



TRIAGE

TRIER, C'EST CHOISIR, DÉCIDER.

Même si la notion de tri médical est le plus souvent liée à des notions de médecine militaire ou de catastrophe. Elle fait en réalité partie à un degré ou un autre de l'activité quotidienne.

On trie déjà, lorsque en fonction d'une situation, il existe plusieurs choix et que l'on doit faire l'un deux.

« Ouvrier amputé d'un pied, par accident de chantier au Locle ; fait-on venir REGA ? » C'est déjà du triage !

Dans ce cas, les éléments de décision sont probablement : S'agit-il d'un enfant ? Va-t-on parler de réimplantation ? Est-ce qu'on peut le faire chez nous ou l'amener à HCF ne servira qu'à perdre du temps pour finir par l'hélicopter plus loin ? Quelle est la météo, etc... Quelle que soit la situation, on constate que les décisions de triage se prennent toujours en fonction des mêmes paramètres :

- ♦ Evaluation ABCDE
- ♦ Sévérité de la/des lésion(s)
- ♦ Capacité de récupérer/ guérison (« Salvageability » des anglo saxons)
- ♦ Ressources disponibles
- ♦ Temps, Distance, Environnement

Ces paramètres restent « valables » que l'on se trouve dans un champ ou dans un Service d'urgence. Si on ne dispose pas du neurochirurgien (ressources), on décidera de transférer, en ambulance ou en hélico selon la distance ou le délai (temps) dans lequel on redoute une évolution défavorable. On renoncera probablement à transférer une personne de 95ans avec un polytraumatisme associé à une atteinte cérébrale (« salvageability »)...

Le TRI pré-hospitalier doit obligatoirement s'interpréter en fonction de la situation. On ne triera pas de la même façon les 15 victimes d'un autocar renversé entre Lausanne et Neuchâtel, qu'on traitera les 50 blessés quotidiens sur un champ de bataille encerclé par l'ennemi, ou les 54 victimes d'un accident d'avion dans la montagne hors de toute atteinte médicale...

CATASTROPHE ?

Les définitions d'un « mass casualty incident » sont variables, mais elles ont toutes en commun de suggérer une situation qui « *déborde les ressources immédiatement disponibles* »

On pourrait probablement également dire que cette situation risque de déborder les ressources si la situation n'est pas *gérée*, ce qui est bien plus probablement le cas de structures comme les nôtres, face à un événement impliquant plus d'une dizaine de personnes déjà.

Le but final du triage est de « permettre au plus grand nombre, l'accès le plus rapide, aux soins adaptés ».

Si les systèmes de triage mis en place visent à sauver des vies, on peut, plus concrètement et plus fréquemment évoquer, les séquelles évitées, la douleur économisée et la satisfaction générale qu'un « triage » peut permettre.

Les accidents "de masse" qui font la une des journaux restent rares, et il est peu probable qu'on en acquière l'expérience, encore moins que l'on puisse profiter de cette expérience pour affronter un second événement identique.... Aussi la préparation est-elle importante si on ne veut pas rater le « rendez-vous avec le destin ».

L'impact médiatique, lui est tel, en particulier en cas de mauvaise gestion (!) que chaque institution essaie de se doter d'un système capable de gérer de telles situations. **TRIER : TRAITER & TRANSPORTER**

Classiquement la notion de Triage mêle les notions d'urgence de prise en charge médicale et d'urgence de transport. On peut considérer, qu'avoir à faire des choix « médicaux » dans notre environnement médical européen et en particulier helvétique, en temps de paix, serait une situation pratiquement inacceptable car il semble impossible que l'on soit obligé de garder des patients dans un PMA (Poste médical Avancé), sur un site d'accident, avec les moyens médicaux dont nous disposons.



(Lors du récent meeting de Payerne, il faut cependant savoir que les capacités suisses en terme de Centres de brûlés étaient nulles...).

Par contre le choix des moyens et des priorités de transport en fonction des pathologies sera essentiel : *Le bon patient devra être acheminé au bon endroit.*

L'étude du devenir des victimes lors de catastrophes sanitaires, montre que certaines victimes évolueront bien qu'elles reçoivent ou non des soins médicaux alors que d'autres se péjoreront de toutes façons. Enfin, certaines se péjoreront si des soins rapides ne leur sont pas prodigués.

Il faut utiliser les ressources immédiatement disponibles pour ceux qui en ont besoin. Le but premier du triage est donc d'identifier les besoins et de coordonner un transport rapide vers l'hôpital correspondant à la pathologie.

En 1983 le DRC (Disaster Research Center) de l'université du Delaware (US) a étudié 29 catastrophes. Le mauvais triage est cité comme un problème classique. Le déficit de triage résultait dans la distribution non réfléchie des patients. Les blessés ayant souvent été transportés vers l'hôpital le plus proche ou l'hôpital le plus familier aux ambulanciers et non vers l'hôpital qui disposait des ressources adaptées.

La plupart des gestions de crise sont gagnées ou perdues dans les 10 premières minutes après arrivée sur place, car c'est dans ce délai que vont se prendre des décisions qui ne pourront plus être modifiées par la suite. Le rôle des premiers intervenants est donc l'évaluation de la situation avant toute autre chose.

De quoi s'agit-il ? Quelles sont les conséquences ? L'événement est-il « joué » ou va-t-il encore évoluer ? quels genres de pathologies sont présentes ? Quels sont les moyens, et par conséquent les lieux de soins nécessaires.

Quels patients faut-il évacuer rapidement et lesquels peuvent attendre ? où va-t-on les transporter, et par quel moyen ?

Il est évident qu'il y a un pas important de la planification théorique à la mise en pratique en situation de crise ! Aussi la seule ambition des systèmes de triage développés est d'essayer "d'organiser le chaos" afin d'en limiter les effets.

Du point de vue de l'hôpital, le but essentiel du Triage est d'éviter que l'on y transporte la catastrophe ; respectivement de se voir encombré de blessés légers venus par leurs propres moyens (« évacuations sauvages ») alors que les blessés graves qui doivent être conditionnés sur le site arriveront à un moment où la structure sera encombrée de cas mineurs.

La connaissance des principes qui régissent le triage est essentielle, de façon à ce que chaque intervenant, à chaque niveau, participe à optimiser le système.

START

Le système de tri START développé en 1980 (Simple Triage and Rapid Transport) est considéré comme une référence. Il

correspond au besoin : rapide, précis tout en restant « superficiel », simple à retenir. C'est un concept basique dont est dérivé le système suisse.

Start définit 4 groupes de patients selon des codes de couleur : Rouge, Jaune, Vert et Noir. Les patients rouges (immédiat) sont ceux qui nécessitent un traitement immédiat, sur site. Les jaunes (delayed) nécessitent un soin médical, mais il ne mourront pas si ce soin est différé. Les verts (ambulatory) sont blessés mais pas de façon vitale, ils peuvent marcher et prendre soin d'eux-mêmes. Les noirs ne nécessitent pas de soins.

L'avantage de ce système est qu'il ne réclame aucune connaissance médicale particulière, il est appliqué par les ambulanciers, premiers intervenants sur place.



Selon START, on prend en charge d'abord ceux qui sont capables de marcher (Vert), on les « marque » et on les dirige vers une zone sûre. Ensuite on évalue rapidement les autres patients selon leur capacité à maintenir leur voies aériennes perméables, leur fréquence respiratoire et leur hémodynamique évaluée selon le remplissage capillaire et le pouls. Sont ainsi attribuées les catégories Rouge, Jaune, Verte et Noire.

Les problèmes les plus souvent rencontrés concernent les patients "verts" qui sont oubliés, voire qui, dans la confusion quittent seuls le lieu de l'accident (évacuations « sauvages »).

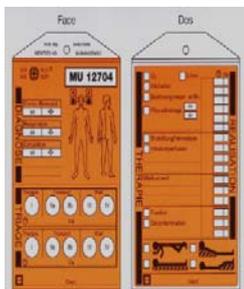
URGENCES RELATIVES & URGENCES ABSOLUES

Plus proche de nous, le système français fait appel à deux catégories de victimes:

- Les victimes nécessitant des soins immédiats à défaut desquels le pronostic vital serait engagé et qui relèvent généralement de techniques de réanimation ou de chirurgie lourde ; ce sont les *urgences absolues* (UA).
- Les victimes qui peuvent sans engagement du pronostic vital ou fonctionnel bénéficier de soins plus légers ou différés ; ce sont les *urgences relatives* (UR).

SYSTEME SUISSE

La particularité principale de notre système de tri est d'introduire une notion de *Pré-triage* (en l'occurrence, il s'agit de choisir ceux des blessés que l'on doit amener en priorité au médecin du triage, au PMA). Ce pré-triage se fait selon une appréciation ABC rapide de type START.

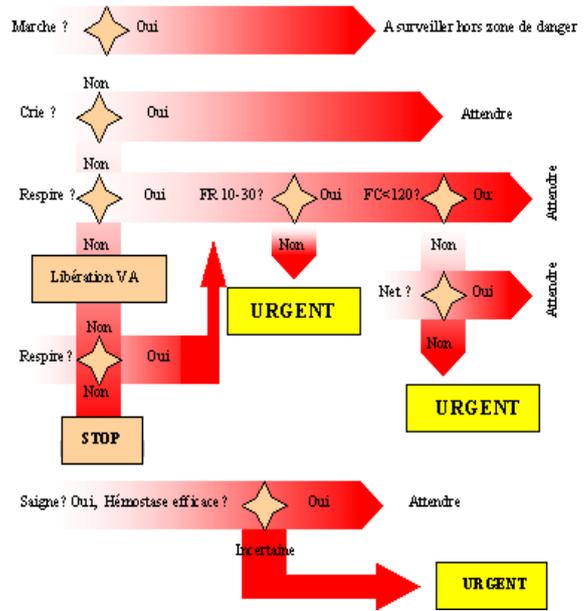


Chaque véhicule d'intervention (ambulances / SMUR) dispose d'une pochette « Triage » contenant 20 fiches « SAP » (système d'acheminement des patients). Ces fiches ont l'aspect de pochettes plastifiées oranges contenant entre autres la plaquette « URGENCE Pré-triage », des étiquettes avec un N° d'identité temporaire (victimes « anonymes ») permettant de servir d'identité

Temporaire aux victimes, de marquer des tubes de laboratoire ou leurs effets.

PRE-TRIAGE / TRIAGE

Outre l'évaluation de la situation, essentielle pour pouvoir adapter la réponse ; la première mesure des intervenants va constituer à effectuer le pré-triage des victimes c'est à dire à organiser leur ramassage pour les amener au PMA où se fera le triage lui-même, par un médecin.

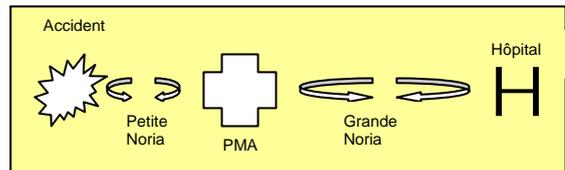


Chaque fois que l'évaluation débouche sur la case « urgent », le patient doit recevoir la fiche SAP orange et la fiche jaune fluo « URGENT Pré-triage ».



Cette fiche jaune va le signaler aux « ramasseurs » comme étant une victime à prendre en charge en premier lieu. Ainsi, par l'application d'une évaluation ABC simple, réalisée généralement par les ambulanciers, on va établir l'ordre dans lequel les victimes vont ensuite être triées.

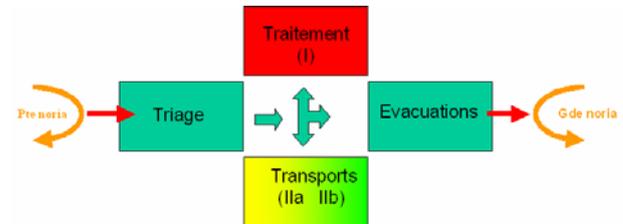
Les victimes sont amenées au PMA par les moyens disponibles sur place ; ce déplacement constitue la « petite noria ».



A chaque patient qui lui est amené, le médecin-trieur attribue un code traduisant un degré d'urgence de prise en charge, respectivement de traitement et de transport.

Notre système helvétique de triage, mêle les codes de couleurs internationales et une nomenclature typiquement suisse :

- I = Rouge = Traitement immédiat sur site
- Ila/b = Jaune = Priorité de transport immédiat/différée
- III = Vert = Traitement minimal sur le site
- IV = Attente ou (peu probablement..) moyens présents ne permettant pour le moment pas la prise en charge.



Le transport vers les hôpitaux se fera en fonction du tri effectué au PMA. Il se fera par ambulances ou hélicoptères : c'est la « grande Noria ».

Surtout : le triage est une notion dynamique et les priorités doivent constamment être ré-évaluées en regard de l'ABC et de la disponibilité des moyens de transport.
