la victime de rester engagée en tant que combattant, ou s'attendre à ce qu'elle le soit, si nécessaire.
3. Demander à la victime de se mettre à couvert et de se soigner elle-même si possible.
4. Essayer d'éviter que la victime ne subisse de nouvelles blessures.
5. Les victimes doivent être extraites des véhicules ou des bâtiments en feu et transportées vers des lieux relativement sûrs. Prendre les mesures nécessaires pour arrêter le processus de brûlure.
6. Arrêter une hémorragie externe potentiellement mortelle si cela est tactiquement possible :
 - a) Demandez à la victime de contrôler elle-même son saignement si possible.
 - b) Utilisez un garrot recommandé par le TCCC pour les hémorragies, anatomiquement adapté à l'utilisation d'un garrot.
 - c) Appliquez le garrot sur l'uniforme, à proximité immédiate du ou des sites de saignement.

Si le site du saignement potentiellement mortel n'est pas clairement visible, placez le garrot « haut et serré » (aussi près que possible) sur le membre blessé et déplacez la victime pour la mettre à l'abri.

7. Il est généralement préférable de reporter la prise en charge des voies respiratoires à la phase de soins tactiques sur le terrain.

Plan de prise en charge de base pour les soins tactiques sur le terrain

- 1) Établir un périmètre de sécurité conformément aux procédures opérationnelles standard tactiques de l'unité et/ou aux exercices de combat. Maintenir une connaissance de la situation tactique.

2) Les armes et le matériel de communication des victimes dont l'état mental est altéré doivent être immédiatement retirés.

3) Hémorragie massive

- a) Évaluer la présence d'une hémorragie non diagnostiquée et contrôler toutes les sources de saignement. Si ce n'est pas déjà fait, utiliser un garrot recommandé par le TCCC pour contrôler une hémorragie externe potentiellement mortelle et anatomiquement compatible avec l'utilisation d'un garrot, ou pour toute amputation traumatique. Appliquer directement sur la peau, à 5 à 7,5 cm au-dessus du site du saignement. Si le saignement n'est pas contrôlé par le premier garrot, appliquer un second garrot côte à côte avec le premier.



- b) En cas d'hémorragie compressible (externe) non compatible avec l'utilisation d'un garrot, utiliser Combat Gauze comme pansement hémostatique TCCC de choix.
- Autres adjuvants hémostatiques :
 - Gaze Celox ou
 - Gaze Chito ou
 - Les pansements hémostatiques doivent être appliqués en exerçant une pression directe pendant au moins 3 minutes. Chaque pansement agit différemment. Ainsi, si l'un d'eux ne parvient pas à contrôler le saignement, il peut être retiré et un nouveau pansement, du même type ou d'un type différent, appliqué.

4) Gestion des voies respiratoires

- a) Victime inconsciente sans obstruction des voies respiratoires :
- Manœuvre de soulèvement du menton ou de poussée de la mâchoire
 - Voies respiratoires nasopharyngées
 - Placer la victime en position latérale de sécurité
- b) Victime présentant une obstruction des voies respiratoires ou une obstruction imminente :
- Manœuvre de soulèvement du menton ou de poussée de la mâchoire
 - Voies respiratoires nasopharyngées
 - Permettre à la victime consciente d'adopter la position la plus protectrice des voies respiratoires, y compris la position assise.

- Placer la victime inconsciente en position latérale de sécurité.
- c) Si les mesures précédentes échouent, orienter immédiatement le patient vers un medic.

5) Respiration

- a) Chez une victime présentant une détresse respiratoire progressive et un traumatisme thoracique connu ou suspecté, envisager un pneumothorax sous tension et orienter le patient vers un medicⁱⁱ dès que possible.
- b) Toute plaie thoracique ouverte et/ou aspirante doit être traitée par la pose immédiate d'un pansement thoracique ventilée pour couvrir la lésion. En l'absence de pansement thoracique ventilée, utiliser un pansement non ventilé. Surveiller la victime pour détecter une détresse respiratoire. Si elle se développe, suspecter un pneumothorax sous tension. Traiter la situation par un retrait temporaire du pansement. Si cela ne soulage pas la détresse respiratoire, orienter le patient vers un medic.



6) Circulation

a) Saignement

- Réévaluer chaque garrot appliqué précédemment. Exposer la plaie et déterminer si le garrot contrôle le saignement. Tout garrot appliqué sur l'uniforme de la victime doit être remplacé par le medic par un autre garrot appliqué directement sur la peau, 5 à 7,5 cm au-dessus de la plaie, si possible.
- S'assurer que le saignement est arrêté. En l'absence d'amputation traumatique, vérifier la présence de pouls plus éloignés du garrot sur le membre. Si le saignement persiste ou si un pouls distal est toujours présent, envisager un serrage supplémentaire du garrot ou l'utilisation d'un second garrot côte à côte avec le premier afin d'éliminer à la fois le saignement et le pouls distal.
- Exposer et marquer clairement tous les garrots avec l'heure de pose. Utiliser un marqueur permanent pour marquer le garrot et la fiche de victime.

b) Choc hémorragique

- Évaluer la présence d'un choc hémorragique (altération de l'état mental en l'absence de lésion cérébrale et/ou pouls radial faible ou absent).
- - Si la victime n'est pas en état de choc :
 - Aucune perfusion intraveineuse n'est immédiatement nécessaire.
 - L'administration de liquides par voie orale est autorisée si la victime est consciente et peut avaler.
- - Si la victime est en état de choc ou développe un état de choc, orientez-la vers un medic.

7) Prévention de l'hypothermie

- a) Minimisez l'exposition de la victime aux éléments. Gardez un équipement de protection sur ou avec la victime si possible.
- b) Remplacez les vêtements mouillés par des vêtements secs si possible. Déplacez la victime sur une surface isolée dès que possible.
- c) Appliquer la couverture chauffante du kit de prévention et de gestion de l'hypothermie (HPMK) sur le torse de la victime (sans contact direct avec la peau) et la recouvrir de la coque thermoréfléchissante (HRS).
- d) En l'absence de HPMK, utiliser des couvertures sèches, des doublures de poncho, des sacs de couchage ou tout autre moyen de conserver la chaleur et de maintenir la victime au sec.



8) Traumatisme oculaire pénétrant

- a) En cas de lésion oculaire pénétrante ou suspectée :
 - Couvrir l'œil avec une protection oculaire rigide (PAS un patch compressif).
 - S'assurer que le comprimé de Moxifloxacine de 400 mg (antibiotique) contenu dans la trousse de traitement des blessures de combat (CWMPⁱⁱⁱ) est pris si la victime peut avaler. Dans le cas contraire, orienter vers un medic pour une antibiothérapie par voie intraveineuse ou intramusculaire.

9) Soulagement de la douleur sur le champ de bataille :

- a) Pour les douleurs légères à modérées qui n'empêchent pas la victime de se battre :
 - Kit de médicaments pour blessures de combat :
 - Tylenol - 650 mg (paracétamol), comprimé bicouche, 2 doses per os toutes les 8 heures
 - Méloxicam - 15 mg per os une fois par jour (AINS^{iv})
- b) Si la douleur de la victime est suffisamment intense pour l'empêcher de se battre, orientez-la vers un medic.

10) Antibiotiques : recommandés pour toutes les blessures de combat ouvertes

- a) Si la victime peut avaler :
 - - Moxifloxacine (de la CWMP), 400 mg par voie orale une fois par jour
- b) Si la victime ne peut pas avaler (choc, perte de connaissance) :
 - - Orientez-la vers un medic.

11) Inspectez et pansez les plaies connues.

12) Recherchez d'autres plaies.

13) Brûlures

- a) Les brûlures du visage, en particulier celles qui surviennent dans des espaces clos, peuvent être associées à des lésions toxiques ou thermiques des voies respiratoires ou des poumons. Surveiller attentivement l'état des voies respiratoires de la victime et l'orienter vers un médecin dès que possible.
- b) Recouvrir la zone brûlée de pansements secs et stériles. En cas de brûlures étendues, envisager de placer la victime dans la couverture thermoréfléchissante ou la couverture de survie Blizzard du kit de prévention de l'hypothermie afin de couvrir les zones brûlées et de prévenir l'hypothermie.
- c) Orienter toute victime présentant des brûlures étendues ou graves vers un médecin dès que possible.

14) Protéger les fractures avec une attelle et revérifier le pouls.

15) Communiquer

- a) Encourager et rassurer la victime.
- b) Expliquez à la victime ce que vous faites pour l'aider.
- c) Communiquer avec la direction tactique dès que possible et tout au long des soins, si nécessaire.
- d) Communiquer avec le système d'évacuation (cellule de coordination de l'évacuation des patients) pour organiser une évacuation.

16) Réanimation cardio-pulmonaire (RCP)

- a) La réanimation sur le champ de bataille pour les victimes d'explosion ou de traumatisme pénétrant qui n'ont pas de pouls, pas de ventilation et aucun autre signe de vie ne sera efficace et ne doit pas être tentée.

17) Documentation des soins

- a) Consigner les évaluations cliniques, les traitements prodigués et l'évolution de l'état de la victime sur une fiche TCCC (formulaire DD 1380^v). Transmettre ces informations avec la victime au niveau de soins supérieur.

18) Préparer l'évacuation

- a) Remplir et fixer la fiche TCCC (DD 1380) à la victime.
- b) Fixer toutes les extrémités des bandages et des bandes.
- c) Fixer les bandes, couvertures et sangles de prévention de l'hypothermie.
- d) Fixer les sangles du brancard si nécessaire. Envisager un rembourrage supplémentaire pour les longues évacuations.
- e) Fournir des instructions aux patients ambulatoires si nécessaire.
- f) Organiser l'évacuation des victimes conformément aux procédures opérationnelles standard de l'unité.
- g) Maintenir la sécurité au point d'évacuation conformément aux procédures opérationnelles standard de l'unité.

Plan de gestion de base pour les soins d'évacuation tactique

- 1) Le personnel de la force tactique doit sécuriser les points d'évacuation et préparer les blessés pour l'évacuation.
- 2) Les soins prodigués à un blessé pendant l'évacuation sont les mêmes que ceux prodigués pour les soins tactiques sur le terrain.
- 3) Pour les blessés présentant un traumatisme thoracique ou abdominal, il faut surveiller attentivement l'apparition d'un pneumothorax sous tension, en particulier lors d'une évacuation par voie aérienne ou en terrain montagneux.
- 4) Surveiller l'apparition d'un nouveau saignement au niveau d'une plaie. Le cas échéant, le contrôler.
- 5) Garder la victime au chaud.
- 6) Documenter les soins prodigués.

ⁱ TCCC [Tactical Combat Casualty Care](#)

ⁱⁱ Medic Soldat spécialiste sanitaire d'unité

ⁱⁱⁱ CWMP Combat Wound Medication Pill Pack, pochette medical de chaque soldat

^{iv} AINS Anti-inflammatoire non stéroïdien

^v DD-1380 Formulaire de soins à remplir avant l'évacuation