



COURS D'ASSISTANTS MÉDICAUX SUR LE TERRAIN
DES NATIONS UNIES

Manuel de l'instructeur

Première édition 2022

PROJET

Révisé en juillet 2022



Prologue

Basé sur les principes scientifiques de Joint Trauma System ® et de Tactical Combat Casualty Care ® (TCCC, ou soins tactiques aux victimes de combat) et adapté aux besoins des Nations Unies, ce cours vise à améliorer le soutien médical d'urgence sur le terrain.

Le nombre de professionnels de la santé parmi les soldats de la paix des missions des Nations Unies étant limité, des mesures supplémentaires doivent être prises pour traiter d'urgence les victimes dans les premières minutes suivant un incident. Ces premières minutes sont considérées comme les « dix minutes de platine » car elles sont essentielles pour la survie des patients blessés. Les soldats de la paix doivent par conséquent se charger de cette tâche.

Dans un premier temps, chaque soldat de la paix doit suivre un cours obligatoire de premiers secours pour les camarades de combat avant le déploiement. Mais il subsiste un écart entre les premiers secours et les traitements médicaux professionnels d'urgence.

Pour combler celui-ci, un Cours d'assistants médicaux sur le terrain des Nations Unies a été élaboré. Les soldats de la paix sélectionnés seront formés à l'application de mesures renforcées pour secourir les victimes blessées ou malades, y compris dans des conditions mettant leur vie en danger, lors de missions robustes sur le terrain.

Par conséquent, ce cours contient non seulement des approches médicales ou techniques, mais prend également en compte les besoins « tactiques » dans certaines situations sur le terrain auxquelles les soldats de la paix peuvent être confrontés.

Ce manuel de l'instructeur a pour but d'aider les formateurs à acquérir une compréhension commune des principes des Nations Unies dans la chaîne de sauvetage afin de fournir une formation adéquate aux apprenants. Ces principes sont basés sur les sources ouvertes de Joint Trauma System, de TCCC (Tactical Combat Casualty Care, ou soins tactiques aux victimes de combat) et de Deployed Medicine, qui sont élaborées par l'armée américaine et reposent sur des données probantes.

Il s'agit d'un document évolutif, qui sera par conséquent adapté aux derniers résultats scientifiques en matière de mesures de médecine d'urgence.

Nous espérons que, sur la base des informations fournies dans ce document, une formation réussie basée sur les principes communs des Nations Unies en matière de médecine d'urgence sera organisée pour améliorer le taux de survie du personnel de maintien de la paix des Nations Unies malade ou blessé.

New York, le 25 novembre 2021

Carolina Herrera - Cheffe de section - gestion du personnel médical

Colonel Arne Mueller - Conseiller médical militaire

Capitaine Pedro Montoliu Garcia - Planificateur médical, infirmier, formateur

N.N.

TABLE DES MATIÈRES

Matériel de formation	
Prologue	2
Table des matières	3
Module 1 - Principes et application de l'aide médicale tactique sur le terrain	4
Module 2 - Équipement médical	16
Module 3 - Soins sous les tirs	25
Module 4 - Principes et application des soins tactiques sur le terrain	37
Module 5 - Évaluation tactique des traumatismes	45
Module 6 - Contrôle des hémorragies massives dans la phase de soins tactiques sur le terrain	56
Module 7 - Traitement des voies respiratoires dans la phase de soins tactiques sur le terrain	72
Module 8 - Évaluation et gestion de la respiration dans la phase de soins tactiques sur le terrain	79
Module 9 - Contrôle des hémorragies dans la phase de soins tactiques sur le terrain	88
Module 10 - Reconnaissance des états de choc	96
Module 11 - Prévention de l'hypothermie	103
Module 12 - Blessures à la tête	110
Module 13 - Blessures oculaires	115
Module 14 - Analgésiques et antibiotiques	121
Module 15 - Traitement des plaies	127
Module 16 - Traitement des brûlures	132
Module 17 - Fractures	139
Module 18 - Suivi des victimes	146
Module 19 - Procédures de pré-évacuation, communication et documentation	151
Module 20 - Procédures d'évacuation	159

Annexes	
Annexe A - Références relatives aux politiques des Nations Unies	167
Annexe B - Modifications	168
Annexe C - Équivalences terminologiques entre le cours de soins tactiques aux victimes de combat (Tactical Combat Casualty Care, ou TCCC) et le Cours d'assistants médicaux sur le terrain	169
Annexe D - Boîte à outils des formateurs	170
Annexe E - Remerciements	176
Annexe F - Bibliographie	178

MODULE 1

Principes et application de l'aide médicale tactique sur le terrain

Ces notes complètes de l'intervenant constituent un script que le formateur pourra utiliser lors de cette présentation didactique du rôle de l'assistant médical sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain. Elles comprennent les points clés qui doivent être soulignés tout au long de la présentation.

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE

Bonjour. Bienvenue dans le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain.

Mon nom est (**insérez le nom**) et je suis la formatrice principale / le formateur principal de ce cours. J'ai à mes côtés d'autres formateurs qui contribueront à la partie pratique de la formation. (**Présentez les autres formateurs, le cas échéant**).

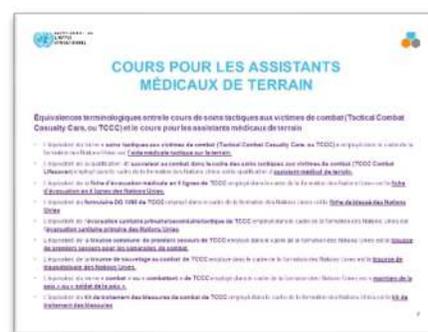


Expliquez les équivalences entre la terminologie et les qualifications de Joint Trauma System, de TCCC (Tactical Combat Casualty Care, ou soins tactiques aux victimes de combat) et de la formation de sauveteurs au combat (Combat Lifesaver), d'une part, et la terminologie et les qualifications employées dans le cadre de la formation des Nations Unies.

DIAPOSITIVE 1b - AJUSTEMENTS

Les ajustements terminologiques sont les suivants :

- L'équivalent du terme « **soins tactiques aux victimes de combat (Tactical Combat Casualty Care, ou TCCC)** » employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est **l'aide médicale tactique sur le terrain**.
- L'équivalent de la qualification de **sauveteur au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC Combat Lifesaver)** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la qualification d'**assistant médical sur le terrain**.
- L'équivalent de la **fiche d'évacuation médicale en 9 lignes de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la **fiche d'évacuation en 4 lignes des Nations Unies**.



- L'équivalent du **formulaire DD 1380 de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la **fiche de blessé des Nations Unies**.
- L'équivalent de l'**évacuation sanitaire primaire/secondaire/tactique de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est l'**évacuation sanitaire primaire des Nations Unies**.
- L'équivalent de la **trousse commune de premiers secours de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la **trousse de premiers secours pour les camarades de combat**.
- L'équivalent de la **trousse de sauvetage au combat de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la **trousse de traumatologie des Nations Unies**.
- L'équivalent du terme « **combat** » ou « **combattant** » de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est « **maintien de la paix** » ou « **soldat de la paix** ».
- L'équivalent du **kit de traitement des blessures de combat de TCCC** employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est le **kit de traitement des blessures**.

DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.

Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.



DIAPOSITIVE 3 - Objectifs d'apprentissage terminaux / objectifs d'apprentissage habilitants

Les apprenants doivent comprendre la base du cours et les résultats d'apprentissage attendus.

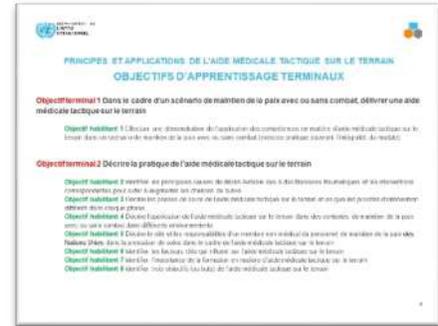
Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain repose sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.

Ce module comporte deux objectifs d'apprentissage terminaux. Chaque objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants.

Ce module comporte un objectif de performance : effectuer une démonstration de l'application des compétences en matière d'aide médicale tactique sur le terrain dans un scénario de maintien de la paix avec ou sans combat.

Il comporte sept objectifs d'apprentissage cognitifs. Il s'agit des objectifs suivants :

1. Identifier les principales causes de décès évitables dus à des blessures traumatiques et les interventions correspondantes pour aider à augmenter les chances de survie
2. Décrire les phases de soins de l'aide médicale tactique sur le terrain et la manière dont les priorités d'intervention diffèrent dans chaque phase
3. Décrire l'application de l'aide médicale tactique sur le terrain dans des contextes de maintien de la paix avec ou sans combat dans différents environnements
4. Expliquer le rôle et les responsabilités d'un membre du personnel non médical des Nations Unies dans la prestation de soins dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain
5. Identifier les facteurs clés qui influent sur l'aide médicale tactique sur le terrain
6. Identifier l'importance de la formation en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.
7. Identifier les trois objectifs (ou buts) de l'aide médicale tactique sur le terrain.



DIAPOSITIVE 4 - NORME REQUISE PAR LE CONGRÈS

La fourniture d'une formation normalisée à l'aide médicale sur le terrain à l'intention de tous les membres est requise par les Nations Unies.

L'aide médicale tactique sur le terrain constitue la norme de soins en matière de médecine préhospitalière sur le champ de bataille.



DIAPOSITIVE 5 - RESSOURCES EN LIGNE

Le site Deployed Medicine (DeployedMedicine.com) et l'application téléphonique de la Defense Health Agency s'appuient sur la technologie pour donner accès à un contenu multimédia à la demande. Ce contenu favorise l'apprentissage continu tout au long de la vie et l'accès aux mises à jour en temps réel de la formation et de l'éducation en matière de soins tactiques aux victimes de combat.



DIAPOSITIVE 6 - CONTENU DU COURS

Ce cours vise à renforcer l'application des principes d'aide médicale tactique sur le terrain et à enseigner les connaissances et les compétences nécessaires pour sauver des vies et pour améliorer les résultats concernant les victimes de combat.



DIAPOSITIVE 7 - BIENVENUE DANS LE COURS DE SOINS TACTIQUES AUX VICTIMES DE COMBAT (VIDÉO)

Formatrice / formateur : Diffusez la vidéo. Le cours commence par la diffusion d'une vidéo de motivation ou d'une mise en scène pour lancer le cours.

Vidéo de présentation du cours de soins tactiques aux victimes de combat. Cette vidéo décrit la genèse et l'évolution des soins tactiques aux victimes de combat et leur rôle essentiel pour sauver des vies sur le champ de bataille et pour améliorer les résultats concernant les blessés au combat.



DIAPOSITIVE 8 - RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ASSISTANT MÉDICAL SUR LE TERRAIN

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires.



DIAPOSITIVE 9 - RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ASSISTANT MÉDICAL SUR LE TERRAIN (SUITE)

Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.



DIAPOSITIVE 10 - LES FACTEURS CLÉS QUI INFLUENT SUR L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Plusieurs facteurs clés influent sur la manière dont les soins préhospitaliers sont dispensés dans un contexte de combat, ce qui diffère d'un contexte civil. Les facteurs qui influent sur l'aide médicale tactique sur le terrain sont les suivants : les tirs hostiles, les considérations tactiques et contextuelles, les caractéristiques des blessures, les contraintes d'équipement, les délais pour atteindre les niveaux de soins supérieurs, et le niveau de formation et d'expérience des premiers intervenants. Ces facteurs seront abordés plus en détail dans ce module et tout au long de la formation.



DIAPOSITIVE 11 - IMPORTANCE DE LA FORMATION EN MATIÈRE D'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Environ **90 pour cent** des décès de victimes de combat surviennent avant que le blessé n'atteigne un niveau de soins supérieur (l'accès à un chirurgien, par exemple). Les soins préhospitaliers, y compris les soins fournis par les assistants médicaux sur le terrain, sont essentiels à la survie des personnes blessées au combat. Un grand nombre d'études et de données sur les victimes en Iraq et en Afghanistan mettent en évidence les causes de décès évitables sur le champ de bataille.

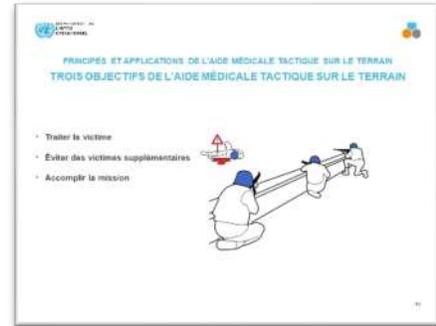
La formation en matière d'aide médicale tactique sur le terrain met l'accent sur l'identification et sur le traitement des causes les plus courantes de décès évitables sur le champ de bataille : hémorragies ou saignements, blessures entraînant un pneumothorax sous tension et problèmes de voies respiratoires.



DIAPOSITIVE 12 - LES TROIS OBJECTIFS DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Les trois objectifs de l'aide médicale tactique sur le terrain sont les suivants :

1. Traiter la victime
2. Éviter des victimes supplémentaires
3. Accomplir la mission



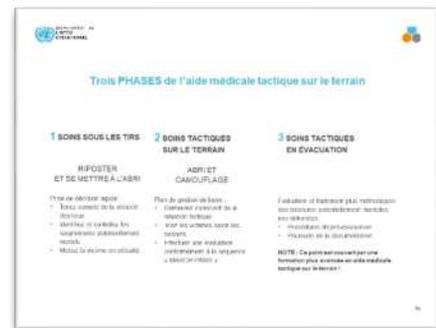
DIAPOSITIVE 13 - ENTREZ DANS LES OPÉRATIONS DE MAINTIEN DE LA PAIX



DIAPOSITIVE 14 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain est organisée en phases de soins qui commencent au moment de la blessure. Ces phases sont pertinentes pour les scénarios de traumatismes dans des contextes de maintien de la paix avec et sans combat :

1. Les **soins sous les tirs, ou soins sous la menace**, correspondent à l'aide apportée sur les lieux du traumatisme alors que la menace est toujours active. L'équipement médical disponible se limite à celui porté par une personne ou trouvé dans une trousse de premiers secours à proximité. L'hémorragie massive est la seule priorité médicale qui requiert votre attention pendant cette phase, car vous êtes en train de gérer activement une menace continue dans une situation potentiellement chaotique et dangereuse.
2. Les **soins tactiques sur le terrain** sont les soins dispensés une fois que la menace a été neutralisée, que les lieux ont été sécurisés ou que la victime s'est ou a été déplacée hors de la situation de menace immédiate. Au cours de cette phase, une évaluation rapide de la victime doit être effectuée. Le contrôle de l'hémorragie doit être évalué ou réévalué, et les problèmes relatifs aux voies respiratoires ou à la respiration doivent être traités. Les autres blessures telles que les brûlures, les fractures, les traumatismes oculaires et les blessures à la tête doivent ensuite être identifiées et traitées. Les équipements médicaux



sont encore limités. Le délai d'arrivée du personnel médical ou de l'équipe d'évacuation peut varier considérablement, en fonction de la situation tactique, entre autres.

3. Les **soins tactiques en évacuation** sont les soins dispensés pendant et après le déplacement de la victime en avion, à bord d'un véhicule ou à l'aide d'un autre mode de transport pour l'évacuer vers un niveau de soins supérieur. Lors de cette phase de soins aux victimes, du personnel et des équipements médicaux supplémentaires sont généralement disponibles.

Rappelez-vous : L'objectif de l'assistant médical sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain consiste à évaluer rapidement les victimes afin d'identifier et de traiter les blessures potentiellement mortelles, et de les maintenir en vie suffisamment longtemps pour leur permettre d'atteindre un niveau de soins médicaux plus élevé.

DIAPOSITIVE 15 - PHASE 1 : SOINS SOUS LES TIRS

Les soins sous les tirs sont les soins prodigués par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain sur le lieu où la blessure a été subie alors que la victime et lui se trouvent encore sous des tirs hostiles effectifs.

L'équipement médical disponible se limite à celui porté par l'intervenant ou par la victime (trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou trousse de traumatologie des Nations Unies). Rappelez-vous : Utilisez toujours la

trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime en premier.

La caractéristique essentielle des soins sous les tirs est que la victime et l'intervenant ou l'assistant médical sur le terrain sont encore la cible de tirs hostiles effectifs.

La mission ne s'arrête pas simplement parce qu'il y a une victime. La plupart des scénarios incluant des victimes sur le champ de bataille impliquent de prendre rapidement des décisions médicales et tactiques. Dans un environnement de combat, il n'y a pas de « temps mort » en présence de victimes. La bonne médecine peut parfois être une mauvaise tactique ; faire la BONNE chose au MAUVAIS moment peut vous faire tuer, vous et vos coéquipiers, ou faire échouer la mission.

L'ordre des actions initiales sera dicté par la situation tactique. Il y a peu de temps pour prodiguer des soins aux victimes sous le feu de l'ennemi. La priorité doit consister en la suppression des tirs hostiles et en l'obtention de la supériorité de feu afin de réduire au mieux le risque de blessure pour les autres membres du personnel et de minimiser les blessures supplémentaires pour la victime tout en accomplissant la mission. Le personnel peut être amené à participer à la riposte au lieu de s'arrêter pour s'occuper des victimes (y compris la victime si celle-ci est encore capable de se battre). Les membres blessés du personnel de maintien de la paix des Nations Unies qui sont exposés au feu ennemi doivent recevoir l'ordre de continuer à riposter, de se déplacer aussi rapidement que possible vers un abri proche et d'appliquer des mesures d'auto-assistance, si possible.



Rappelez-vous : Ne devenez pas une victime ! Évaluez la situation et le risque. Supprimez les tirs ennemis et obtenez la supériorité de feu en premier. Communiquez avec la victime (riposte, mise à l'abri, auto-assistance) et élaborer un plan avant de vous déplacer pour soigner une victime sous les tirs.

DIAPOSITIVE 16 - PHASE 1 : SOINS SOUS LES TIRS (SUITE) (LE CONTRÔLE PRÉCOCE D'UNE HÉMORRAGIE GRAVE DANS LA PHASE DE SOINS SOUS LES TIRS EST ESSENTIEL)

Dans le cadre des soins sous les tirs, votre **priorité n° 1** est de reconnaître et d'arrêter les saignements massifs et de vous mettre, vous et la victime, à l'abri et hors des tirs hostiles. Un saignement pulsé ou régulier provenant d'une plaie ou de l'amputation traumatique d'une extrémité permet d'identifier un saignement massif.

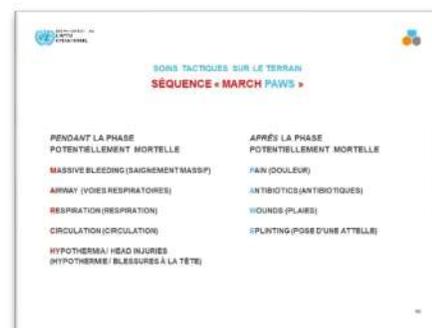
Appliquez immédiatement un garrot si cela est indiqué. Une blessure à une veine ou à une artère principale peut entraîner un état de choc ou la mort par perte de sang en quelques minutes. L'hémorragie d'une extrémité (bras ou jambe) est l'une des principales causes de décès évitables au combat. L'utilisation d'un ou de plusieurs garrots pour arrêter l'hémorragie est essentielle à la survie des victimes présentant ce type de blessures.

Les lésions permanentes de la peau, des muscles et des vaisseaux sanguins du membre sont rares (les garrots sont souvent laissés en place pendant plusieurs heures lors d'interventions chirurgicales de routine). L'application rapide d'un garrot pour arrêter un saignement potentiellement mortel sauve des vies et peut permettre aux membres blessés du personnel de maintien de la paix des Nations Unies de continuer à se battre en attendant d'autres soins et une évacuation. Il est impératif que tous les membres du personnel de maintien de la paix des Nations Unies ayant accès à la trousse de premiers secours pour les camarades de combat, entre autres équipements, soient formés à l'utilisation du garrot.

Rappelez-vous : Vous et la victime demeurez en grave danger sous la menace des tirs ennemis pendant l'application d'un garrot au cours de la phase de soins sous les tirs. Placez rapidement le garrot en haut du membre atteint et serrez-le. Le traitement des saignements ne mettant pas la vie en danger doit être reporté à la phase de soins tactiques sur le terrain.

DIAPOSITIVE 17 - PHASE 2 : LA SÉQUENCE « MARCH PAWS » DES SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Les soins tactiques sur le terrain sont les soins prodigués par un premier intervenant ou par un assistant médical sur le terrain une fois que l'intervenant et la victime ne sont plus sous la menace directe de tirs ennemis effectifs. L'intervenant dispose alors du temps et



de la sécurité relative nécessaires à une approche plus méthodique de l'évaluation et du traitement de la victime.

L'évaluation et la gestion des victimes dans le cadre des soins tactiques sur le terrain suivent une approche connue sous le nom de « **MARCH PAWS** ».

- M**assive bleeding (saignement massif)
- A**irway (voies respiratoires)
- R**espiration/breathing (respiration)
- C**irculation (circulation)
- H**ypothermia/**H**ead Injuries (hypothermie/blessures à la tête)
- P**ain (douleur)
- A**ntibiotics (antibiotiques)
- W**ounds (plaies)
- S**plinting (pose d'une attelle)

Il s'agit d'un moyen mnémotechnique utile pour se rappeler comment aborder systématiquement l'évaluation et la gestion des victimes afin de garantir que les blessures potentiellement mortelles sont identifiées et traitées rapidement, ce qui permet de sauver des vies sur le champ de bataille et de réduire les décès évitables au combat.

DIAPOSITIVE 18 - AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

La caractéristique essentielle des soins tactiques sur le terrain est que la victime et l'intervenant ou l'assistant médical sur le terrain ne se trouvent plus sous des tirs hostiles effectifs.

Cependant, l'assistant médical sur le terrain doit maintenir la sécurité et la connaissance de la situation à tout moment tout en continuant à traiter les victimes et en préparant leur transfert au personnel médical ou aux équipes d'évacuation.

La situation tactique est souvent fluctuante ; à tout moment, elle peut changer rapidement et revenir à un scénario de soins sous les tirs.

L'équipement médical dont vous disposez demeure limité à celui transporté sur le terrain par la victime (trousse de premiers secours pour les camarades de combat), par l'assistant médical sur le terrain et par d'autres premiers intervenants (trousse de premiers secours pour les camarades de combat, trousse de traumatologie des Nations Unies), ou par l'infirmier dans sa trousse de secours. N'oubliez pas d'utiliser d'abord les fournitures contenues dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime avant d'utiliser votre propre équipement.

La phase de soins tactiques sur le terrain vous laisse plus de temps, et relativement plus de sécurité, pour fournir des soins médicaux supplémentaires. Vous devrez peut-être poursuivre le traitement jusqu'à l'arrivée du personnel médical, puis aider ce dernier à poursuivre le traitement et à préparer l'évacuation. Le temps prévu pour l'évacuation vers le niveau de soins supérieur peut varier en fonction de la situation tactique. L'assistant médical sur le terrain doit être prêt à affronter de nouveau l'ennemi et à poursuivre la mission.



Le personnel médical se concentrera sur le traitement des victimes. Vous et les chefs d'unité devez donc coordonner les équipes d'évacuation et demander leur intervention en fonction de la situation opérationnelle.

DIAPOSITIVE 19 - PHASE 3 : SOINS TACTIQUES EN ÉVACUATION

Les soins tactiques en évacuation sont les soins dispensés une fois que la victime a été **prise en charge** par un avion, par un véhicule terrestre ou par une autre plateforme d'évacuation. Ils visent à poursuivre la prise en charge de la victime commencée lors des phases de soins précédentes.



Les soins tactiques en évacuation sont similaires aux soins tactiques sur le terrain à bien des égards. Cependant, le personnel et l'équipement médicaux supplémentaires de l'équipe d'évacuation peuvent permettre de fournir des soins supplémentaires dans cette phase de gestion des victimes.

Le terme « évacuation sanitaire primaire » désigne l'évacuation du lieu où la blessure a été subie vers un centre médical. Le terme « évacuation sanitaire secondaire » désigne le transport entre les centres médicaux. Les premiers intervenants non médicaux ou les assistants médicaux sur le terrain ne sont pas censés soigner les victimes pendant l'évacuation. Toutefois, si cela se produit, l'approche (« MARCH PAWS ») et les compétences acquises en matière de soins sous les tirs et de soins tactiques sur le terrain s'appliquent.

Le principe clé des soins tactiques en évacuation est que le suivi, associé à une évaluation et à un traitement approprié, DOIT être poursuivi jusqu'à ce que la victime soit confiée au personnel médical ou parvienne à un niveau de soins supérieur.

Les procédures de pré-évacuation consistent à s'assurer que toutes les évaluations et tous les soins prodigués au cours des phases de soins sous les tirs et de soins tactiques sur le terrain ont été documentés par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain sur la fiche de blessé.

Une demande d'évacuation dans le format en 4 lignes est communiquée selon les procédures opérationnelles permanentes de l'unité pour lancer l'évacuation sanitaire primaire. La demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes comprend un rapport **MIST** (**M**echanism of injury, **I**njuries, **S**ymptoms, and **T**reatment [mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement]).

Avant l'évacuation, **la victime doit être mise en condition pour l'évacuation**, les objets (armes, équipement et autres) doivent être sécurisés, la civière et le matériel d'évacuation doivent être préparés, entre autres.

DIAPOSITIVE 20 - EN RÉSUMÉ

Les OBJECTIFS de l'aide médicale tactique sur le terrain sont les suivants :

1. Traiter la victime (fournir des soins visant à la survie du combattant blessé)
2. Éviter des victimes supplémentaires
3. Accomplir la mission

Les trois phases de l'aide médicale tactique sur le terrain sont les suivantes :

1. Promulguer des soins sous les tirs
 - Se mettre à l'abri, riposter et obtenir la supériorité de feu
 - Traiter les hémorragies potentiellement mortelles à l'aide de garrots, se mettre à l'abri
2. Soins tactiques sur le terrain
 - Abriter et camoufler
 - « MARCH PAWS »
 - Préparer l'évacuation (fiche de blessé, demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes, rapport MIST [mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement])
3. Soins tactiques en évacuation
 - Poursuivre le suivi et les soins (personnel et équipement médicaux supplémentaires) jusqu'au transfert à un niveau de soins supérieur



N'oubliez pas que les saignements sont la première cause de décès préhospitaliers au combat évitables :

- Restez vigilant sur le plan tactique et maintenez la sécurité à tout moment, ou vous pourriez devenir une victime.
- Consignez la totalité de l'évaluation et des soins sur la fiche de blessé.

DIAPOSITIVE 21 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1) Quels sont les facteurs qui influent sur l'aide médicale tactique sur le terrain ?

- Les tirs hostiles.
- Les types de blessures.
- Les contraintes liées à l'équipement.
- Les délais d'accès aux niveaux de soins supérieurs.
- Les niveau de formation et d'expérience des premiers intervenants.

2) Quelles sont les phases de soins dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain ?

- Les soins sous les tirs.



- Les soins tactiques sur le terrain.
 - Les soins tactiques en évacuation.
- 3) Quelle est la tâche de traitement la plus essentielle dans la phase de soins sous les tirs ?
- La pose d'un garrot pour arrêter un saignement massif.
- 4) Quel est le rôle de chaque premier intervenant dans la phase de soins sous les tirs ?
- Traiter les blessures potentiellement mortelles les plus immédiates grâce à l'application d'un garrot sur le champ de bataille.
- 5) Que signifie « MARCH PAWS » ?
- M - Massive Bleeding (Hémorragie) (saignement massif [hémorragie])
 - A - Airway (voies respiratoires)
 - R - Respiration (respiration)
 - C - Circulation (circulation)
 - H - Hypothermia/Head Injuries (hypothermie/blessures à la tête)

 - P - Pain (douleur)
 - A - Antibiotics (antibiotiques)
 - W - Wounds (plaies)
 - S - Splints (attelles)

DIAPOSITIVE 22 - QUESTIONS

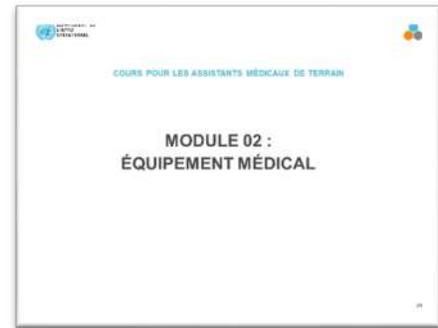


MODULE 02

ÉQUIPEMENT MÉDICAL

NOTE AUX FORMATEURS : Distribuez les troussees appropriées afin que les apprenants puissent les avoir à portée de main pendant la discussion.

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Équipement médical » comporte **cinq objectifs d'apprentissage cognitifs**. Les objectifs d'apprentissage cognitifs sont les suivants :

1. Décrire l'utilisation de la trousse de premiers secours conformément à la politique des Nations Unies
2. Identifier le contenu de la trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou d'autres trousse de premiers secours propre aux Nations Unies
3. Décrire les procédures générales d'entretien et de réapprovisionnement du matériel de traumatologie inclus dans les trousse de premiers secours
4. Identifier le contenu d'une trousse de traumatologie des Nations Unies ou d'autres trousse de premiers secours propres aux Nations Unies
5. Décrire l'utilisation des éléments inclus dans une trousse de traumatologie des Nations Unies conformément à la politique des Nations Unies

Les aspects essentiels sont la connaissance du contenu, de l'utilisation et de l'entretien ou du réapprovisionnement de la trousse de premiers secours pour les camarades de combat, de la trousse de traumatologie des Nations Unies ou d'autres trousse de premiers secours propres aux Nations Unies utilisées par un assistant médical sur le terrain pour porter secours et sauver une vie.



DIAPOSITIVE 4 - FOURNITURES MÉDICALES DONT VOUS AUREZ BESOIN POUR PORTER SECOURS ET SAUVER UNE VIE

Les soldats de la paix des missions des Nations Unies portent un large éventail d'équipements, et leur survie dépend fortement de leur capacité à utiliser ceux-ci correctement.

L'un des équipements les plus importants est la trousse de premiers secours pour les camarades de combat.

Chaque élément d'équipement est choisi pour être inclus dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat sur la base de données probantes (leçons tirées des récentes opérations de circonstance menées à l'étranger, en Afghanistan et en Iraq) et sert un objectif distinct pour chaque membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies ; savoir comment utiliser correctement ce qui se trouve dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat peut sauver une vie. N'oubliez pas que lorsque vous soignez une victime, vous devez d'abord utiliser les éléments qui se trouvent dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de celle-ci. La trousse de premiers secours pour les camarades de combat du membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies doit être réservée à l'auto-assistance dans la mesure du possible.



Chaque élément de votre trousse de premiers secours pour les camarades de combat soutient la fourniture de l'aide médicale tactique sur le terrain selon les directives en vigueur. Cette leçon est l'occasion de se familiariser de manière pratique avec la trousse et son contenu. L'équipement évoqué soutient la fourniture de l'aide médicale tactique sur le terrain selon les directives en vigueur et permet au premier intervenant ou à l'assistant médical sur le terrain d'aborder les problèmes identifiés au cours des phases de soins sous les tirs, de soins tactiques sur le terrain et de soins tactiques en évaluation (« MARCH PAWS »).

Note aux formateurs : *Pendant que vous donnez des explications sur les différents éléments, les apprenants doivent avoir la possibilité d'ouvrir les emballages et de préparer leur matériel pour les leçons à venir.*

DIAPOSITIVE 5 - LISTE DU CONTENU

Trousse d'infirmier : trousse de traumatologie des Nations Unies - Voir le Manuel.

Matériel individuel : trousse de premiers secours pour les camarades de combat - Voir le Manuel.



DIAPOSITIVE 6 - APERÇU DU CONTENU [M-MASSIVE HEMORRHAGE (HÉMORRAGIE MASSIVE) ET C-CIRCULATION (CIRCULATION°)]

Garrot - Le garrot recommandé par les directives des Nations Unies sert à contrôler une hémorragie (saignement) massive ou grave d'une extrémité (bras et jambes). Il s'agit de l'élément le plus important pour sauver des vies dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat, et il doit être facilement accessible et prêt à l'utilisation.

Pansement hémostatique - Le type de pansement recommandé par les directives des Nations Unies, appelé pansement hémostatique (qui aide à la coagulation du sang), contient un produit chimique qui se lie à une autre substance chimique dans le sang et provoque la formation de caillots à la source du saignement. L'utilisation d'un pansement hémostatique est nécessaire lorsque l'on observe un saignement important d'une plaie située dans une zone de jonction ou dans une autre zone où un garrot ne peut pas être utilisé (plaies de l'aîne, du cou, de l'aisselle) ou lorsqu'une plaie n'est pas assez grave pour justifier un garrot.

N'oubliez pas que les pansements hémostatiques ne peuvent pas être utilisés à l'intérieur de l'abdomen ou de la poitrine (utilisez un bandage d'urgence ou un autre pansement pour traumatisme pour ces zones).

Bandage d'urgence / pansement pour traumatisme - Ce bandage élastique peut servir de pansement standard pour la plupart des plaies et peut être utilisé sur les plaies qui ne saignent



pas suffisamment pour requérir l'application d'un garrot. Il peut également être utilisé seul ou en combinaison avec d'autres formes de contrôle des hémorragies (pansement hémostatique, entre autres) pour renforcer l'efficacité du contrôle en exerçant une pression sur la plaie.

DIAPOSITIVE 7 - APERÇU DU CONTENU [A-AIRWAY (VOIES RESPIRATOIRES) ET R-RESPIRATION (RESPIRATION R)]

Voie respiratoire nasopharyngée avec lubrifiant -

Il s'agit d'un dispositif non stérile en forme de tube en caoutchouc qui est inséré dans la narine de la victime. Ce dispositif joue le rôle d'une cale pour maintenir les voies respiratoires ouvertes en empêchant la langue de retomber dans l'espace situé derrière la bouche et menant à la trachée. Les trousse de premiers secours pour les camarades de combat de série ne contenant qu'un modèle de voie respiratoire nasopharyngée (32 French), il n'est pas nécessaire de dimensionner la voie respiratoire avant l'insertion. Le lubrifiant est une substance à base d'eau qui facilite l'insertion du dispositif dans le nez.

Joint thoracique - Ce joint thoracique auto-adhésif ventilé (de préférence) est utilisé pour traiter les cas de plaie thoracique aspirante ou de pneumothorax ouvert.

Dispositif de cathéter à aiguille interne - Ce dispositif de cathéter à aiguille interne de calibre 10 à 14 et d'une longueur de 76 mm est utilisé pour traiter les pneumothorax sous tension.



DIAPOSITIVE 8 - APERÇU DU CONTENU - [P-PAIN (DOULEUR) ET A-ANTIBIOTICS (ANTIBIOTIQUES)]

Kit de traitement des blessures - Il s'agit d'un exemple de kit de traitement préemballé incluant des médicaments et des dosages sélectionnés spécifiquement en vue de leur utilisation dans les soins aux victimes de combat. Le kit de traitement des blessures contient des médicaments contre les douleurs légères à modérées (méloxicam et acétaminophène) ainsi qu'un antibiotique spécifique pour les plaies pénétrantes (moxifloxacine).

Il ne doit être utilisé que pour les blessures traumatiques et n'est pas destiné à une utilisation de routine. **Les médicaments ne doivent être administrés que par du personnel médical qualifié.**



DIAPOSITIVE 9 - APERÇU DU CONTENU [W-WOUNDS (PLAIES)]

Gaze compressée / rouleaux de gaze - Les rouleaux de gaze sont utilisés pour arrêter les saignements mineurs, couvrir les plaies ou les brûlures, protéger les plaies, servir de matériau massif pour les pansements compressifs ou rembourrer les points de pression dans les attelles.

Bandage élastique - Les bandages élastiques sont utilisés pour maintenir les pansements ou les attelles en place ou peuvent être appliqués plus serrés pour exercer une pression localisée sur une plaie.



DIAPOSITIVE 10 - APERÇU DU CONTENU [H-HYPOTHERMIA (HYPOTHERMIE)]

Kits / couvertures de prévention de l'hypothermie - Les kits (actifs) et les couvertures (passives) de prévention de l'hypothermie sont utilisés pour prévenir ou pour traiter l'hypothermie.



DIAPOSITIVE 11 - APERÇU DU CONTENU [H-HEAD INJURY/DOCUMENTATION (BLESSURE À LA TÊTE/DOCUMENTATION)]

Fiche d'évaluation militaire des commotions cérébrales aiguës (MACE 2)



DIAPOSITIVE 12 - APERÇU DU CONTENU [W-WOUNDS (PLAIES)]

Coque oculaire rigide - Cette coque oculaire en plastique ou en métal offre une protection bombée des blessures oculaires sans appliquer de pression. Elle peut être auto-adhésive ou nécessiter un ruban adhésif.

Attelle malléable - Lire la diapositive.

Foulard - Le foulard peut être utilisé pour fixer une attelle ou pour créer une écharpe ou une bande.



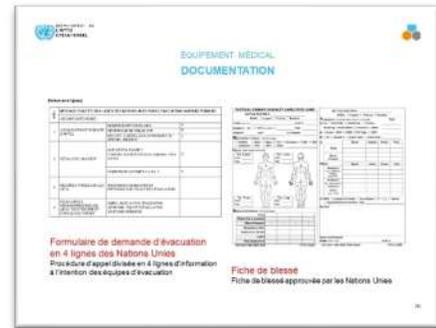
DIAPOSITIVE 13 - DOCUMENTATION

Fiche de blessé - Il s'agit du document officiel approuvé par les Nations Unies pour les soins aux victimes (regroupant l'ensemble des évaluations et des traitements décrits dans les directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain) qui doit être rempli pour chaque victime avant le transfert à un autre prestataire ou l'évacuation vers un centre médical.

NOTE : *Ce document doit rester avec la victime tout au long du processus d'évacuation préhospitalière et faire partie du dossier médical de la victime lorsqu'elle atteint un centre médical. Les données de la fiche de blessé seront également consignées dans le dossier médical de la victime.*

NOTE : De nombreuses fiches de blessé disponibles dans le commerce **ne reproduisent pas toutes les informations** requises par la fiche de blessé. La fiche de blessé peut être reproduite localement, mais elle doit être imprimée sur du papier résistant à l'eau ou plastifiée, et être dotée d'un dispositif permettant de l'attacher à la victime. Il est préférable de disposer d'un marqueur indélébile ou permanent pour écrire sur la fiche de blessé.

Formulaire ou modèle de demande d'évacuation sanitaire primaire - Ce formulaire est utilisé dans de nombreuses unités comme modèle pour aider à préparer et à envoyer une demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes.



DIAPOSITIVE 14 - ENTRETIEN ET RÉAPPROVISIONNEMENT

Les vérifications de l'état de préparation avant le déploiement sont essentielles pour chaque élément d'équipement porté ou utilisé par un membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies.

Pour la trousse de premiers secours pour les camarades de combat, la trousse de traumatologie des Nations Unies ou une trousse de premiers secours spécifique aux forces armées, votre vie ou celle de votre camarade peut dépendre de l'état de préparation et de fonctionnement de son contenu. Il est essentiel que vous inspectiez fréquemment l'équipement avant, pendant et après tous les événements de formation et toutes les missions de combat. Procédez au réapprovisionnement en cas de besoin !



DIAPOSITIVE 15 - ENTRETIEN ET RÉAPPROVISIONNEMENT (SUITE)

Inventaire - Assurez-vous que tout l'équipement requis ou applicable se trouve dans la trousse.

Scellés et emballages - Les éléments dont les emballages sont cassés ou non scellés doivent être remplacés. Si un élément a été emballé hermétiquement sous vide lors de sa livraison et qu'il ne l'est plus lors de son inspection, il doit être remplacé.



Vérifiez les dates de péremption - Les médicaments et de nombreux matériaux médicaux, comme les pansements hémostatiques, ont une date de péremption et un numéro de lot. Vérifiez la date de péremption de tous les médicaments et articles médicaux et remplacez-les s'ils sont périmés ou si leur date de péremption survient pendant la durée prévue de votre déploiement.

En général, les éléments tels que les garrots n'ont pas de date de péremption, mais vérifiez que les dispositifs sont approuvés par les Nations Unies, qu'ils sont en bon état de fonctionnement et qu'ils correspondent à la génération actuelle (qu'ils n'ont pas été remplacés par un modèle plus récent, par exemple).

PRENEZ GARDE AUX ÉQUIPEMENTS NON APPROUVÉS ! Seuls quelques éléments de la trousse de premiers secours pour les camarades de combat nécessitent une recommandation spécifique des Nations Unies. Les recommandations des Nations Unies sont fondées sur des études scientifiques, sur la médecine factuelle, sur des tests d'utilisation sur le terrain et sur les enseignements tirés du champ de bataille. Vérifiez toujours que vos trousse contiennent uniquement des éléments recommandés ou approuvés par les Nations Unies et méfiez-vous des équipements non approuvés.

PRENEZ GARDE AUX FAUX ! Il existe dans le monde entier des *fabricants frauduleux* qui produisent des éléments d'équipement médical faux, trompeurs ou inférieurs aux normes, notamment ceux qui sont utilisés dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat (garrots et pansements hémostatiques).

Vérifiez l'équipement d'évacuation propre à l'unité. Les civières doivent faire l'objet d'une inspection visant à s'assurer qu'elles fonctionnent correctement et qu'elles sont en bon état de marche ; il convient de vérifier la fonction de verrouillage et l'emplacement des sangles des civières ; les équipements spéciaux d'évacuation doivent être vérifiés conformément aux directives ou aux normes des fabricants ou de l'unité.

DIAPOSITIVE 16 - TROUSSE DE TRAUMATOLOGIE DES NATIONS UNIES

L'équipement médical disponible comprend la trousse de traumatologie des Nations Unies et la trousse de premiers secours pour les camarades de combat.

Commencez toujours par recourir à la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime.

Lorsque les réserves sont épuisées dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime, ayez recours au matériel inclus dans la trousse de traumatologie des Nations Unies.



DIAPOSITIVE 17 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Familiarisation avec la trousse de premiers secours pour les camarades de combat et avec la trousse de traumatologie des Nations Unies



DIAPOSITIVE 18 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé l'équipement médical que les assistants médicaux sur le terrain utilisent pour porter secours et sauver des vies sur le champ de bataille. Nous avons décrit l'utilisation de la trousse de premiers secours conformément à la politique des Nations Unies, identifié le contenu de la trousse de premiers secours pour les camarades de combat et d'autres trousse de premiers secours propres à l'unité, décrit les procédures générales d'entretien et de réapprovisionnement en matériel de traumatologie dans les trousse de premiers secours, détaillé le contenu d'une trousse de traumatologie des Nations Unies et expliqué comment utiliser les éléments inclus dans une trousse de traumatologie des Nations Unies conformément à la politique des Nations Unies.

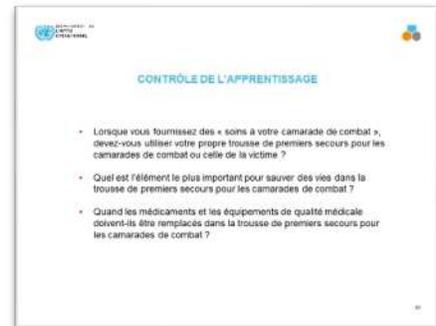


DIAPOSITIVE 19 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Formatrice / formateur. Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Lorsque vous fournissez des « soins à votre camarade de combat », devez-vous utiliser votre propre trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou celle de la victime ?
 - La trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime.
2. Quel est l'élément le plus important pour sauver des vies dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat ?
 - Le garrot.
3. Quand les médicaments et les équipements médicaux doivent-ils être remplacés dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat ?
 - Tous les médicaments et articles de médicaux doivent être remplacés s'ils sont périmés ou si leur date de péremption survient pendant la durée prévue de votre déploiement.



- Les articles tels que les garrots n'ont pas de date de péremption, mais le dispositif peut avoir été remplacé par un modèle de nouvelle génération doté d'améliorations. Dans la mesure du possible, vous devez tenter de les remplacer par des éléments de dernière génération.

DIAPOSITIVE 20 - QUESTIONS



MODULE 03

SOINS SOUS LES TIRS

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en **deux** rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Soins sous les tirs » comporte cinq objectifs d'apprentissage cognitifs et quatre objectifs d'apprentissage de performance. Les objectifs d'apprentissage cognitifs sont les suivants :

1. Décrire le rôle de la supériorité de feu et de l'endigement de la menace ainsi que l'incidence de l'environnement tactique sur l'aide médicale tactique sur le terrain
2. Décrire les actions requises avant de s'occuper d'une victime pour éviter les dommages ou d'autres victimes, conformément aux directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain
3. Identifier les actions appropriées et les priorités pour traiter et déplacer les victimes dans la phase de soins sous les tirs
4. Identifier l'importance de l'application précoce de garrots sur les membres pour contrôler les saignements potentiellement mortels
5. Décrire les principes, les avantages et les inconvénients de la traction ou du portage par une personne ou de la traction ou du portage par deux personnes dans la phase de soins sous les tirs

Les quatre objectifs d'apprentissage de performance sont les suivants :

1. Effectuer une démonstration de l'application d'un garrot à une main sur soi-même dans la phase de soins sous les tirs
2. Effectuer une démonstration de l'application d'un garrot à deux mains sur une victime dans la phase de soins sous les tirs
3. Effectuer une démonstration de la traction ou du portage d'une victime par une seule personne dans la phase de soins sous les tirs
4. Effectuer une démonstration de la traction ou du portage d'une victime par deux personnes dans la phase de soins sous les tirs

La priorité initiale des soins sous les tirs est de riposter, de réprimer l'ennemi et d'obtenir la supériorité de feu. Lorsque l'on se trouve encore sous les tirs effectifs ou sous la menace de l'ennemi, les traitements prioritaires consistent à remédier aux hémorragies massives à l'aide de garrots et à mettre la victime à l'abri.

DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Les soins sous les tirs constituent la première des trois phases de l'aide médicale tactique sur le terrain. Il s'agit des soins de survie dispensés alors que l'on se trouve encore sous les tirs actifs ou sous la menace de l'ennemi. Les actions prioritaires consistent à réprimer les tirs ennemis, à obtenir la supériorité de feu pour éviter d'autres dommages ou des victimes supplémentaires, à identifier et à contrôler les saignements potentiellement mortels et à mettre la victime à l'abri.



DIAPOSITIVE 5 - PHASE 1 : SOINS SOUS LES TIRS

Les soins sous les tirs sont les soins prodigués par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain sur le lieu où la blessure a été subie alors que des tirs hostiles effectifs se poursuivent. L'équipement médical disponible se limite à celui porté par l'intervenant ou par la victime (trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou trousse de traumatologie des Nations Unies). Rappelez-vous : Utilisez toujours la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime en premier.

La caractéristique essentielle des soins sous les tirs est que la victime et l'intervenant ou l'assistant médical sur le terrain sont encore la cible de tirs hostiles effectifs.

La mission ne s'arrête pas simplement parce qu'il y a une victime. La plupart des scénarios incluant des victimes sur le champ de bataille impliquent de prendre rapidement des décisions médicales et tactiques. Dans un environnement de combat, il n'y a pas de « temps mort » lorsqu'il y a des victimes. La bonne médecine peut parfois être une mauvaise tactique ; faire la BONNE chose au MAUVAIS moment peut vous faire tuer, vous et vos coéquipiers, ou faire échouer la mission.

Rappelez-vous : Ne devenez pas une victime ! Évaluez la situation et le risque. Réprimez les tirs ennemis et obtenez la supériorité de feu en premier. Communiquez avec la victime et donnez-lui l'ordre de riposter, de se mettre à l'abri et de se soigner elle-même, et élaborez un plan avant de vous déplacer pour soigner une victime sous les tirs.



DIAPOSITIVE 6 – RÔLE DE LA SUPÉRIORITÉ DE FEU

N'oubliez pas de riposter et de vous mettre à couvert. **Le meilleur remède sur le champ de bataille est la supériorité de feu !**



DIAPOSITIVE 7 - PRINCIPES RELATIFS À LA SUPÉRIORITÉ DE FEU

L'ordre des actions initiales sera dicté par la situation tactique.

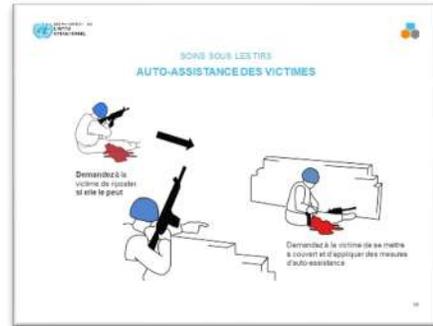
Il y a peu de temps pour prodiguer des soins aux victimes sous les tirs de l'ennemi. Les priorités doivent consister en la suppression des tirs hostiles et en l'obtention de la supériorité de feu afin de réduire au mieux le risque de blessure pour les autres membres du personnel et de minimiser les blessures supplémentaires pour la victime tout en accomplissant la mission. Le personnel peut être amené à participer à la



riposte au lieu de s'arrêter pour s'occuper des victimes (y compris les victimes si celles-ci sont encore capables de se battre). Les membres blessés du personnel de maintien de la paix des Nations Unies qui sont exposés au feu ennemi doivent recevoir l'ordre de continuer à riposter, de se déplacer aussi rapidement que possible vers tout abri proche et de se soigner eux-mêmes, si possible.

DIAPOSITIVE 8 - AUTO-ASSISTANCE PRATIQUÉE PAR LA VICTIME

Si la victime réagit et est en mesure de le faire, le premier intervenant ou l'assistant médical sur le terrain doit lui ordonner de riposter, d'appliquer des mesures d'auto-assistance (à l'aide d'un garrot), d'affronter de nouveau l'ennemi et de se mettre à l'abri (si possible).



DIAPOSITIVE 9 - SI LA VICTIME EST INCAPABLE DE SE DÉPLACER

Si une victime réagit mais ne peut pas se déplacer, un plan de sauvetage doit être conçu et exécuté, si cela est possible sur le plan tactique.

Ne mettez pas deux personnes en danger si cela peut être évité. S'il n'y a pas d'abri disponible ou si le membre blessé du personnel de maintien de la paix des Nations Unies ne peut pas se mettre à couvert, il doit s'allonger à plat et ne pas bouger.



DIAPOSITIVE 10 - PHASE 1 : SOINS SOUS LES TIRS

Si la victime ne peut pas appliquer de mesures d'auto-assistance ni se mettre à l'abri, concevez et exécutez un plan de sauvetage pour parvenir jusqu'à elle. Appliquez un garrot « haut et serré » aussi rapidement que possible pour arrêter le saignement (idéalement, dans la minute) et mettez la victime à l'abri. Une victime peut se vider de son sang en seulement 3 minutes. Plus vite vous posez un garrot, meilleur est le résultat et moins il y a de risques d'état de choc et de mort.



DIAPOSITIVE 11 - SAIGNEMENT MASSIF DANS LA PHASE DE SOINS SOUS LES TIRS

Rappelez-vous : Si vous ne pouvez faire qu'UNE seule chose pour la victime, identifiez et arrêtez un saignement potentiellement mortel, et empêchez qu'elle ne se vide de son sang.



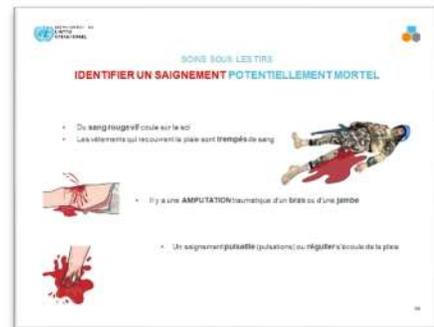
DIAPOSITIVE 12 - APERÇU DES SOINS SOUS LES TIRS - CONTRÔLE DES SAIGNEMENTS (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 13 - IDENTIFIER UN SAIGNEMENT POTENTIELLEMENT MORTEL

Voici des exemples de cas où un saignement est considéré comme potentiellement mortel : 1) la victime a subi une amputation traumatique d'un bras ou d'une jambe ; 2) un saignement pulsatile ou régulier s'échappe de la plaie ; 3) le sang s'accumule sur le sol ; 4) les vêtements qui recouvrent la plaie sont imbibés de sang ; 5) les bandages ou les pansements de fortune utilisés pour couvrir la plaie sont inefficaces et s'imbibent régulièrement de sang ; 6) il y a eu une hémorragie antérieure et le patient est à présent en état de choc (inconscient, confus, pâle). Si vous voyez l'un de ces exemples, cela signifie qu'un garrot est nécessaire pour arrêter un saignement potentiellement mortel.



Il se peut que vous ne sachiez pas vraiment si l'hémorragie est potentiellement mortelle avant la phase de soins tactiques sur le terrain, lorsque la plaie peut être exposée et évaluée. Si vous soupçonnez une hémorragie potentiellement mortelle, vous devez la traiter immédiatement.

Rappelez-vous que pendant la phase de soins sous les tirs, la seule intervention médicale consiste à appliquer un garrot pour arrêter un saignement potentiellement mortel dû à une blessure aux extrémités. Les autres plaies (cou, aisselle, aine ou abdomen) ne sont pas traitées pendant la phase de soins sous les tirs. Si la victime est en mesure de le faire, dites-lui d'appliquer elle-même une pression sur les plaies. Les problèmes de voies respiratoires et autres ne sont pas non plus traités avant la phase de soins tactiques sur le terrain.

Notes sur le garrot :

- Bande à effet de resserrement placée autour d'un bras ou d'une jambe pour arrêter un saignement
- Généralement d'une largeur de 5 centimètres
 - La largeur réduit les lésions des tissus
- D'application rapide et susceptible de mettre fin aux saignements potentiellement mortels des extrémités
- À appliquer en hauteur et serré pendant la phase de soins sous les tirs
- 5 à 8 centimètres au-dessus de la plaie pendant la phase de soins tactiques sur le terrain
- Ne documentez pas l'heure de la pose du garrot pendant la phase de soins sous les tirs ; consignez-la pendant la phase de soins tactiques sur le terrain

DIAPOSITIVE 14 - LE TEMPS DE SE VIDER DE SON SANG

La priorité médicale numéro un pendant la phase de soins sous les tirs est le contrôle précoce des saignements graves. L'hémorragie des extrémités est la cause la plus fréquente de décès évitables sur le champ de bataille. Plus de 2 500 décès sont survenus au Vietnam à la suite de d'hémorragies dues à des blessures aux extrémités. Un grand nombre de décès survenus en Iraq et en Afghanistan découlaient également d'hémorragies. La blessure d'un vaisseau principal peut rapidement entraîner un état de choc et la mort. Seuls les saignements potentiellement mortels justifient une intervention au cours de la phase de soins sous les tirs. Les victimes présentant des blessures sur de gros vaisseaux sanguins centraux (comme l'artère fémorale dans l'aîne, l'artère axillaire dans le bras ou l'artère carotide dans le cou) peuvent perdre leur sang en seulement 3 minutes.

Diffusez la vidéo sur les saignements pendant la phase de soins sous les tirs.



DIAPOSITIVE 15 – SACHEZ COMMENT AVOIR ACCÈS À UN GARROT

Tout le personnel des missions de maintien de la paix doit avoir à portée de main un garrot recommandé par les directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain (emplacement standard sur son équipement de combat) et être formé à son utilisation. Les victimes doivent être en mesure d'atteindre et d'appliquer facilement et rapidement leur propre garrot. Les garrots **NE** doivent **JAMAIS** se trouver au fond du sac. Utilisez toujours le garrot de la victime (trousse de premiers secours pour les camarades de combat) en premier.



DIAPOSITIVE 16 - AUTO-APPLICATION DU GARROT À UNE SEULE MAIN

La victime peut avoir besoin d'appliquer un garrot à une main sur un membre supérieur lors de l'auto-assistance. Les garrots à une main sont utilisés en tant que mesure d'auto-assistance en cas de saignement dû à une blessure au bras ou à l'avant-bras.



DIAPOSITIVE 17 - APPLICATION DU GARROT AVEC GUINDEAU À UNE SEULE MAIN (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 18 - POINTS ESSENTIELS DE L'APPLICATION D'UN GARROT À UNE SEULE MAIN

Tout le personnel des missions de combat doit avoir à portée de main un garrot recommandé par les directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain (emplacement standard sur son équipement de combat) et être formé à son utilisation. Les victimes doivent être en mesure d'atteindre et d'appliquer facilement et rapidement leur propre garrot.



DIAPOSITIVE 19 - AIDE DU CAMARADE DE COMBAT SI LA VICTIME NE RÉAGIT PAS OU EST INCAPABLE DE BOUGER

Si une victime ne réagit pas ou est incapable de bouger, un plan de sauvetage doit être conçu et exécuté, si cela est possible sur le plan tactique. Ne mettez pas deux personnes en danger si cela peut être évité. S'il n'y a pas d'abri disponible ou si le membre blessé du personnel de maintien de la paix des Nations Unies ne peut pas se mettre à couvert, il doit s'allonger à plat et ne pas bouger.



Effectuez rapidement un balayage sanguin (à la recherche d'un saignement important). Appliquez un garrot d'urgence haut et serré sur l'extrémité blessée et mettez-vous à l'abri aussi vite que possible. Veillez à utiliser l'équipement (garrot) inclus dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime et non le vôtre. Ne placez pas un garrot directement sur le genou ou sur le coude, ni sur un étui ou sur une poche cargo qui contient des objets encombrants.

DIAPOSITIVE 20 - APPLICATION DU GARROT (AVEC GUINDEAU) À DEUX MAINS (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 21 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Application du garrot (avec guindeau) à une seule main au cours de la phase de soins sous les tirs
- Application du garrot (avec guindeau) à deux mains au cours de la phase de soins sous les tirs



DIAPOSITIVE 22 - EXTRACTION DES VICTIMES

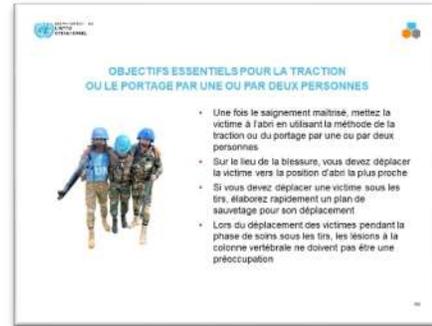
Suivez les procédures opérationnelles permanentes des Nations Unies pour retirer ou extraire les victimes des véhicules. Si la victime est en feu, éteignez le feu, traitez les saignements potentiellement mortels à l'aide d'un garrot si nécessaire, et mettez-vous à l'abri aussi vite que possible.



DIAPOSITIVE 23 - OBJECTIFS ESSENTIELS POUR LA TRACTION OU LE PORTAGE PAR UNE OU PAR DEUX PERSONNES

Rappelez-vous : Une fois le garrot posé, la priorité est d'amener la victime à l'abri le plus proche et hors de portée des tirs ou de la menace de l'ennemi.

Les méthodes de portage et de traction permettront au premier intervenant ou à l'assistant médical sur le terrain de le faire aussi rapidement que possible sans causer de dommages supplémentaires à la victime.



DIAPOSITIVE 24 - TRACTION OU PORTAGE PAR UNE SEULE PERSONNE

Diverses méthodes de portage efficaces peuvent être utilisées en fonction du niveau de conscience de la victime, du niveau de menace de l'ennemi et du terrain, entre autres.

Voici quelques exemples de méthodes de traction ou de portage par une seule personne : le portage de soutien (pour une victime consciente), la traction au niveau du cou (aide à limiter l'exposition aux tirs ennemis car le sauveteur peut ramper sur les mains), la traction par l'équipement ou par les bras (le sauveteur tire la victime vers l'arrière pour la mettre en sécurité), et la traction du pompier, qui permet au sauveteur de déplacer la victime sur de courtes distances.



DIAPOSITIVE 25 - TRACTION OU PORTAGE D'UNE VICTIME PAR UNE SEULE PERSONNE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 26 - TRACTION OU PORTAGE PAR DEUX PERSONNES

Diverses méthodes de portage efficaces peuvent être utilisées en fonction du niveau de conscience de la victime, du niveau de menace de l'ennemi et du terrain, entre autres.

Parmi les exemples de traction ou de portage par deux personnes figurent les suivants : le portage de soutien par deux personnes (la victime est portée par deux sauveteurs), la traction par l'équipement ou par les bras (deux sauveteurs traînent la victime par sa poignée de traction), et le portage à l'avant et à l'arrière (la victime est transportée par deux sauveteurs qui avancent à l'unisson).



DIAPOSITIVE 27 - TRACTION OU PORTAGE PAR DEUX PERSONNES (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 28 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

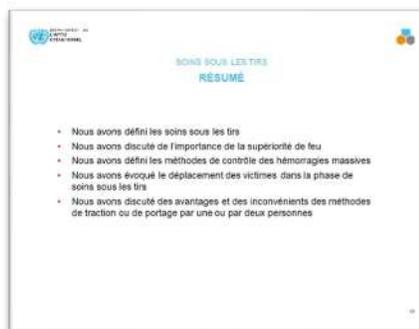
- Traction ou portage par une seule personne
- Traction ou portage par deux personnes



DIAPOSITIVE 29 - RÉSUMÉ

Les soins sous les tirs sont les soins prodigués par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain sur le lieu où la blessure a été subie alors que la victime et lui se trouvent encore sous des tirs hostiles effectifs.

N'oubliez pas de riposter et de vous mettre à couvert. **Le meilleur remède sur le champ de bataille est la supériorité de feu !**



Si vous ne pouvez faire qu'**UNE seule chose pour la victime**, identifiez et arrêtez les saignements potentiellement mortels, et empêchez-la de se vider de son sang en utilisant un garrot recommandé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

Une fois le garrot posé, la priorité est d'amener la victime à l'abri le plus proche et de la mettre hors de portée des tirs ou de la menace de l'ennemi.

Les méthodes de portage et de traction permettront au premier intervenant ou à l'assistant médical sur le terrain de le faire aussi rapidement que possible sans causer de dommages supplémentaires à la victime.

DIAPOSITIVE 30 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1) Que sont les « soins sous les tirs » ?

- Les soins sous les tirs sont les soins prodigués par le premier intervenant sur le lieu où la blessure a été subie alors que lui et la victime se trouvent encore sous des tirs hostiles effectifs ou à proximité de la menace. L'équipement médical disponible est limité à celui qui se trouve dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de chaque membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies.

2) Quels sont les signes d'un saignement potentiellement mortel ?

- Du sang rouge vif coule sur le sol.
- Les vêtements qui recouvrent la plaie sont trempés de sang.
- Il y a une AMPUTATION traumatique d'un bras ou d'une jambe.
- La plaie présente un saignement pulsatile (pulsations) ou régulier.

3) Combien de temps faut-il pour se vider de son sang en raison d'une rupture complète de l'artère et de la veine fémorales ?

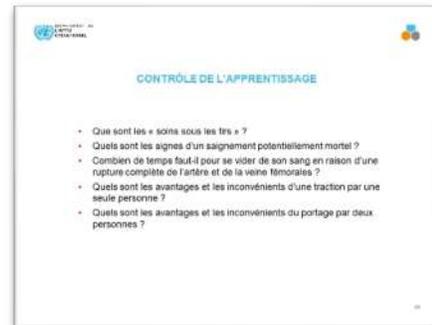
- 3 minutes.

4) Quels sont les avantages et les inconvénients d'une traction par une seule personne ?

- Avantages : Aucun équipement n'est requis et un seul sauveteur est exposé aux tirs ennemis.
- Inconvénients : Le déplacement de la victime est relativement lent ; ce procédé ne permet pas une position optimale du corps pour traîner la victime ; il peut être fatigant pour le premier intervenant si le patient est lourd ou porte un équipement volumineux.

5) Quels sont les avantages et les inconvénients du portage par deux personnes ?

- Avantages : Ce procédé peut être utile dans les situations où les tractions ne fonctionnent pas bien ; il est moins douloureux pour la victime que la traction ; il est plus rapide que la plupart des portages par une seule personne.



- Inconvénients : La silhouette des sauveteurs est plus élevée que dans la plupart des tractions, ce qui les expose à d'éventuels tirs hostiles ; ce procédé est difficile à réaliser s'il faut porter l'équipement du sauveteur ou de la victime.

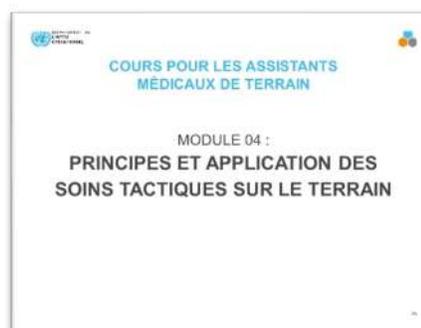
DIAPOSITIVE 31 - QUESTIONS



MODULE 04

PRINCIPES ET APPLICATION DES SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en **deux** rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Principes et applications des soins tactiques sur le terrain » comporte cinq objectifs d'apprentissage cognitifs et un objectif d'apprentissage de performance. Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les éléments suivants :

1. L'importance de la sécurité et de la sûreté dans la phase de soins tactiques sur le terrain
2. Les principes de base du retrait ou de l'extraction des victimes d'une plateforme propre à l'unité
3. L'importance de la communication des informations sur les victimes au commandement tactique de l'unité ou au personnel médical, et les techniques correspondantes
4. Les données pertinentes sur le plan tactique et concernant les victimes qui interviennent dans la communication des informations sur les victimes, et l'identification des aspects à prendre en compte pour le triage dans la phase de soins tactiques sur le terrain

L'objectif d'apprentissage de performance consiste à effectuer une démonstration de la communication des informations sur les victimes à l'intention du commandement tactique ou du personnel médical (conformément aux procédures opérationnelles permanentes des Nations Unies ou de l'unité dans la phase de soins tactiques sur le terrain).

Il est essentiel de comprendre l'importance de maintenir la connaissance de la situation pendant la phase de soins tactiques sur le terrain, car la situation tactique est fluctuante et peut revenir à la phase de soins sous les tirs à tout moment.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Les soins tactiques sur le terrain constituent la deuxième des trois phases de l'aide médicale tactique sur le terrain.

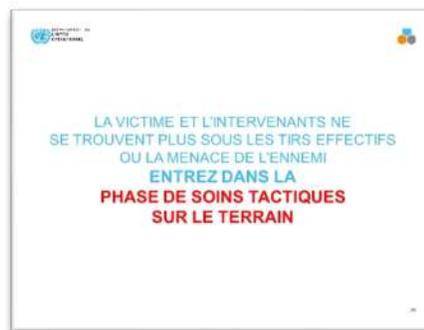
Il s'agit des soins dispensés une fois que l'intervenant et la victime ne sont plus sous la menace directe de tirs ennemis effectifs.



DIAPOSITIVE 5 - LA VICTIME ET L'INTERVENANT NE SONT PLUS SOUS LES TIRS EFFECTIFS OU SOUS LA MENACE DE L'ENNEMI

Les soins tactiques sur le terrain sont les soins prodigués par un premier intervenant ou par un assistant médical sur le terrain une fois que l'intervenant et la victime ne sont plus sous la menace directe de tirs ennemis effectifs.

L'intervenant dispose alors du temps et de la sécurité relative nécessaires à une approche plus méthodique de l'évaluation et du traitement de la victime.

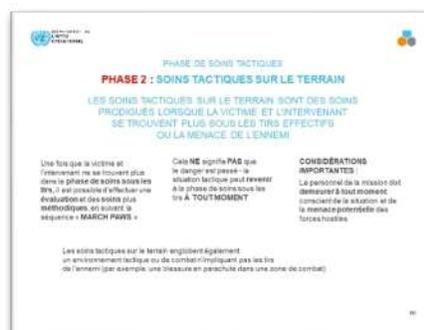


DIAPOSITIVE 6 - PHASE 2 : SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

L'évaluation et la gestion des victimes dans le cadre des soins tactiques sur le terrain suivent une approche plus méthodique connue sous le nom de « MARCH PAWS » :

- Massive bleeding (saignement massif)
- Airway (voies respiratoires)
- Respiration/breathing (respiration)
- Circulation (circulation)
- Hypothermia/Head Injuries (hypothermie/blessures à la tête)

- Pain (douleur)
- Antibiotics (antibiotiques)
- Wounds (plaies)
- Splinting (pose d'une attelle)



Il s'agit d'un moyen mnémotechnique utile pour se rappeler comment aborder systématiquement l'évaluation et la gestion des victimes afin de garantir que les blessures potentiellement mortelles sont identifiées et traitées rapidement, ce qui permet de sauver des vies sur le champ de bataille et de réduire les décès évitables au combat.

N'oubliez pas que, même si vous êtes dans la phase de soins tactiques sur le terrain, cela ne signifie pas que le danger est écarté. La situation tactique peut revenir à la phase de soins sous les tirs à tout moment. Les assistants médicaux sur le terrain doivent maintenir la sécurité et demeurer conscients de la situation tout en poursuivant l'évaluation, le traitement et la préparation des victimes en vue de leur transfert au personnel médical ou de leur évacuation, et en restant prêts à affronter l'ennemi et à poursuivre la mission de l'unité à tout moment.

DIAPOSITIVE 7 - SÛRETÉ ET SÉCURITÉ DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Établissez un périmètre de sécurité conformément aux procédures opérationnelles tactiques permanentes de l'unité ou aux exercices de combat.

Demeurez conscient de la situation tactique. Les victimes dont l'état mental est altéré doivent être désarmées ; il convient de sécuriser leurs équipements de communication et de redistribuer les objets sensibles.



DIAPOSITIVE 8 - AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AUX SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Dans la phase de soins tactiques sur le terrain, l'équipement médical disponible se limitera à celui qui est transporté sur le terrain par la victime (sa trousse de premiers secours pour les camarades de combat), par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain (la trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou la trousse de traumatologie des Nations Unies), ou par un infirmier intervenant (trousse de secours, entre autres). N'oubliez pas, dans la mesure du possible, d'utiliser d'abord les fournitures incluses dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime.



DIAPOSITIVE 9 - PRINCIPES DE RETRAIT ET D'EXTRACTION DES VICTIMES

Bien que les types d'extractions que vous pouvez rencontrer varient en fonction de la mission de votre unité, des véhicules que vous utilisez ou des lieux dans lesquels vous vous trouvez, quelques principes sont d'application universelle et peuvent être mis en pratique dans la plupart des situations d'extraction.

Le premier principe est la sécurité. Le pire résultat serait de faire des victimes supplémentaires lors d'une tentative d'extraction, et presque tous les scénarios d'extraction présentent des risques pour la sécurité, qu'il s'agisse d'incendies sur le site d'évacuation, de renversements de véhicules instables, de bâtiments condamnés dont la structure est endommagée ou d'autres problèmes liés au lieu.

Le deuxième principe est que le concept « MARCH » continue de s'appliquer, et que les priorités de traitement ne changent pas au motif que la victime se trouve dans une position difficile d'accès. Si des traitements essentiels à la survie, comme la pose d'un garrot sur un membre, peuvent être effectués avant l'extraction, ils doivent être réalisés et surveillés tout au



long du processus d'extraction. Si la victime est dans une position qui ne permet pas d'accéder à celle-ci pour réaliser ces traitements, elle doit être déplacée aussi rapidement qu'il est possible de le faire sans danger. À cette fin, si l'on soupçonne une lésion de la colonne cervicale, le retard pris pour immobiliser la colonne peut entraîner un mauvais résultat et ne devrait pas être prioritaire par rapport au fait d'accéder à la victime pour effectuer d'autres interventions essentielles à sa survie.

Le troisième principe est qu'il est important de passer du temps à se former, avant et pendant les déploiements, à la manière d'extraire et de retirer les victimes des équipements de l'unité et

des environnements tactiques que vous êtes le plus susceptible de rencontrer lors de l'exécution de la mission de votre unité. L'équipe médicale de l'unité peut organiser ces formations mais, en tant que sauveteur en situation de combat, il est également de votre responsabilité de vous assurer que l'unité est correctement formée pour vous aider si une extraction est nécessaire.

DIAPOSITIVE 10 - « MARCH PAWS »

Lorsque vous êtes dans la phase de soins tactiques sur le terrain, suivez la séquence « MARCH PAWS » pour évaluer la victime.

L'évaluation tactique complète du traumatisme doit suivre la séquence « MARCH PAWS ».

Massive bleeding (saignement massif)

Airway (voies respiratoires)

Respiration/breathing (respiration)

Circulation (circulation)

Hypothermia/Head Injuries (hypothermie/blessures à la tête)

Pain (douleur)

Antibiotics (antibiotiques)

Wounds (plaies)

Splinting (pose d'une attelle)



DIAPOSITIVE 11 - COMMUNICATION

Les assistants médicaux sur le terrain poursuivront le traitement jusqu'au transfert au personnel médical et doivent communiquer avec les personnes et les structures suivantes :

1. La victime tout au long de l'évaluation et du traitement

2. Le commandement tactique, au sujet de l'état de la victime et des besoins d'évacuation

3. Le système d'évacuation (évacuation sanitaire primaire), notamment au moyen de la demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes et du rapport MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement)



4. Les prestataires de soins médicaux, au sujet de l'évaluation et du traitement de la victime (fiche de blessé)

Communiquez avec la victime tout au long des soins. Le fait de souffrir d'une blessure physique peut générer une anxiété et une peur importantes, au-delà du traumatisme psychologique du combat. Le fait de parler franchement avec la victime de ses blessures et de la rassurer, en lui décrivant les traitements qui lui sont prodigués et en insistant sur le fait que tout est fait pour elle et qu'on s'occupera bien d'elle, contribuera à atténuer son anxiété. **Soyez honnête au sujet des blessures subies**, mais gardez un discours positif tout au long des procédures, ce qui vous aidera à conserver votre confiance et celle de la victime à votre égard.

Communiquez avec le commandement tactique dès que possible et tout au long du traitement de la victime. Le commandement tactique doit comprendre l'incidence de la situation sur la mission. Par exemple, le commandement tactique peut avoir besoin de savoir :

- Combien de pertes ont été infligées ;
- Qui fait partie des victimes ;
- Si la victime peut encore se battre ;
- Si la menace ennemie a été éliminée ;
- Si les systèmes d'armes sont hors service ou si les champs de tir ne sont pas couverts parce que l'unité a subi des pertes ;
- S'il est nécessaire que d'autres personnes occupent les positions de combat des victimes, ou si les victimes doivent être déplacées.

Communiquez avec la cellule de coordination de l'évacuation pour organiser l'évacuation sanitaire primaire. Communiquez aux prestataires de soins médicaux les détails des blessures de la victime. Cela inclut la communication dans un format en 4 lignes et les rapports MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement) en cours.

Les responsables médicaux peuvent avoir besoin de savoir :

- Quelles sont les blessures subies ;
- Quel est l'état mental et physique de chaque victime ;
- Quels traitements se sont avérés nécessaires et ont été administrés ;
- Si l'infirmier doit trier des blessés multiples ;
- Si l'infirmier doit se déplacer vers une victime, ou si la victime doit être déplacée vers l'infirmier ;
- Si l'unité doit déployer des civières ou des équipements d'extraction.

DIAPOSITIVE 12 - COMMUNIQUEZ LES DONNÉES PERTINENTES SUR LA VICTIME

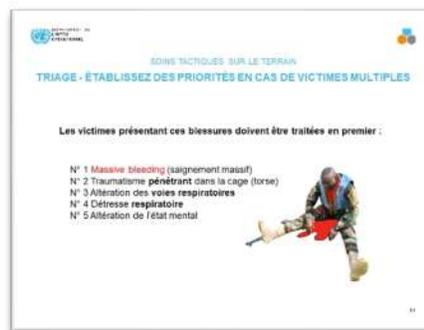
Consignez l'ensemble de l'évaluation et des soins dispensés (y compris les médicaments et les interventions) sur la fiche de blessé. Communiquez avec l'équipe d'évacuation sanitaire primaire en utilisant une demande d'évacuation sanitaire primaire en **4 lignes** et le **rapport MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement)**.



DIAPOSITIVE 13 - TRIAGE - ÉTABLISSEZ DES PRIORITÉS EN CAS DE VICTIMES MULTIPLES

Les assistants médicaux sur le terrain doivent tenir compte de ces priorités (établies en fonction de la séquence « MARCH ») pour décider de l'ordre de priorité du traitement des victimes multiples dans la phase de soins tactiques sur le terrain :

- N° 1 Saignement massif
- N° 2 Traumatisme pénétrant
- N° 3 Voies respiratoires
- N° 4 Détresse respiratoire
- N° 5 Altération de l'état mental



DIAPOSITIVE 14 - CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU TRIAGE

Le terme « considérations relatives au triage » signifie que les victimes peuvent avoir besoin d'être triées en groupes de traitement prioritaires.

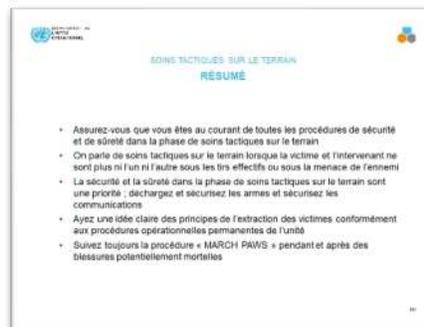
L'assistant médical sur le terrain peut être amené à aider le personnel médical à gérer les victimes urgentes.

Il peut être chargé de surveiller les victimes après les interventions d'urgence ; il peut également être chargé de préparer les victimes à l'évacuation.



DIAPOSITIVE 15 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé les principes et les applications des soins tactiques sur le terrain, en insistant sur la nécessité de demeurer conscient de la situation. Nous avons identifié l'importance de la sûreté et de la sécurité dans la phase de soins tactiques sur le terrain, les principes de base du retrait et de l'extraction des victimes d'une plateforme propre à l'unité, les techniques de communication des informations sur les victimes à l'intention du commandement tactique de l'unité et du personnel médical, les données pertinentes en matière de tactique et de victimes qui sont nécessaires pour la communication des informations sur les victimes, et les considérations relatives au triage.



DIAPOSITIVE 16 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage :

1) Quelle est la différence entre la phase de soins tactiques sur le terrain et la phase de soins sous les tirs ?

- Les soins tactiques sur le terrain se distinguent des soins sous les tirs par un niveau inférieur de menace provenant des tirs hostiles (les tirs ont cessé, ou les tirs ennemis sont inefficaces), et par un temps disponible relativement plus long pour prodiguer des soins, en fonction de la situation tactique et de l'équipement médical disponible (qui demeure limité mais comprend souvent des équipements supplémentaires transportés dans la trousse de traumatologie des Nations Unies, dans les trousse médicales ou dans les kits médicaux des véhicules tactiques).

2) Vrai ou faux : Pendant la phase de soins tactiques sur le terrain, la situation tactique peut revenir à la phase de soins sous les tirs à tout moment.

- Vrai

3) Qu'est-ce que la séquence « MARCH PAWS » ?

- La séquence « MARCH PAWS » est le moyen mnémotechnique utilisé pour l'évaluation et le traitement des victimes dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain, qui permet l'identification et le traitement systématiques des blessures potentiellement mortelles qui pourraient entraîner des décès évitables au combat.



DIAPOSITIVE 17 - QUESTIONS



MODULE 05

ÉVALUATION TACTIQUE DES TRAUMATISMES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE

Ce module fournit un aperçu de l'évaluation tactique des traumatismes. La mise en pratique des compétences se déroulera vers la fin du cours, une fois que vous aurez acquis TOUTES les compétences.



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Évaluation tactique des traumatismes » comporte trois objectifs d'apprentissage cognitifs et cinq objectifs d'apprentissage de performance. Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les éléments suivants :

1. Les causes communes de l'altération de l'état mental dans les environnements de combat ou sans combat
2. L'importance de désarmer une victime dont l'état mental est altéré et de sécuriser son équipement de communication
3. L'importance de la communication avec une victime dans la phase de soins tactiques sur le terrain et les techniques afférentes

Les objectifs d'apprentissage de performance consistent à effectuer les démonstrations suivantes :

1. Techniques utilisées pour évaluer la réactivité d'une victime
2. Communication avec une victime dans le cadre des soins tactiques sur le terrain
3. Application de l'isolement des substances organiques dans le cadre des soins tactiques sur le terrain
4. Évaluation tactique des traumatismes dans le bon ordre, en utilisant la séquence « MARCH PAWS », conformément aux directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain
5. Actions et interventions appropriées utilisées pendant l'évaluation d'une victime pour lui porter secours conformément aux directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain

Les aspects essentiels consistent à identifier l'importance de l'approche systématique de l'évaluation et des interventions visant à fournir des soins essentiels à la survie d'une victime en suivant la séquence « MARCH PAWS » conformément aux directives relatives à l'aide médicale tactique sur le terrain, et à effectuer une démonstration de cette approche.

DIAPOSITIVE 4 - « MARCH PAWS »

L'évaluation tactique complète du traumatisme doit suivre la séquence « MARCH PAWS ».

- Massive bleeding** (saignement massif)
- Airway** (voies respiratoires)
- Respiration/breathing** (respiration)
- Circulation** (circulation)
- Hypothermia/Head Injuries** (hypothermie/blessures à la tête)



Pain (douleur)
Antibiotics (antibiotiques)
Wounds (plaies)
Splinting (pose d'une attelle)

Nous aborderons les interventions et les procédures relatives à la séquence « MARCH PAWS » plus en détail dans les modules ultérieurs.

DIAPOSITIVE 5 - ÉVALUATION TACTIQUE DES TRAUMATISMES - MODE D'EMPLOI (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

Regardez cette vidéo. Vous devrez effectuer une évaluation tactique complète des traumatismes à l'issue de cette formation.



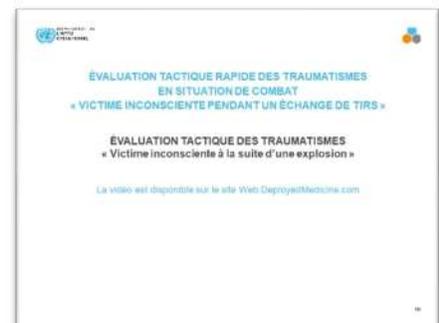
DIAPOSITIVE 6 - ÉVALUATION TACTIQUE RAPIDE DES TRAUMATISMES EN SITUATION DE COMBAT « VICTIME CONSCIENTE PENDANT UN ÉCHANGE DE TIRS » (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 7 - ÉVALUATION TACTIQUE RAPIDE DES TRAUMATISMES EN SITUATION DE COMBAT « VICTIME INCONSCIENTE À LA SUITE D'UNE EXPLOSION » (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 8 - ISOLEMENT DES SUBSTANCES CORPORELLES

Dans la mesure du possible, l'intervenant ou l'assistant médical sur le terrain doit porter des gants sans latex en tant que mesure préventive d'isolement des substances corporelles.

Ces gants sont fournis dans les trousse de premiers secours pour les camarades de combat et dans les trousse de traumatologie des Nations Unies.



DIAPOSITIVE 9 - BALAYAGE SANGUIN DE LA VICTIME

L'évaluation initiale de la victime doit consister en une vérification rapide de la tête aux pieds pour détecter les saignements potentiellement mortels (balayage sanguin).

Ce balayage sanguin doit inclure une inspection visuelle et manuelle (palpation) de l'avant et de l'arrière de la victime, de la tête aux pieds, y compris le cou, les aisselles et l'aîne, entre autres.



DIAPOSITIVE 10 - IDENTIFIER RAPIDEMENT UN SAIGNEMENT MASSIF ET POTENTIELLEMENT MORTEL

Ce balayage sanguin est un moyen systématique de garantir l'identification rapide d'un saignement potentiellement mortel non détecté.



DIAPOSITIVE 11 - CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES

Si vous identifiez un saignement potentiellement mortel qui n'a pas été détecté lors de la phase de soins sous les tirs, appliquez immédiatement un garrot, un pansement hémostatique ou un pansement compressif.

Si un garrot a déjà été posé mais que le saignement n'est pas contrôlé, appliquez un deuxième garrot à côté du garrot initial, de préférence plus haut sur le membre blessé, si possible, pour contrôler l'hémorragie. Cette procédure correspond au « **M** » de la séquence « **MARCH PAWS** ».



DIAPOSITIVE 12 - IDENTIFIER DES VOIES RESPIRATOIRES OBSTRUÉES

Évaluez les voies respiratoires de la victime et assurez-vous qu'elles sont ouvertes. **OBSERVEZ** (le soulèvement et l'abaissement de la poitrine), **ÉCOUTEZ** (les bruits de la respiration) et **SENTEZ** (le souffle sur votre joue) les signes de difficultés respiratoires, les ronflements ou les gargouillis, les objets visibles obstruant les voies respiratoires et les éventuels traumatismes graves au visage.

Ne faites pas un balayage aveugle à l'aide des doigts.



DIAPOSITIVE 13 - CHEZ UNE VICTIME QUI NE PRÉSENTE PAS D'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES, VOUS POUVEZ EFFECTUER LES MANŒUVRES SUIVANTES POUR OUVRIR LES VOIES RESPIRATOIRES

Si la victime est inconsciente, la langue peut s'être relâchée, ce qui entraîne un blocage des voies respiratoires. Utilisez la méthode de l'inclinaison de la tête, du soulèvement du menton ou de la poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant pour ouvrir les voies respiratoires. **Remarque importante** : En cas de suspicion d'une blessure au cou ou à la colonne vertébrale, utilisez la méthode de poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant pour ouvrir les voies respiratoires.

Cette procédure correspond au premier « A » de la séquence « MARCH PAWS ».

NOTE : Une fois que les voies respiratoires ont été ouvertes à l'aide de l'une de ces manœuvres, la victime peut avoir besoin de manœuvres répétées ou continues pour maintenir l'ouverture de ses voies respiratoires.



DIAPOSITIVE 14 - TRAITEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES

Si la victime est inconsciente ou semi-consciente mais qu'elle respire par elle-même ET que vous n'identifiez pas d'obstruction des voies respiratoires, vous pourrez peut-être mieux traiter les voies respiratoires en utilisant une voie respiratoire nasopharyngée. Cette procédure peut aider à ouvrir les voies respiratoires d'une victime consciente ou inconsciente ou à les maintenir ouvertes.

Notez tout liquide clair provenant du nez ou des oreilles. Il peut s'agir de liquide céphalo-rachidien, ce qui indique une possible fracture du crâne. N'essayez pas de placer une voie respiratoire nasopharyngée si un liquide clair s'écoule du nez ou des oreilles.



Si les manœuvres réalisées sur les voies respiratoires et la voie respiratoire nasopharyngée ne permettent pas d'ouvrir les voies respiratoires ou de les maintenir ouvertes, prévenez le personnel médical.

DIAPOSITIVE 15 - POSITION FAVORABLE À LA RESPIRATION OU POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Si la victime est **consciente**, aidez-la à adopter une position qui protège au mieux les voies respiratoires et lui permet de respirer facilement, y compris la position assise.

Si la **victime** est **inconsciente**, placez-la en position latérale de sécurité. Si une voie respiratoire nasopharyngée a été insérée dans la narine droite, placez la victime sur le côté droit, si possible.



DIAPOSITIVE 16 - RESPIRATIONS

OBSERVEZ (le soulèvement et l'abaissement de la poitrine), **ÉCOUTEZ** (les bruits de la respiration) et **SENTEZ** (le souffle sur votre joue) les signes d'une difficulté à respirer (comme indiqué précédemment pour les voies respiratoires).

Le rythme respiratoire (respirations par minute) et la qualité de la respiration (superficielle, laborieuse, entre autres) doivent être notés.

Parmi les signes de détresse respiratoire figurent les suivants :

- Respiration progressivement difficile
- Diminution des bruits de respiration
- Veines du cou distendues
- Signes contraires à la détresse respiratoire « progressive »
- La victime est courbée en avant ; elle doit être placée dans la « position de confort »
- Agitation due à un manque d'oxygène
- Pouls élevé

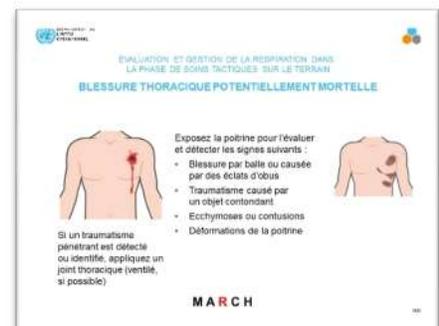
Cette procédure correspond au « R » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 17 - BLESSURE THORACIQUE POTENTIELLEMENT MORTELLE

Parmi les causes courantes des blessures thoraciques figurent les blessures par balle, les coups de couteau ou les éclats d'obus à la poitrine et les traumatismes par objet contondant.

Notez les signes évidents de traumatisme pénétrant, d'ecchymose, de gonflement, de crépitement ou de claquement (à la palpation), ou d'autres déformations de la poitrine. **Vérifiez** la respiration de la victime et sa capacité



à respirer. Il convient de traiter toutes les plaies thoraciques ouvertes ou aspirantes en appliquant immédiatement un joint thoracique ventilé pour remédier à l'anomalie.

En cas de détresse respiratoire non résolue par un joint thoracique ou chez une victime présentant un traumatisme thoracique ou dorsal connu ou suspecté sans plaie thoracique aspirante ou ouverte, envisagez l'éventualité d'un pneumothorax sous tension et effectuez une décompression thoracique à l'aiguille.

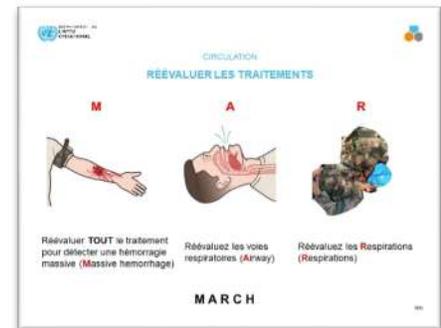
Les blessures thoraciques sont très graves et peuvent mettre la vie en danger. L'état de la victime peut changer rapidement en cas de blessure thoracique.

DIAPOSITIVE 18 - RÉÉVALUER LES TRAITEMENTS

Cette procédure correspond au « C » de la séquence « MARCH PAWS ». Il convient de réévaluer la victime pour détecter une hémorragie potentiellement mortelle (la réévaluation concerne également l'efficacité des interventions précédentes - garrot, bandages compressifs, entre autres).

Y a-t-il une fracture évidente du bassin ou du fémur ? Si c'est le cas, un infirmier doit être informé immédiatement. Évaluez le pouls radial.

Si le pouls est absent ou faible, il faut suspecter un état de choc et prévenir immédiatement un infirmier.



DIAPOSITIVE 19 - INDICATEUR GÉNÉRAL D'ÉTAT DE CHOC

L'assistant médical sur le terrain doit connaître les signes et les symptômes de l'état de choc. Dans l'environnement de combat, on suppose que l'état de choc est dû à une perte de sang.

S'il n'est pas traité, il peut entraîner la mort. Si un état de choc est suspecté, un infirmier doit être informé immédiatement.



DIAPOSITIVE 20 - PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE

Il convient de prévenir l'hypothermie en minimisant l'exposition de la victime aux éléments et en appliquant des mesures actives de prévention de l'hypothermie, si possible.

Si aucun équipement de réchauffement n'est disponible, utilisez des couvertures sèches, des doublures de poncho, des sacs de couchage ou tout ce qui peut retenir la chaleur et garder la victime au sec. Veillez à évaluer le choc hémorragique et assurez-vous que le saignement est contrôlé.



DIAPOSITIVE 21 - SI UNE BLESSURE OCULAIRE PÉNÉTRANTE EST OBSERVÉE OU SUSPECTÉE

Effectuez un test rapide d'acuité visuelle sur le terrain (par exemple, lire l'étiquette d'un repas prêt à consommer ou un insigne nominatif).

Si la victime présente des blessures pénétrantes, elle doit prendre l'antibiotique contenu dans le kit de traitement des blessures. Couvrez l'œil à l'aide d'une coque rigide, et non d'un pansement compressif. **Ne couvrez pas** les deux yeux, sauf si les deux sont blessés et que vous êtes sûr que la victime ne retournera pas au combat.

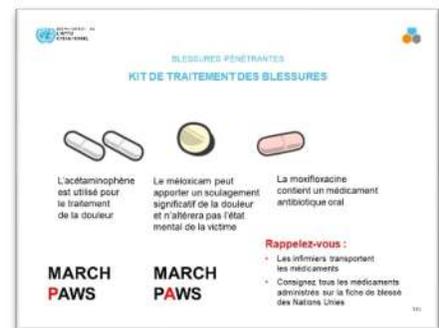


DIAPOSITIVE 22 - KIT DE TRAITEMENT DES BLESSURES

Le kit de traitement des blessures contient des médicaments contre les douleurs légères à modérées (méloxicam et acétaminophène) ainsi qu'un antibiotique spécifique pour les plaies pénétrantes (moxifloxacine).

Les médicaments contenus dans le kit de traitement des blessures peuvent apporter un soulagement significatif de la douleur légère à modérée et n'altéreront pas l'état mental de la victime. Le kit inclut également des antibiotiques destinés à prévenir ou à traiter les infections après des blessures traumatiques, telles que les plaies pénétrantes, les blessures oculaires et les brûlures.

Cette procédure correspond au « P » et au « A » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 23 - INSPECTION ET TRAITEMENT DE TOUTES LES PLAIES CONNUES

Cette procédure correspond au « W » de la séquence « MARCH PAWS ».

Toutes les autres plaies (brûlures, fractures, autres plaies des tissus mous, entre autres) doivent être traitées à l'aide d'attelles et de pansements, entre autres, selon le cas. Ce point sera abordé plus en détail dans un module ultérieur.

Note : Réévaluez les pouls après la mise en place de tous les pansements pour vous assurer qu'ils ne sont pas trop serrés. N'oubliez jamais un pansement que vous avez appliqué !



DIAPOSITIVE 24 - TRAITEMENT DES BRÛLURES

Stoppez le processus de brûlure en extrayant la victime de la source, et couvrez les zones brûlées à l'aide de pansements secs et stériles.

Si la brûlure est causée par du **phosphore blanc**, immergez la zone touchée dans l'eau, si possible ; sinon, le pansement doit être mouillé. Prévenez immédiatement le personnel médical.

N'oubliez pas de donner la priorité à l'évaluation « MARCH » avant de vous occuper des brûlures. Cette procédure fait partie de l'étape « W » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 25 - ÉVALUATION VISANT À DÉTECTER UNE FRACTURE

Déterminez s'il y a **des fractures** et, le cas échéant, posez une attelle sur la fracture en utilisant les matériaux disponibles, en veillant à immobiliser l'articulation au-dessus et l'articulation au-dessous de la fracture.

Vérifiez le(s) pouls avant et après la pose des attelles. Traitez les fractures ouvertes à l'aide de médicaments (contre la douleur et pour prévenir l'infection) provenant du kit de traitement des blessures de combat.

Cette procédure correspond au « S » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 26 - COMMUNICATION ET DOCUMENTATION

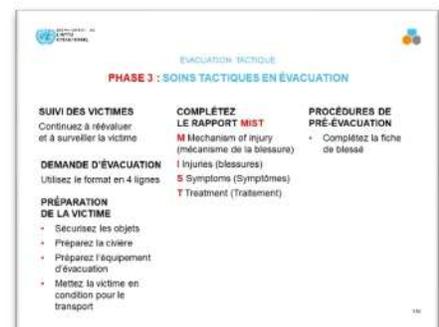
Communiquez avec la victime en la rassurant et en l'informant des procédures en cours.

Communiquez avec le personnel médical et avec votre **commandement tactique**, et transmettez les informations concernant l'état de la victime et les besoins d'évacuation.



DIAPOSITIVE 27 - PHASE 3 : SOINS TACTIQUES EN ÉVACUATION

Consignez l'ensemble de l'évaluation et des soins administrés sur une fiche de blessé. Chaque membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies portera sa propre fiche de blessé dans sa trousse de premiers secours pour les camarades de combat. Si possible, utilisez un marqueur permanent (tel qu'un marqueur « Sharpie »)



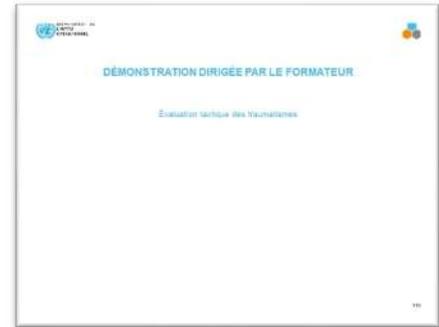
pour effectuer les inscriptions sur la fiche. Lorsque vous prodiguez des soins ou que vous aidez le personnel médical, inscrivez autant d'informations que possible sur la fiche.

Celle-ci constitue l'enregistrement officiel des soins dispensés, et elle doit accompagner la victime lorsque la prise en charge est transférée à un infirmier ou au moment de l'évacuation.

La communication comprend le **rapport MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement)** et la **demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes**.

DIAPOSITIVE 28 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous ferons une pause pour assister à une démonstration de l'évaluation tactique des traumatismes dirigée par un formateur.



DIAPOSITIVE 29 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé l'évaluation tactique des traumatismes. Nous avons identifié les causes courantes de l'altération de l'état mental dans les environnements de combat ou sans combat, l'importance de désarmer une victime dont l'état mental est altéré et de sécuriser son équipement de communication, ainsi que les techniques de communication avec une victime dans la phase des soins tactiques sur le terrain. Nous avons également effectué la démonstration des techniques d'évaluation de la réactivité d'une victime, d'isolement des substances corporelles, de conduite d'une évaluation tactique des traumatismes dans le bon ordre en utilisant la séquence « MARCH PAWS », et de recours aux actions et aux interventions appropriées dans le cadre de l'évaluation d'une victime afin de lui porter secours conformément aux directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.



DIAPOSITIVE 30 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

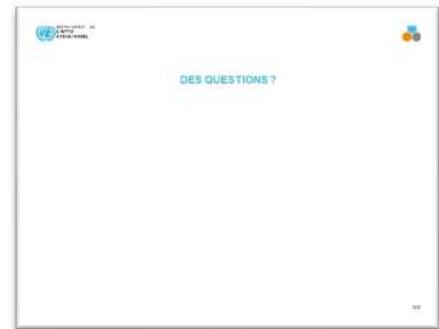
Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage :

1. Dans quelle phase de soins l'évaluation tactique des traumatismes est-elle réalisée ?
 - Dans la phase de soins tactiques sur le terrain.



2. Quelle est le moyen mnémotechnique utilisé pour établir la priorité des soins dans le cadre de l'évaluation tactique des traumatismes ?
 - « MARCH PAWS ».
3. Qu'est-ce qu'un balayage sanguin ?
 - Un balayage sanguin est votre première évaluation de la victime. Il doit s'agir d'un contrôle rapide de la tête aux pieds pour détecter les saignements potentiellement mortels non identifiés.

DIAPOSITIVE 31 - QUESTIONS



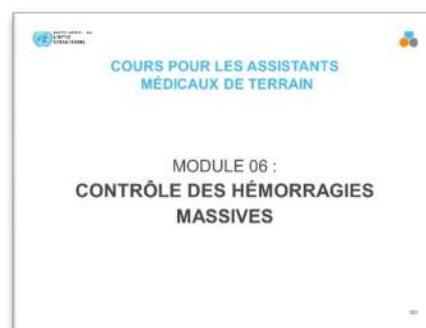
MODULE 06

CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES MASSIVES DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE

Bonjour, je m'appelle (insérer ici) et je serai votre formatrice principale / formateur principal pour le module 6 : Contrôle des hémorragies massives dans le contexte des soins tactiques sur le terrain.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.

Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

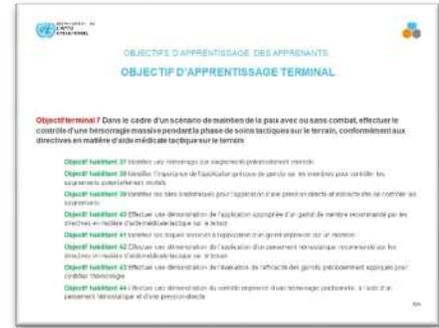
Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.



DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain repose sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.



Le module comporte un objectif d'apprentissage terminal. L'objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants, qui comprennent l'identification des éléments suivants :

- Hémorragie potentiellement mortelle (saignement)
- Importance de l'application précoce de garrots sur les membres pour contrôler les saignements potentiellement mortels
- Sites anatomiques pour l'application d'une pression directe et indirecte afin de contrôler les saignements
- Application appropriée d'un garrot recommandé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain sur un membre
- Risques associés à l'application d'un garrot improvisé sur un membre
- 2. Application d'un pansement hémostatique recommandé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain
- Évaluation de l'efficacité du ou des garrots précédemment appliqués pour contrôler l'hémorragie
- Contrôle improvisé d'une hémorragie jonctionnelle à l'aide d'un pansement hémostatique et d'une pression directe

Les aspects essentiels sont l'identification d'une hémorragie potentiellement mortelle et l'importance d'une intervention rapide, ainsi que la démonstration des interventions appropriées en cas d'hémorragie potentiellement mortelle, conformément aux directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain est organisée en phases de soins qui commencent au moment de la blessure. Ces phases sont pertinentes pour les scénarios de traumatismes au combat et sans combat :

1. Les **soins sous les tirs** ou les **soins sous la menace** correspondent à l'aide apportée sur les lieux du



traumatisme alors qu'une menace active persiste. L'équipement médical disponible se limite à celui porté par une personne ou trouvé dans une trousse de premiers secours à proximité. L'hémorragie massive est la seule priorité médicale qui requiert votre attention pendant cette phase, car vous êtes en train de gérer activement une menace continue dans une situation potentiellement chaotique et dangereuse.

2. Les **soins tactiques sur le terrain** sont les soins dispensés une fois que la menace a été neutralisée, que les lieux ont été sécurisés ou que la victime s'est ou a été déplacée hors de la situation de menace immédiate. Au cours de cette phase, une évaluation rapide de la victime doit être effectuée. Le contrôle de l'hémorragie doit être évalué ou réévalué, et les problèmes relatifs aux voies respiratoires ou à la respiration doivent être traités. Les autres blessures telles que les brûlures, les fractures, les traumatismes oculaires et les blessures à la tête doivent ensuite être identifiées et traitées. Les équipements médicaux sont encore limités. Le délai d'arrivée du personnel médical ou de l'équipe d'évacuation peut varier considérablement, en fonction de la situation tactique, entre autres.

3. Les **soins tactiques en évacuation** sont les soins dispensés pendant et après le déplacement de la victime en avion, à bord d'un véhicule ou à l'aide d'un autre mode de transport pour l'évacuer vers un niveau de soins supérieur. Du personnel et des équipements médicaux supplémentaires sont généralement disponibles lors de cette phase de soins aux victimes.

Rappelez-vous : L'objectif de l'aide médicale tactique sur le terrain et le rôle de l'assistant médical sur le terrain consistent à évaluer rapidement les victimes afin d'identifier et de traiter les blessures potentiellement mortelles, et de les maintenir en vie suffisamment longtemps pour leur permettre d'atteindre un niveau de soins médicaux plus élevé.

DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

L'évaluation et la gestion des **saignements massifs** correspondent au « **M** » de la séquence « MARCH PAWS » et constituent la **priorité n° 1**.



DIAPOSITIVE 6 - APERÇU DE L'HÉMORRAGIE DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

Résumé :

1. Utilisez un garrot de membre approuvé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain
2. Utilisez des pansements hémostatiques
3. Utilisez des garrots jonctionnels



4. Utilisez un dispositif de compression pelvienne
5. RÉÉVALUEZ toutes les interventions
6. N'oubliez PAS un garrot que vous avez appliqué

DIAPOSITIVE 7 - SÛRETÉ ET SÉCURITÉ DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas de maintenir la **sécurité** et de demeurer **conscient** de la situation tactique pendant la phase de soins tactiques sur le terrain.

Il convient de sécuriser les armes et les objets sensibles des victimes dont l'état mental est altéré (en raison d'un état de choc, d'une blessure à la tête ou de la prise de médicaments) et qui ne peuvent plus se battre efficacement, afin que celles-ci ne causent aucun dommage à elles-mêmes, à leurs coéquipiers ou à la mission.



DIAPOSITIVE 8 - ÉTABLISSEMENT DE PRIORITÉS EN CAS DE VICTIMES MULTIPLES

Lorsque vous rencontrez une victime, plusieurs blessures peuvent nécessiter des interventions. Cependant, n'oubliez pas que le saignement massif (**Massive bleeding**) constitue la **priorité n° 1** !



DIAPOSITIVE 9 - QUAND UN SAIGNEMENT MET-IL LA VIE EN DANGER ? LE CONTRÔLE PRÉCOCE D'UNE HÉMORRAGIE GRAVE EST ESSENTIEL

Cette diapositive montre des signes de saignement potentiellement mortel qui **n'ont peut-être pas été notés ou traités de manière appropriée** pendant la phase de soins sous les tirs.



DIAPOSITIVE 10 - RÉÉVALUATION VISANT À DÉTECTER UNE HÉMORRAGIE MASSIVE

La phase de soins tactiques sur le terrain offre le temps et la sécurité relative nécessaires à une évaluation et à un traitement plus méthodiques (en suivant la séquence « MARCH PAWS »). Toutes les victimes doivent être réévaluées au moyen d'une évaluation tactique complète des traumatismes.

L'évaluation visant à détecter une hémorragie massive comprend un balayage sanguin visuel et manuel de l'avant et de l'arrière de la victime, de la tête aux pieds (y compris le cou, les aisselles et l'aîne).

Toute hémorragie massive identifiée (nouvellement identifiée ou traitée de manière inefficace pendant la phase de soins sous les tirs) doit être traitée **immédiatement**.

Tous les garrots placés au cours d'un la phase de soins sous les tirs doivent être réévalués pour en vérifier l'efficacité, resserrés si nécessaire, ou un second garrot doit être placé de façon adjacente (côte à côte) au premier pour garantir que le saignement est effectivement arrêté.



DIAPOSITIVE 11 - OUTILS PERMETTANT DE CONTRÔLER UNE HÉMORRAGIE POTENTIELLEMENT MORTELLE

Décrivez les éléments de la diapositive et leur utilisation.

Pression directe : Après avoir appliqué un pansement hémostatique ou une gaze sur la plaie, maintenez la pression pendant 3 minutes.

Gaze / autres pansements et bandages compressifs : Ces articles sont tous des pansements hémostatiques ou autres matériaux approuvés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

Garrot recommandé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain : Ces garrots sont soit à guindeau, soit à cliquet, mais leur efficacité a été prouvée à l'usage.

Dispositif d'application de pression : Un dispositif d'application de pression est fabriqué à l'aide de matériaux improvisés, tels qu'une chaussure ou une botte, une bouteille d'eau pleine ou une gourde, et vise à appliquer une pression supplémentaire sur la plaie après l'avoir recouverte.

Pansement hémostatique : Les pansements hémostatiques recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain sont sûrs et contiennent des ingrédients actifs qui favorisent la coagulation du sang à la source du saignement. Des fournitures non recommandées par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain peuvent être disponibles ; cependant, il n'a pas été démontré qu'elles étaient efficaces pour contrôler les hémorragies massives.



DIAPOSITIVE 12 - PRESSION DIRECTE INITIALE AVANT L'INTERVENTION

La pression directe peut et doit être utilisée en tant que mesure temporaire jusqu'à ce qu'un garrot ou un pansement soit appliqué. Il est difficile d'utiliser la pression directe seule pour contrôler un saignement important ou pendant le déplacement de la victime. Pendant le pansement d'une plaie, maintenez une pression constante et directe à la source du saignement pour être efficace.



DIAPOSITIVE 13 - GARROTS

Rappelez-vous : Un garrot est un dispositif à usage *unique*.

Ne procédez **jamais** à un déploiement en étant équipé d'un garrot qui a déjà été utilisé lors d'une formation, et **n'utilisez jamais** celui-ci, car ce dispositif présente un risque accru de défaillance.



DIAPOSITIVE 14 - GARROTS MÉTHODIQUES

Au cours de la phase des soins tactiques sur le terrain, les intervenants disposent de davantage de temps pour exposer la plaie et déterminer la source réelle du saignement.

Tous les garrots appliqués pendant la phase de soins tactiques sur le terrain doivent être des garrots méthodiques, **appliqués 5 à 8 centimètres au-dessus de la plaie** et directement sur la peau. Ce procédé permet de maximiser l'efficacité du garrot pour arrêter les saignements et de minimiser la quantité de tissus sains qui pourraient être touchés par un garrot placé inutilement trop haut sur le membre.

Réévaluez l'efficacité de tous les garrots qui ont été appliqués au cours de la phase de soins sous les tirs. Ces garrots sont posés rapidement et peuvent avoir été placés « haut et serré » (par exemple, haut sur la jambe alors que la source réelle du saignement se trouve près de la cheville), et le personnel médical devra y remédier lors de son intervention.

Rappelez-vous : **NE** posez **PAS** de garrot sur le genou, le coude, un étui ou une poche cargo contenant des objets volumineux, car le garrot sera inadéquat.



DIAPOSITIVE 15 - LES GARROTS DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Les garrots appliqués pendant la phase de soins tactiques sur le terrain doivent être des **garrots méthodiques**. Leur utilisation se prête, sur le plan anatomique, à celle d'un garrot approuvé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

Si l'hémorragie **n'est pas maîtrisée** à l'aide du premier garrot, appliquez un deuxième garrot à côté du premier, qui est plus éloigné de la plaie.

Rappelez-vous : Le saignement doit être **arrêté** dans la **minute qui suit** et le garrot doit être complètement **fixé** dans les **3 minutes**.

L'heure à laquelle le garrot a été posé doit être consignée sur le garrot lui-même et sur la **fiche de blessé** pendant la phase de soins tactiques sur le terrain (et non pendant la phase de soins sous les tirs). Ceci est important pour le personnel médical lorsque la victime est déplacée vers des niveaux de soins plus élevés.



DIAPOSITIVE 16 - VÉRIFICATION DE L'EFFICACITÉ DU GARROT

Vérifiez la circulation sous le garrot en tâtant le **pouls distal** (un pouls sous le garrot).

Si le saignement continue ou si vous détectez un pouls distal, **resserrez** davantage le **garrot existant** ou appliquez un deuxième garrot à côté du premier.



DIAPOSITIVE 17 - APPLICATION DU GARROT AVEC GUINDEAU À DEUX MAINS DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN (VIDÉO)

Diffusez la (les) vidéo(s).

1. Garrot d'application en combat sur un camarade (en boucle)
2. Garrot d'application en combat sur un camarade (enveloppé autour du membre)



DIAPOSITIVE 18 - PIÈGES ET ERREURS LIÉS À L'UTILISATION DU GARROT

1. Plus vous attendez pour appliquer un garrot, plus la victime perd de sang.
2. Si vous ne retirez pas tout le mou, vous ne pourrez pas serrer le garrot efficacement.
3. Les garrots doivent être serrés et **font très mal** s'ils sont appliqués correctement.
4. Si un garrot n'est pas efficace, appliquez-en un deuxième. Cela peut être nécessaire pour les victimes ayant de grandes extrémités.
5. En cas de doute, appliquez un garrot. Cependant, il convient de réévaluer dès que possible la nécessité d'un garrot.
6. Dans la phase de soins sous les tirs, le garrot est placé « haut et serré » mais, dans la phase de soins tactiques sur le terrain, il doit être placé 5 à 8 centimètres au-dessus de la plaie.
7. **NE le desserrez PAS !**
8. Laissez le garrot en place même s'il est desserré par le personnel médical. Il NE faut PAS qu'un nouveau saignement se produise sans qu'un garrot soit disponible.
9. **NE posez PAS** de garrots sur les articulations : ils NE fonctionnent PAS sur les articulations. Si la plaie se trouve directement sous une articulation, placez le garrot 5 à 8 centimètres au-dessus de l'articulation.



DIAPOSITIVE 19 - GARROTS IMPROVISÉS

Rappelez-vous : N'utilisez PAS de garrot improvisé, sauf en **tout dernier recours**, lorsqu'il n'y a pas d'**autre option** pour contrôler un saignement potentiellement mortel. Si vous ne disposez d'aucun garrot, protégez la plaie et exercez une pression directe. Les garrots improvisés peuvent endommager la peau s'ils sont trop étroits (moins de 5 centimètres) ; ils peuvent se desserrer et ne pas contrôler complètement le saignement. Des garrots improvisés de 5 centimètres de large peuvent être plus efficaces pour contrôler les saignements.



Continuez à vérifier le garrot, car les garrots improvisés sont susceptibles de se desserrer en raison (mais pas seulement) des mouvements de la victime, du glissement des liquides corporels et de la qualité du matériel improvisé.

DIAPOSITIVE 20 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Application du garrot avec guindeau à deux mains dans la phase de soins tactiques sur le terrain



DIAPOSITIVE 21 - PANSEMENT HÉMOSTATIQUE

Familiarisez-vous avec les éléments de votre trousse de premiers secours pour les camarades de combat.

Une trousse de premiers secours pour les camarades de combat contient un pansement hémostatique et une gaze stérile sèche.

Les pansements hémostatiques recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain sont sûrs et contiennent des ingrédients actifs qui favorisent la coagulation du sang à la source du saignement.



Les pansements comprennent :

- **Combat Gauze®**, un rouleau de gaze de 4 mètres de long et d'environ 8 centimètres de large, utilisé pour contrôler les hémorragies. Ce matériel contient un produit chimique qui provoque la formation d'un caillot lorsqu'il entre en contact avec le sang. Cette action, associée à l'exercice d'une pression manuelle sur une plaie qui saigne, entraîne la formation d'un caillot et permet d'arrêter le saignement.
- **Gaze Celox**, qui comprend des granulés de Celox collés à sa surface. Les granules Celox sont des produits à base de chitosane qui absorbent le liquide du sang, gonflent, et forment un gel liant. Le bouchon de gel adhérent scelle la plaie.
- **ChitoGauze**, un pansement hémostatique à base de chitosane qui fixe le rouge et les plaquettes à la surface du pansement, ce qui permet la coagulation au point de saignement.

Note : Bien que le chitosane soit un dérivé de crustacés, il **NE** provoquera **PAS** de réaction allergique chez les victimes allergiques aux crustacés.

Note : Lors du pansement de plaies plus importantes, plusieurs pansements hémostatiques ou gazes peuvent être nécessaires pour contrôler le saignement. Si le saignement ne s'est pas arrêté, retirez le matériau de pansement hémostatique précédent et remplacez-le par un nouveau pansement hémostatique, si celui-ci est disponible. Appliquez une gaze supplémentaire et exercez une pression (pendant au moins 3 minutes) jusqu'à ce que le saignement ait cessé. Prenez garde à la reprise des saignements.

DIAPOSITIVE 22 - PANSEMENT HÉMOSTATIQUE (SUITE)

Si les pansements hémostatiques doivent être appliqués sur les plaies des membres, lorsque la source du saignement est trop haute sur le membre pour permettre l'application d'un garrot, par exemple au **cou**, à l'**aisselle** et à l'**aîne**, ils **NE** doivent **PAS** être appliqués dans l'**abdomen** ou dans la **poitrine**.

Pour les hémorragies compressibles (externes) **qui ne se prêtent pas à la pose d'un garrot sur un membre** (dans les endroits où un garrot ne peut pas être appliqué efficacement, comme le **cou**, l'**aisselle** et l'**aîne**), utilisez un pansement hémostatique recommandé par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

Même si les pansements hémostatiques contiennent des agents hémostatiques actifs, une pression directe **doit être appliquée** pendant au moins 3 minutes.



DIAPOSITIVE 23 - PANSEMENT DE LA PLAIE NE pansez PAS aveuglément une plaie.

Efforcez-vous de localiser la source du saignement et appliquez immédiatement une pression directe tout en vous munissant de gaze.

Lorsque vous pansez une plaie avec de la gaze, maintenez une pression directe et **constante** sur la source du saignement pendant 90 secondes. Une fois le pansement appliqué, maintenez une pression directe sur la gaze au-dessus de la plaie pendant au **moins 3 minutes**. Ensuite, observez attentivement si le sang continue à s'écouler sous la gaze pour déterminer si le saignement a été contrôlé. Une fois que vous êtes sûr(e) que le saignement a cessé, appliquez un bandage compressif sur le pansement hémostatique.



DIAPOSITIVE 24 - RE-PANSEMENT DE LA PLAIE EN CAS D'ÉCHEC DU CONTRÔLE

Si le saignement n'a pas été arrêté, **retirez le pansement hémostatique ou le matériau de pansement**. Procédez immédiatement au re-pansement à l'aide d'un nouveau pansement hémostatique, si celui-ci est disponible. Chaque pansement fonctionne différemment ; par conséquent, 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 peut être appliqué.

Il est également possible d'appliquer des pansements hémostatiques ou non hémostatiques supplémentaires par-dessus le premier pansement. Appliquez une gaze



supplémentaire et exercez une pression **pendant au moins 3 minutes**, jusqu'à ce que le saignement ait cessé. Prenez garde à la reprise des saignements.

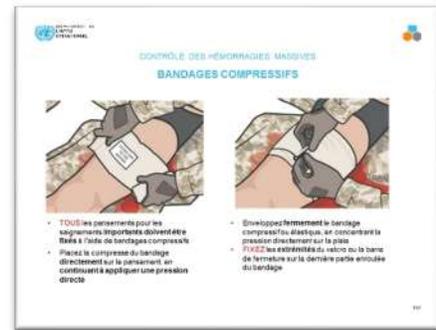
NOTE : Lors du pansement de plaies plus importantes, plusieurs pansements hémostatiques ou gazes peuvent être nécessaires pour contrôler le saignement.

DIAPOSITIVE 25 - BANDAGES COMPRESSIONNELS

Une fois que le saignement a été contrôlé à l'aide d'un pansement hémostatique ou d'un matériau de pansement, vous devez maintenir une pression sur la plaie.

Placez le pansement compressif directement sur le pansement hémostatique ou sur le matériau de pansement et enroulez-le autour du membre, en veillant à couvrir la totalité de la plaie et de la gaze précédemment appliquée.

Veillez à fixer la queue du pansement compressif soit à l'aide de crochets, soit en effectuant un nœud. Collez du ruban adhésif sur les deux extrémités pour qu'elles ne se détachent pas.



DIAPOSITIVE 26 - ÉVALUATION DU BANDAGE COMPRESSIONNEL

1. Les bandages compressifs ne doivent pas avoir un effet de garrot.
2. S'il n'y a pas de pouls sous le bandage compressif, celui-ci a été appliqué trop serré et doit être desserré puis resserré.
3. D'autres signes peuvent indiquer que le bandage compressif a été appliqué trop serré : la couleur de la peau, qui prend une teinte bleutée, la peau peut être **froide au toucher** ou la victime se plaint d'un **engourdissement** de l'extrémité située sous le bandage.



Rappelez-vous : RÉÉVALUEZ tous les bandages après que la victime a été déplacée.

DIAPOSITIVE 27 - BANDAGE COMPRESSIONNEL POUR LE CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES MASSIVES (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 28 - ANATOMIE JONCTIONNELLE

Il s'agit d'un concept clé que l'assistant médical sur le terrain apprenant doit comprendre.

Les zones qui **NE** se prêtent **PAS** à la pose de garrots aux extrémités sont le cou, l'aisselle (creux du bras), l'aîne et la région du périnée. Ces zones sont connues sous le nom de zones « **JONCTIONNELLES** » et il est difficile d'en arrêter les saignements, même si les vaisseaux sont plus gros que dans les extrémités.

****Demandez aux apprenants de situer les zones jonctionnelles sur le corps de leurs camarades.**



DIAPOSITIVE 29 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE DU COU

Pansez soigneusement la plaie à l'aide d'un pansement hémostatique en utilisant vos doigts pour vous assurer que la gaze est tassée dans toutes les parties de la plaie.

La plaie doit être suffisamment tassée pour que la **gaze dépasse de 5 à 8 centimètres la surface de la peau**. Exercez une pression directe et continue **pendant 3 minutes**, et maintenez la pression tout au long de l'application du pansement. Appliquez un pansement compressif par-dessus la gaze.

Enroulez la queue sous l'aisselle du côté non blessé, continuez à l'enrouler autour du bras du côté blessé. Enfin, une fois le dernier tour effectué, la bande doit être attachée à la queue du bandage sur le cou pour exercer une pression.

NOTE : Si le bandage est muni d'une barre de pression, tirez fermement sur le bandage et retournez-le sur le dessus de la barre de pression en le forçant à descendre sur la compresse.



DIAPOSITIVE 30 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE DU COU (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 31 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE AXILLAIRE

En cas de suspicion de plaie « axillaire », d'hémorragie compressible (externe) *ne se prêtant pas à la pose d'un garrot* :

1. Exposez la plaie pour l'évaluer (ne retirez que l'équipement nécessaire).
2. Efforcez-vous de localiser la source du saignement et appliquez immédiatement une pression directe tout en vous munissant de gaze.
3. Pansez soigneusement la plaie à l'aide d'un pansement hémostatique en utilisant vos doigts pour vous assurer que la gaze est tassée dans toutes les parties de la plaie. **NE pansez PAS aveuglément une plaie.**
4. Lorsque vous pansez une plaie avec de la gaze, maintenez une pression directe et **constante** sur la source du saignement pendant 90 secondes. La plaie doit être suffisamment tassée pour que la **gaze dépasse de 5 à 8 centimètres la surface de la peau.**
5. Une fois le pansement appliqué, maintenez une pression directe sur la gaze au-dessus de la plaie pendant au **moins 3 minutes.**
6. Ensuite, observez attentivement si le sang continue à s'écouler sous la gaze pour déterminer si le saignement a été contrôlé.
7. Une fois que vous êtes sûr que le saignement s'est arrêté, appliquez un bandage compressif sur le pansement hémostatique et enroulez l'extrémité longue autour de l'épaule blessée à deux reprises en veillant à ce que la gaze en dessous soit complètement couverte, puis enroulez le bandage élastique en travers de l'aisselle opposée, derrière et sous celle-ci, et ancrez-la autour de l'épaule opposée en formant un « 8 ».
8. Enfin, fixez le bandage. Cela dépendra du type de bandage utilisé (soit une barre de fermeture, soit des extrémités de foulard) ; enroulez ensuite la bande au moins 10 fois.
9. Passez la partie supérieure du bras du côté blessé vers le côté de la poitrine pour ajouter de la pression sur le pansement.



DIAPOSITIVE 32 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE AXILLAIRE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

1. Garrot jonctionnel SAM



DIAPOSITIVE 33 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE À L'AIDE D'UN DISPOSITIF D'APPLICATION DE PRESSION

Un **dispositif d'application de pression** peut être nécessaire pour appliquer une pression supplémentaire et ciblée afin de contrôler l'hémorragie inguinale (de l'aîne).

Pour les blessures à l'aîne recouvertes de pansements hémostatiques, utilisez un dispositif improvisé d'application de pression jonctionnelle pour fixer le pansement.

Un dispositif d'application de pression est fabriqué à l'aide de matériaux improvisés, tels qu'une chaussure ou une botte, une bouteille d'eau pleine ou une gourde, et vise à appliquer une pression supplémentaire sur la plaie après l'avoir recouverte.

Placez le dispositif d'application de pression au niveau du canal inguinal tout en maintenant une pression continue sur le pansement.

Fixez-le ensuite à l'aide d'un garrot, qui est enroulé sur les hanches, le guindeau ou le cliquet étant placé directement sur le dispositif improvisé et serré pour ajouter une pression supplémentaire. Vous pouvez avoir besoin de relier deux garrots lorsque vous improvisez un dispositif d'application de pression.

Rappelez-vous : Il s'agit de vaisseaux sanguins plus gros, qui nécessitent une pression plus importante (et plus ciblée) que celle qui peut être appliquée à l'aide d'un simple pansement compressif.

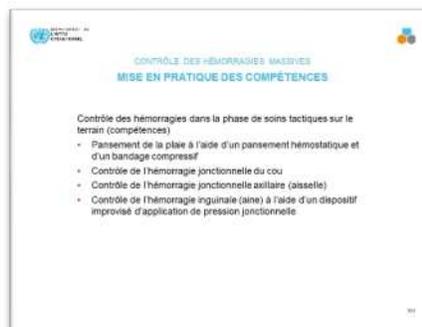
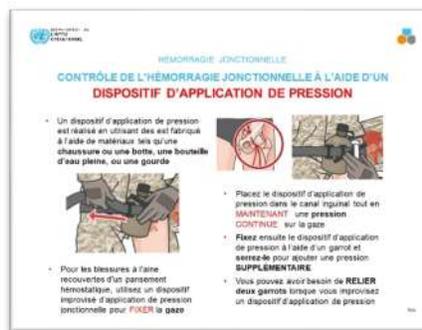
DIAPOSITIVE 34 - CONTRÔLE DE L'HÉMORRAGIE JONCTIONNELLE INGUINALE À L'AIDE D'UN DISPOSITIF D'APPLICATION DE PRESSION IMPROVISÉ (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

DIAPOSITIVE 35 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

1. Pansement de la plaie à l'aide d'un pansement hémostatique et d'un bandage compressif
2. Contrôle de l'hémorragie jonctionnelle du cou
3. Contrôle de l'hémorragie jonctionnelle axillaire (aisselle)

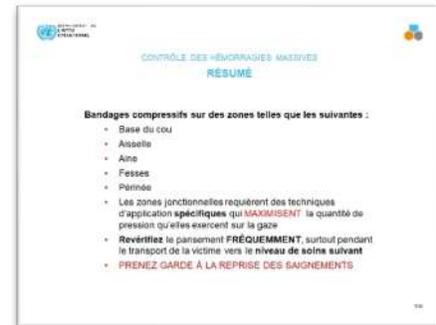


4. Contrôle de l'hémorragie inguinale (aine) à l'aide d'un dispositif improvisé d'application de pression jonctionnelle

DIAPOSITIVE 36 - RÉSUMÉ

L'aide médicale tactique sur le terrain est divisée en quatre rôles de soins.

Nous avons couvert quatre objectifs d'apprentissage habilitants cognitifs et quatre objectifs d'apprentissage habilitants de performance qui vous ont appris à contrôler une hémorragie massive dans la phase de soins tactiques sur le terrain.



RAPPELEZ-VOUS : Les saignements massifs (Massive bleeding) sont votre priorité n° 1 dans le traitement des victimes.

Voici quelques-uns des outils dont vous disposez :

1) la pression directe, 2) la gaze et autres pansements, 3) les garrots recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain, 4) les dispositifs d'application de pression, et 5) les pansements hémostatiques et les bandages de pression.

Vous connaissez à présent la différence entre un garrot méthodique et un garrot hâtif, et vous savez où les appliquer et comment éviter les erreurs et les pièges courants. Vous avez appris qu'un « garrot improvisé » **NE** doit être utilisé **QU'**en **DERNIER** recours... il **NE** fonctionne **PAS**.

Chacun d'entre vous devrait avoir eu la possibilité d'appliquer un garrot « avec guindeau ». Qu'avez-vous appris en appliquant ces garrots ? Nous avons abordé la technique correcte de mise en place d'un « pansement hémostatique », l'application d'une pression directe et l'application correcte d'un bandage compressif dans toutes les zones anatomiques.

Que faites-vous si le pansement hémostatique que vous avez appliqué montre une reprise du saignement ? Nous avons appris que certaines zones **NE** se prêtent **PAS** à la pose d'un garrot sur un membre. Où sont situées ces zones ?

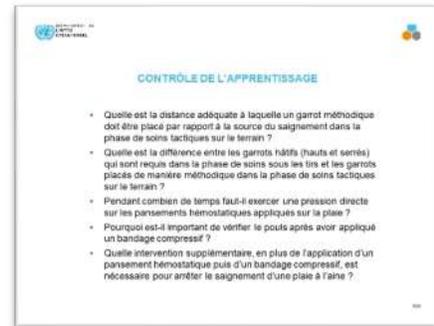
Chacun d'entre vous devrait avoir eu la possibilité de pratiquer 1) le pansement de la plaie à l'aide d'un pansement hémostatique et d'un bandage compressif, 2) le contrôle de l'hémorragie jonctionnelle du cou, 3) le contrôle de l'hémorragie jonctionnelle axillaire (aisselle) et 4) le contrôle de l'hémorragie inguinale (aine) à l'aide d'un dispositif improvisé d'application de pression jonctionnelle.

DIAPOSITIVE 37 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quelle est la distance adéquate à laquelle un garrot méthodique doit être placé par rapport à la source du saignement dans la phase de soins tactiques sur le terrain ?
 - Cinq à 8 centimètres au-dessus de la source du saignement
2. Soulignez la différence entre les garrots (hâtifs) hauts et serrés nécessaires dans la phase de soins sous les tirs et les garrots placés de manière méthodique dans la phase de soins tactiques sur le terrain.
 - Un garrot (hâtif) haut et serré est placé au-dessus des vêtements, aussi haut que possible sur l'extrémité. Un garrot méthodique est appliqué après l'exposition de la plaie, à une distance de 5 à 8 centimètres au-dessus de la source du saignement.
 - Les garrots (hâtifs) hauts et serrés sont appliqués pendant la phase de soins sous les tirs, et les garrots méthodiques sont appliqués pendant la phase de soins tactiques sur le terrain.
3. Pendant combien de temps faut-il exercer une pression directe sur les pansements hémostatiques appliqués sur la plaie ?
 - 2 minutes
4. Pourquoi est-il important de vérifier le pouls après avoir appliqué un bandage compressif ?
 - Si le bandage est trop serré, il peut bloquer la circulation et doit par conséquent être desserré
5. Quelle intervention supplémentaire, en plus du pansement hémostatique et du bandage compressif, est nécessaire pour arrêter le saignement d'une plaie à l'aîne ?
 - L'application d'un dispositif d'application de pression est nécessaire pour fixer le pansement



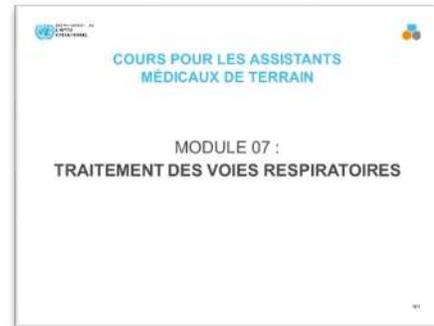
DIAPOSITIVE 38 - QUESTIONS



MODULE 07

TRAITEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain repose sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.



Le module comporte un objectif d'apprentissage terminal. L'objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants.

1. Démonstration de l'ouverture des voies respiratoires à l'aide de la manœuvre d'inclinaison de la tête, de soulèvement du menton ou de poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant.
2. Démonstration de la mise en position latérale de sécurité d'une victime dans la phase de soins tactiques sur le terrain.
3. Démonstration de l'insertion d'une voie respiratoire nasopharyngée dans la narine d'une victime dans la phase de soins tactiques sur le terrain.
4. Description de la technique de ventilation d'une victime à l'aide d'un ballon-masque à valve dans la phase de soins tactiques sur le terrain.

Les aspects essentiels sont l'identification des signes d'une obstruction des voies respiratoires potentiellement mortelle et l'importance d'une intervention rapide, ainsi que la démonstration des interventions appropriées pour traiter l'obstruction des voies respiratoires conformément aux directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

DIAPOSITIVE 4 - « MARCH PAWS »

Le traitement des voies respiratoires correspond au « A » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 5 - TRAITEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Rappelez-vous : Si une victime est consciente et peut parler normalement, il n'y a pas d'obstruction des voies respiratoires.

L'obstruction des voies respiratoires sur le champ de bataille est souvent due à un traumatisme maxillo-facial (traumatisme du visage et de la mâchoire).

Les victimes inconscientes peuvent également subir une obstruction de leurs voies respiratoires lorsque les muscles de leur langue se relâchent, ce qui fait que la langue bloque les voies respiratoires en glissant vers l'arrière de la bouche et en couvrant l'ouverture de la trachée.

Il est souvent facile de remédier à l'obstruction des voies respiratoires sur le champ de bataille à l'aide de manœuvres simples.



DIAPOSITIVE 6 - IDENTIFIER DES VOIES RESPIRATOIRES OBSTRUÉES

L'obstruction des voies respiratoires sur le champ de bataille est souvent due à un traumatisme maxillo-facial, qui peut inclure une perturbation de l'anatomie des voies respiratoires ou un saignement dans les voies respiratoires.

La victime peut indiquer qu'elle est en détresse ou émettre des bruits de ronflement ou de gargouillement.

Si vous voyez quelque chose dans la bouche de la victime (comme un corps étranger, des dents déchaussées, un dentier, un os du visage ou des vomissements) qui pourrait bloquer ses voies respiratoires, utilisez vos doigts pour effectuer un balayage afin de retirer le corps le plus rapidement possible.

N'effectuez pas de balayage aveugle des doigts si vous ne voyez aucun corps étranger dans la bouche de la victime.



DIAPOSITIVE 7 - CHEZ UNE VICTIME QUI NE PRÉSENTE PAS D'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES CAUSÉE PAR UN CORPS ÉTRANGER, VOUS POUVEZ EFFECTUER LES MANŒUVRES SUIVANTES

Les victimes inconscientes peuvent également subir une obstruction de leurs voies respiratoires, car les muscles de leur langue peuvent s'être relâchés, ce qui fait que la



langue bloque les voies respiratoires en glissant vers l'arrière de la bouche et en couvrant l'ouverture de la trachée.

Le recours à la manœuvre d'inclinaison de la tête, de soulèvement du menton ou de poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant pour éloigner la langue de la trachée et ouvrir les voies respiratoires peut permettre à la victime de recommencer à respirer toute seule.

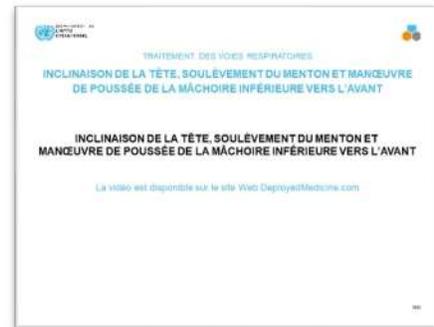
Si vous pensez que la victime a subi une blessure au cou ou à la colonne vertébrale, utilisez la méthode de la poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant. Si la victime ne peut pas maintenir ses voies respiratoires ouvertes, un deuxième intervenant peut être nécessaire pour l'aider à maintenir ses voies respiratoires ouvertes.

DIAPOSITIVE 8 - MANŒUVRE D'INCLINAISON DE LA TÊTE, DE SOULÈVEMENT DU MENTON ET DE POUSSÉE DE LA MÂCHOIRE INFÉRIEURE VERS L'AVANT (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

Inspectez la bouche pour vérifier l'absence de blessures, de brûlures ou de corps étrangers.

N'effectuez pas de balayage aveugle si vous ne visualisez aucun corps étranger.



DIAPOSITIVE 9 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Manœuvre d'inclinaison de la tête, de soulèvement du menton et de poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant.



DIAPOSITIVE 10 - TRAITEMENT DES VOIES RESPIRATOIRES

Si la victime respire seule mais est inconsciente ou semi-consciente, et qu'il n'y a pas d'obstruction des voies respiratoires, la meilleure façon de poursuivre l'assistance respiratoire est d'utiliser une voie respiratoire nasopharyngée.



Une voie respiratoire nasopharyngée peut aider une victime inconsciente ou consciente à maintenir l'ouverture de ses voies respiratoires si elle respire par elle-même.

Également connue sous le nom de « tuyau nasal » ou de « trompette nasale », la voie respiratoire nasopharyngée est bien tolérée par les victimes conscientes tout comme inconscientes et ne risque pas de stimuler leur réflexe nauséux.

Une voie respiratoire nasopharyngée permet d'ouvrir (de libérer) les voies respiratoires et d'empêcher la langue de tomber à l'arrière de la bouche et de bloquer les voies respiratoires, même si la langue d'une victime inconsciente se détend et recouvre partiellement ses voies respiratoires normales.

N'utilisez pas de voie respiratoire nasopharyngée si un liquide clair s'écoule des oreilles ou du nez. Il peut s'agir de liquide céphalo-rachidien, signe d'une possible fracture du crâne.

La voie respiratoire nasopharyngée doit être insérée dans la narine. Si vous ne pouvez pas l'insérer dans une narine, insérez-la dans l'autre narine. Veillez à utiliser un lubrifiant.

DIAPOSITIVE 11 - INSERTION DE LA VOIE RESPIRATOIRE NASOPHARYNGÉE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 12 - POSITIONNEMENT DES VICTIMES

Placez les victimes inconscientes en position latérale de sécurité après vous être assuré que leurs voies respiratoires sont ouvertes et avoir effectué tous les traitements nécessaires.

La position latérale de sécurité permet au sang et au mucus de s'écouler par le nez et par la bouche de la victime et de ne pas revenir dans les voies respiratoires.

La position latérale de sécurité permet également d'empêcher la victime, si elle vomit, d'inhaler ses vomissures.



DIAPOSITIVE 13 - MAINTIEN DES VOIES RESPIRATOIRES OUVERTES / POSITION LATÉRALE DE SÉCURITÉ

Si une victime peut respirer par elle-même, laissez-la adopter la meilleure position (position de confort) pour lui permettre de respirer, y compris la position assise.



DIAPOSITIVE 14 - VICTIME INCAPABLE DE RESPIRER PAR ELLE-MÊME

Si une victime **ne respire pas par elle-même**, prévenez un infirmier de combat dès que possible.

L'infirmier devra aider la victime à respirer à l'aide d'un dispositif de ballon-masque à valve.

Le personnel médical peut demander à l'assistant médical sur le terrain de l'aider à ventiler une victime en utilisant le ballon-masque à valve.



DIAPOSITIVE 15 - BALLON-MASQUE À VALVE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

Si l'on constate une réduction des respirations, il convient de fournir une assistance ventilatoire à l'aide d'un ballon-masque à valve.

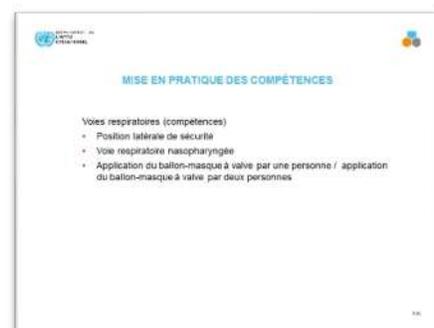
Le personnel médical peut vous demander de l'aider à ventiler une victime en utilisant le ballon-masque à valve.



DIAPOSITIVE 16 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE VOIES RESPIRATOIRES

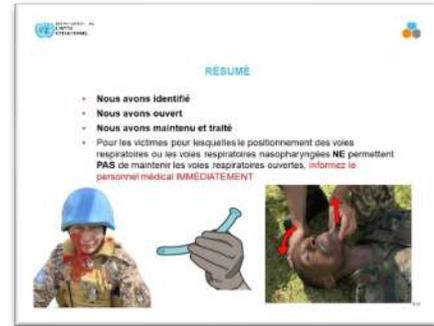
À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Position latérale de sécurité
- Voie respiratoire nasopharyngée
- Application du ballon-masque à valve par une personne ou par deux personnes



DIAPOSITIVE 17 - RÉSUMÉ

L'identification et le traitement rapides de l'obstruction des voies respiratoires sont essentiels et peuvent être réalisés, dans la plupart des cas, à l'aide de manœuvres ou d'interventions simples effectuées par un assistant médical sur le terrain dans la phase de soins tactiques sur le terrain.

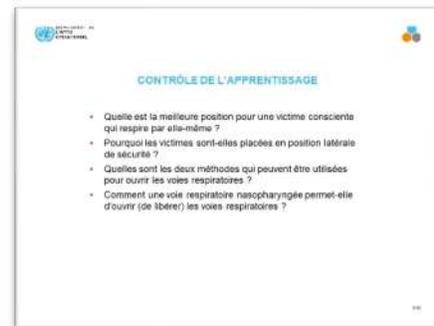


DIAPOSITIVE 18 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quelle est la meilleure position pour une victime consciente qui respire par elle-même ?
 - Une position confortable de leur choix qui leur permet de respirer, y compris la position assise.
2. Pourquoi les victimes sont-elles placées en position latérale de sécurité ?
 - La position latérale de sécurité permet au sang et au mucus de s'écouler par le nez et par la bouche de la victime et de ne pas revenir dans les voies respiratoires. Cette position permet également d'empêcher la victime, si elle vomit, d'inhaler ses vomissures.
3. Quelles sont les deux méthodes qui peuvent être utilisées pour ouvrir les voies respiratoires ?
 - La méthode de l'inclinaison de la tête et du soulèvement du menton.
 - La méthode de la poussée de la mâchoire inférieure vers l'avant.
4. Comment une voie respiratoire nasopharyngée permet-elle d'ouvrir (de libérer) les voies respiratoires ?
 - Une voie respiratoire nasopharyngée permet d'ouvrir (de libérer) les voies respiratoires en empêchant la langue de tomber à l'arrière de la bouche et de bloquer les voies respiratoires, même si la langue d'une victime inconsciente se détend et recouvre partiellement ses voies respiratoires normales.



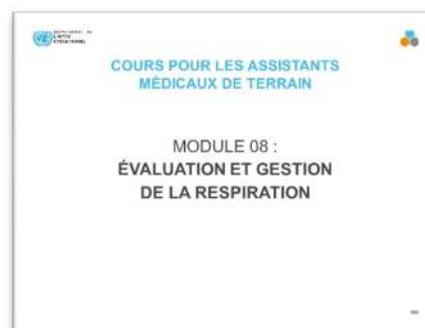
DIAPOSITIVE 19 - QUESTIONS



MODULE 08

ÉVALUATION ET GESTION DE LA RESPIRATION DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE
DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE
TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC) est construit sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.

Le module comporte un objectif d'apprentissage terminal. L'objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants.



DIAPOSITIVE 4 - « MARCH PAWS »

L'évaluation de la respiration correspond au « R » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 5 - APERÇU DE LA RESPIRATION (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 6 - BLESSURE THORACIQUE POTENTIELLEMENT MORTELLE

La détresse respiratoire signifie une difficulté à respirer.

La victime a du mal à faire entrer ou sortir l'air ou sa respiration est inefficace.

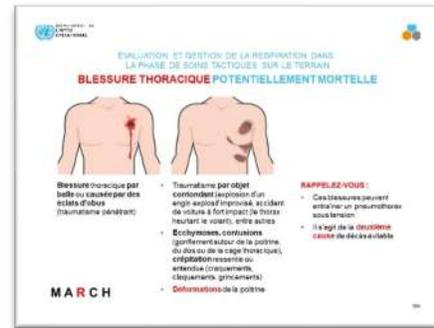
Il peut s'agir de la conséquence d'une blessure fermée ou pénétrante.



DIAPOSITIVE 7 - BLESSURE THORACIQUE POTENTIELLEMENT MORTELLE

S'il peut être facile de détecter une blessure par balle ou par éclats d'obus au niveau de la poitrine, il est important d'évaluer les victimes pour détecter d'autres blessures, telles que des contusions, des gonflements ou d'autres déformations de la poitrine qui ne sont généralement pas visibles si l'on ne leur retire pas leurs vêtements.

Ces blessures peuvent être le signe de futurs problèmes respiratoires potentiellement mortels.



DIAPOSITIVE 8 - IDENTIFICATION D'UN PNEUMOTHORAX SOUS TENSION

Le pneumothorax sous tension est dû à un traumatisme important du torse (de la poitrine) ou à un traumatisme par effet de souffle qui entraîne une détresse respiratoire grave et progressive.



DIAPOSITIVE 9 - IDENTIFICATION DES SIGNES ET DES SYMPTÔMES D'UN PNEUMOTHORAX OUVERT DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Dans le cas d'un pneumothorax ouvert, également appelé plaie thoracique aspirante, l'air pénètre dans l'espace pleural autour du poumon par une plaie dans la paroi thoracique.

Le poumon élastique se dégonfle et s'éloigne de la paroi thoracique. Lors de l'inspiration, l'air entre désormais dans le thorax PAR LE TROU et non plus DANS LES POUMONS par les voies respiratoires normales de la bouche et du nez. Par conséquent, le poumon affecté ne peut pas être entièrement regonflé par l'inhalation.

Il faut généralement un trou dans le thorax de la **taille d'une pièce de 5 cents américains ou plus** pour générer une plaie thoracique aspirante.

Toutes les plaies thoraciques ne sont pas des plaies thoraciques aspirantes ; certaines ne pénètrent pas suffisamment profondément pour atteindre la cavité pulmonaire.



DIAPOSITIVE 10 et DIAPOSITIVE 11 - JOINTS THORACIQUES VENTILÉS ET NON VENTILÉS

Familiarisez-vous avec les fournitures contenues dans votre trousse de premiers secours pour les camarades de combat et dans la trousse de traumatologie des Nations Unies. Les joints thoraciques ventilés sont à privilégier.

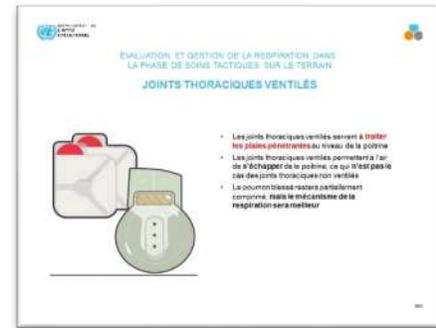
Les plaies thoraciques pénétrantes (plaies thoraciques ouvertes ou aspirantes) sont traitées grâce à l'application d'un joint thoracique.

Une fois qu'une plaie a été obturée à l'aide d'un joint thoracique, l'air ne peut plus entrer (ou sortir) de l'espace pleural par la plaie de la paroi thoracique.

Le poumon blessé restera partiellement comprimé, mais la mécanique de la respiration sera meilleure.

Continuez à surveiller la victime après un traitement à l'aide d'un joint thoracique. Si l'état de la victime s'aggrave, il faut suspecter un pneumothorax sous tension.

Il peut être utile d'aérer ou de retirer le pansement ; sinon, une décompression thoracique à l'aiguille peut être nécessaire.



DIAPOSITIVE 12 - POSITIONNEMENT APRÈS LE TRAITEMENT

Si la victime est inconsciente, placez-la en position latérale de sécurité. Si la victime est consciente, permettez-lui d'adopter la position assise si cela rend sa respiration plus confortable.



DIAPOSITIVE 13 - TRAITEMENT D'UN PNEUMOTHORAX OUVERT À L'AIDE D'UN JOINT THORACIQUE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 14 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Joint thoracique



DIAPOSITIVE 15 - PNEUMOTHORAX SOUS TENSION DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Lorsqu'un **pneumothorax sous tension** se développe, l'air entre dans la cavité thoracique par la plaie à chaque inspiration, mais il ne sort pas à l'expiration, et reste emprisonné.

Chaque respiration ajoute de l'air à l'espace d'air situé à l'intérieur de la cage thoracique et à l'extérieur du poumon, et la pression à l'intérieur de la poitrine s'accroît.

Le tissu pulmonaire lésé agit comme une valve à sens unique, emprisonnant de plus en plus d'air entre le poumon et la paroi thoracique.

La pression s'accumule et peut potentiellement comprimer les deux poumons et le cœur.

En cas de pneumothorax sous tension, la fonction pulmonaire et la fonction cardiaque sont toutes deux altérées, ce qui entraîne une détresse respiratoire et un état de choc. La pression d'air élevée **À L'EXTÉRIEUR** du poumon comprimé dans un pneumothorax sous tension peut altérer la fonction des deux poumons et du cœur en les empêchant de se dilater normalement. Cela PEUT tuer la victime.



DIAPOSITIVE 16 - EXAMINER LA POSSIBILITÉ D'UN PNEUMOTHORAX SOUS TENSION DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

Les signes d'un **pneumothorax sous tension** comprennent des signes précoces et tardifs.

Les premiers signes à rechercher sont les suivants :

1. Difficultés accrues à respirer
2. Respiration rapide ou superficielle (comme si la personne était à bout de souffle)
 1. et incapable de prendre une respiration profonde)
 2. Anxiété



3. Agitation
4. Appréhension
5. Diminution du niveau de conscience ou inconscience

Les signes tardifs peuvent ne pas être visibles ou ne l'être que lorsque l'état de la victime s'est aggravé. Parmi les **signes tardifs** qui indiquent une progression du pneumothorax sous tension figurent les suivants : veines du cou saillantes (distendues) et déviation trachéale (déplacement de la trachée vers la droite ou vers la gauche).

Ces signes peuvent être difficiles à évaluer dans une situation de combat. Vous devez **être attentif** à la possibilité d'un pneumothorax sous tension chaque fois qu'une victime présente une plaie pénétrante ou une autre plaie thoracique. Par conséquent, le seul critère pour suspecter un pneumothorax sous tension est une plaie thoracique accompagnée d'une difficulté respiratoire croissante.

Il est important d'évaluer les victimes pendant la phase de soins tactiques sur le terrain pour détecter les signes précoces et tardifs de pneumothorax sous tension. Comme le contrôle des saignements, le pneumothorax sous tension peut être traité. S'il n'est pas traité, un pneumothorax sous tension peut entraîner une détresse respiratoire grave, un état de choc, et la mort.

Le **traitement** consiste à laisser s'échapper l'air emprisonné sous pression en insérant une aiguille dans la poitrine.

Après le traitement initial par l'assistant médical sur le terrain, les deux types de blessures thoraciques (plaies thoraciques aspirantes et pneumothorax sous tension) nécessiteront une évaluation plus poussée par le personnel médical et une évacuation.

DIAPOSITIVE 17 - ÉCHEC DU TRAITEMENT OU RÉCIDIVE DU PNEUMOTHORAX SOUS TENSION

Si le traitement initial du pneumothorax sous tension par décompression thoracique à l'aiguille échoue ou si les symptômes réapparaissent après un traitement réussi, il faut tenter une deuxième décompression thoracique à l'aiguille.

Si aucune amélioration n'est constatée après la deuxième décompression thoracique à l'aiguille, procédez à l'évaluation et au traitement de la circulation en suivant le protocole « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 18 - TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX SOUS TENSION

Le traitement consiste à laisser s'échapper l'air emprisonné sous pression en insérant une aiguille dans la poitrine. C'est ce que l'on appelle la décompression thoracique à l'aiguille.

Le dispositif utilisé pour effectuer une décompression thoracique à l'aiguille est un dispositif de cathéter à aiguille interne qui se trouve dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat.

La décompression thoracique à l'aiguille peut être réalisée soit dans l'espace entre les deuxième et troisième côtes sur le devant de la poitrine (loin du milieu de la poitrine, à l'extérieur de la ligne du mamelon, pour éviter le cœur), soit sur le côté de la poitrine, entre les cinquième et sixième côtes.

- Utilisez un cathéter à aiguille d'une longueur de 76 mm, de calibre 10 ou de calibre 14.
- Deux options d'emplacement où effectuer la décompression thoracique à l'aiguille
 - 2^e espace intercostal sur la ligne médio-claviculaire
 - 5^e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure
- Prenez garde au placement de l'aiguille pour éviter le cœur et les artères
- Nettoyez la zone
- Placez l'aiguille perpendiculairement au corps
- Maintenez le dispositif en place pendant 5 à 10 secondes avant de retirer l'aiguille et de laisser le cathéter
- Consignez toutes les interventions sur la fiche de blessé



DIAPOSITIVE 19 - POSITIONNEMENT APRÈS LE TRAITEMENT

Si la victime est inconsciente, placez-la en position latérale de sécurité. Si la victime est consciente, permettez-lui d'adopter la position assise si cela rend sa respiration plus confortable.



DIAPOSITIVE 20 - DÉCOMPRESSION THORACIQUE À L'AIGUILLE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 21 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

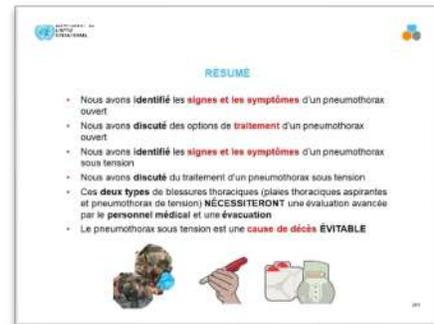
À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Décompression thoracique à l'aiguille



DIAPOSITIVE 22 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé l'évaluation et la gestion de la respiration dans la phase de soins tactiques sur le terrain. Nous avons identifié les signes et les symptômes d'un pneumothorax ouvert et d'un pneumothorax sous tension, ainsi que la manière de traiter l'un et l'autre. Nous avons souligné que le pneumothorax sous tension est une cause de décès évitable. Nous avons également souligné la nécessité pour le personnel médical de procéder à une évaluation poussée de ces types de blessures thoraciques, ainsi que la nécessité d'une évacuation.



DIAPOSITIVE 23 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Qu'est-ce qu'un pneumothorax sous tension ?
 - Lorsqu'un pneumothorax sous tension se développe, l'air entre dans la cavité thoracique par la plaie à chaque inspiration, mais il ne sort pas à l'expiration et demeure emprisonné, de sorte que chaque respiration ajoute de l'air dans l'espace d'air à l'intérieur de la cage thoracique et à l'extérieur du poumon ; la pression à l'intérieur de la poitrine s'accumule et provoque la compression du poumon. Le tissu pulmonaire lésé agit comme une valve à sens unique, emprisonnant de plus en plus d'air entre le poumon et la paroi thoracique. La pression s'accumule et comprime les deux poumons et le cœur.
2. Comment traiter une plaie thoracique ouverte ?
 - Il convient de traiter les plaies thoraciques ouvertes en appliquant un joint thoracique ventilé sur la totalité de la plaie pendant l'expiration.
3. Que devez-vous faire si vous suspectez un pneumothorax sous tension chez une victime ?



- Si un joint thoracique est en place, aérez-le. S'il n'y a pas d'amélioration après avoir aéré le joint, effectuez une décompression thoracique à l'aiguille.

DIAPOSITIVE 24 - QUESTIONS



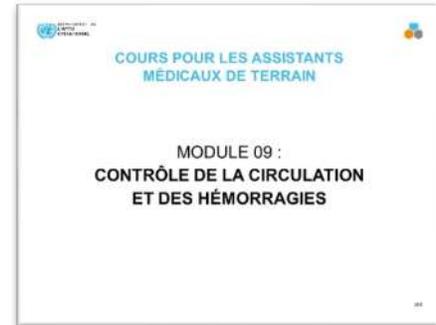
MODULE 09

CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE

Bonjour, je m'appelle (insérer ici) et je serai votre formatrice principale / formateur principal pour le module 9 : Contrôle de la circulation et des hémorragies dans le contexte des soins tactiques sur le terrain.

Avant de commencer, avez-vous des questions ?



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.

Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.



DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain repose sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.

Ce module comporte **un objectif d'apprentissage terminal**. L'objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain est organisée en phases de soins qui commencent au moment de la blessure. Ces phases sont pertinentes pour les scénarios de traumatismes au combat et sans combat :

1. Les **soins sous les tirs ou les soins sous la menace** correspondent à l'aide apportée sur les lieux du traumatisme alors qu'une menace active persiste. L'équipement médical disponible se limite à celui porté par une personne ou trouvé dans une trousse de premiers secours à proximité. L'hémorragie massive est la seule priorité médicale qui requiert votre attention pendant cette phase, car vous êtes en train de gérer activement une menace continue dans une situation potentiellement chaotique et dangereuse.
2. Les **soins tactiques sur le terrain** sont les soins dispensés une fois que la menace a été neutralisée, que les lieux ont été sécurisés ou que la victime s'est ou a été déplacée hors de la situation de menace immédiate. Au cours de cette phase, une évaluation rapide de la victime doit être effectuée. Le contrôle de l'hémorragie doit être évalué ou réévalué, et les problèmes relatifs aux voies respiratoires ou à la respiration doivent être traités. Les autres blessures telles que les brûlures, les fractures, les traumatismes oculaires et les blessures à la tête doivent ensuite être identifiées et traitées. Les équipements médicaux sont encore limités. Le délai d'arrivée du personnel médical ou de l'équipe d'évacuation peut varier considérablement, en fonction de la situation tactique, entre autres.
3. Les **soins tactiques en évacuation** sont les soins dispensés pendant et après le déplacement de la victime en avion, à bord d'un véhicule ou à l'aide d'un autre mode de transport pour l'évacuer vers un niveau de soins supérieur. Lors de cette phase de soins aux victimes, du personnel et des équipements médicaux supplémentaires sont généralement disponibles.



Rappelez-vous : L'objectif de l'aide médicale tactique sur le terrain et le rôle de l'assistant médical sur le terrain consistent à évaluer rapidement les victimes afin d'identifier et de traiter les blessures potentiellement mortelles, et de les maintenir en vie suffisamment longtemps pour leur permettre d'atteindre un niveau de soins médicaux plus élevé.

DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

L'évaluation et la gestion du contrôle des hémorragies dans la phase de soins tactiques sur le terrain correspondent au « C », pour Circulation, dans la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - CONTRÔLE DES HÉMORRAGIES DANS LA PHASE DE SOINS TACTIQUES SUR LE TERRAIN (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

1. Hémorragie non détectée
2. Zones jonctionnelles
3. Garrots recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain
4. Pansements hémostatiques recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain
5. Garrot jonctionnel improvisé
6. Pouls vérifié
7. Réévaluation
8. Fracture(s) pelvienne(s)
9. Résultats rapportés



DIAPOSITIVE 7 - FRACTURES PELVIENNES

Dans la phase de soins tactiques sur le terrain, une autre blessure importante dont la détection requiert une évaluation de la victime est la **fracture pelvienne**.

Les fractures pelviennes peuvent être à l'origine d'un saignement interne massif et influencer sur la circulation, qui correspond au « C » de la séquence « MARCH PAWS ».

Une fracture pelvienne peut être suspectée si les blessures de la victime ont été causées par un objet contondant ou par effet de souffle et qu'**UN OU PLUSIEURS** des signes physiques suivants, suggérant une fracture pelvienne, sont visibles :



- Douleur pelvienne
- Amputation majeure d'un membre inférieur OU amputations proches d'un membre inférieur
- Déformations pelviennes, blessures pénétrantes ou contusions à proximité du bassin
- Instabilité ou crépitations pelviennes, c'est-à-dire une sensation ou un bruit de froissement ou de grincement sous la peau
- Inconscience ou état de choc

Si une fracture pelvienne est suspectée, la victime **DEVRA** faire l'objet d'une évaluation avancée par le personnel médical, et vous devrez informer celui-ci de la possibilité d'une fracture pelvienne dès que possible.

DIAPOSITIVE 8 - RÉÉVALUATION

Le contrôle des hémorragies dans la phase de soins tactiques sur le terrain intervient après le contrôle des saignements massifs qui est effectué dans la phase de soins sous les tirs.

Il est possible que ce dernier **n'ait pas été effectué**, et c'est peut-être la première occasion de s'attaquer aux saignements massifs également, il s'agit donc d'une procédure extrêmement urgente.

La première étape consiste à réévaluer l'efficacité de TOUTES les interventions antérieures de contrôle des hémorragies. Vérifiez la totalité des garrots et des pansements hémostatiques qui ont été appliqués et assurez-vous qu'ils sont bien serrés et efficaces.



DIAPOSITIVE 9 - STRATÉGIES ET LIMITES

Le contrôle précoce d'une hémorragie grave est essentiel. Dans la phase de soins tactiques sur le terrain, les garrots recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain doivent être appliqués directement sur la peau **à une distance de 5 à 8 centimètres au-dessus de la source du saignement**. Cette application diffère du placement haut et serré sur les vêtements auquel il a pu être procédé dans la phase de soins sous les tirs.

N'oubliez jamais qu'il convient de **RÉÉVALUER FRÉQUEMMENT** les interventions de contrôle de l'hémorragie de la victime pour assurer un contrôle continu de l'hémorragie.

Cela inclut des réévaluations à intervalles fréquents et chaque fois que la victime est déplacée ou que son état change. Surveillez la victime pour détecter les signes d'état de choc.

Vos actions aideront à assurer le contrôle des saignements.

N'OUBLIEZ JAMAIS UN GARROT QUE VOUS AVEZ APPLIQUÉ !



DIAPOSITIVE 10 - PANSEMENT DE LA PLAIE et PANSEMENT COMPRESSIF

La technique correcte pour appliquer un pansement hémostatique à l'aide d'un bandage compressif consiste d'abord à **identifier la source exacte du saignement** et à panser la plaie.

Vous devez panser la plaie à l'aide du pansement hémostatique tout en maintenant une pression directe **CONSTANTE** sur la source du saignement.

Une fois la plaie pansée, vous devez maintenir une pression directe du pansement sur la plaie pendant **3 minutes**. **Ne procédez pas** au contrôle du saignement pendant ces 3 minutes.

Après 3 minutes, si le saignement est contrôlé, vous devez fixer le pansement de la plaie à l'aide d'un bandage compressif. Si le bandage est muni d'une barre de pression, tirez **FERMEMENT** sur le bandage et retournez-le sur le dessus de la barre de pression en le forçant à descendre sur la compresse. S'il n'y a pas de barre de pression, veillez à maintenir la tension pendant que vous enroulez le bandage élastique : la meilleure façon de procéder est de tirer brièvement à plusieurs reprises sur le bandage pendant que vous l'enroulez autour de la plaie.



DIAPOSITIVE 11 - PANSEMENT DE LA PLAIE

Pendant le pansement d'une plaie, maintenez une pression constante et directe sur la source du saignement.

Une fois le pansement appliqué, maintenez une pression directe sur la gaze au-dessus de la plaie pendant au moins 3 minutes. Ensuite, observez attentivement si le sang continue à s'écouler sous la gaze pour déterminer si le saignement a été contrôlé.

Une fois que vous êtes sûr que le saignement a cessé, appliquez un bandage compressif sur le pansement hémostatique.

Si vous avez placé un garrot au-dessus du coude d'une victime, par exemple, vous devez vous attendre à ne pas trouver de pouls au poignet sous ce coude si le garrot a été correctement appliqué, et la plaie ne doit pas émettre de saignement continu.

Assurez-vous qu'aucun saignement continu ne provient des pansements hémostatiques placés précédemment.



DIAPOSITIVE 12 - RÉÉVALUATION DES BANDAGES COMPRESSIFS

Il est également nécessaire de réévaluer les bandages compressifs appliqués précédemment.

Tout d'abord, assurez-vous qu'aucun saignement continu ne s'échappe de la plaie.

Ensuite, vérifiez la circulation **SOUS** le bandage compressif en tâtant le pouls distal (un pouls sous le bandage).

Si la peau **SOUS** le pansement compressif devient froide au toucher, bleuâtre ou engourdie, ou si le pouls sous le pansement compressif a disparu, le bandage compressif est peut-être trop serré.

Si la circulation est **BLOQUÉE** ou **STOPPÉE**, desserrez le bandage et resserrez-le. Les pansements et les bandages doivent être réévalués et vérifiés régulièrement et **À CHAQUE FOIS** qu'une victime est déplacée.



DIAPOSITIVE 13 - SI LE BANDAGE COMPRESSIF EST INEFFICACE

Vous devez vous assurer que le bandage compressif est toujours efficace et que le saignement est toujours contrôlé.

Si le bandage compressif ou le pansement hémostatique est inefficace, **APPLIQUEZ UN GARROT à une distance de 5 à 8 centimètres au-dessus de la source du saignement**, si possible.

S'il est impossible de poser un garrot et que le bandage compressif est inefficace OU imbibé de sang, **REPLACEZ** le pansement compressif par un nouveau pansement hémostatique.

Pansez la plaie à l'aide du pansement hémostatique, en maintenant une pression directe **CONSTANTE** sur la source du saignement pendant **90 SECONDES**, pour que celle-ci soit efficace.



DIAPOSITIVE 14 - BANDAGE COMPRESSIF (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

1. Appliquez correctement le pansement compressif
2. Utilisez le côté stérile sur le dessus du pansement hémostatique
3. Enroulez-le correctement et fixez-le
4. Évaluez la circulation
5. Procédez au traitement des documents



DIAPOSITIVE 15 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Pansement de la plaie à l'aide d'un pansement hémostatique et d'un bandage compressif



DIAPOSITIVE 16 - RÉSUMÉ

Vous devriez à présent comprendre la nécessité de réévaluer toutes les interventions de contrôle des hémorragies qui ont pu être effectuées précédemment. Vous devez également concevoir la nécessité de remplacer ou de réeffectuer toute intervention de contrôle des hémorragies inefficace.

Toutes ces interventions ont pour but de bloquer la poursuite du saignement et d'empêcher la victime d'entrer en état de choc ou de subir une aggravation de celui-ci.

Vous devez fréquemment réévaluer la victime afin de détecter un éventuel état de choc en vérifiant le pouls radial et d'autres signes de contrôle inadéquat de l'hémorragie.

Bien sûr, si ce n'est pas déjà fait, marquez clairement sur TOUS les garrots l'heure de leur pose, et consignez la totalité des observations et des traitements effectués sur la fiche de blessé.

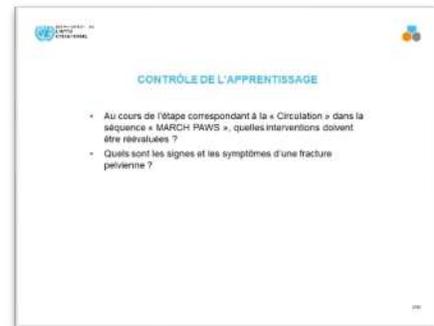


DIAPOSITIVE 17 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Au cours de l'étape correspondant à la « circulation » dans la séquence « MARCH PAWS », quelles interventions doivent être réévaluées ?
 - Les garrots et les pansements hémostatiques appliqués précédemment.
2. Quels sont les signes et les symptômes d'une fracture pelvienne ?
 - Blessure grave causée par un objet contondant ou par effet de souffle, associée à l'un des signes suivants :
 - Douleur pelvienne
 - Amputation majeure d'un membre inférieur OU amputations proches d'un membre inférieur
 - Déformations, blessures pénétrantes, contusions à proximité du bassin



- Instabilité ou crépitations pelviennes, (sensation ou bruit de froissement ou de grincement sous la peau)
- Inconscience ou état de choc.

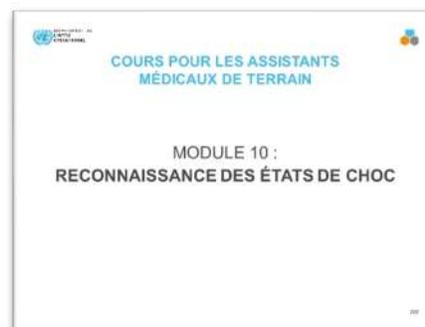
DIAPOSITIVE 18 - QUESTIONS



MODULE 10

RECONNAISSANCE DES ÉTATS DE CHOC

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en **deux** rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain dans le cadre de l'aide médicale tactique sur le terrain repose sur une base d'objectifs d'apprentissage. Ces objectifs définissent la structure de base du cours et décrivent les connaissances et les compétences que vous êtes censé acquérir à la fin du cours.

Ce module comporte **un objectif d'apprentissage terminal**. L'objectif d'apprentissage terminal est soutenu par une série d'objectifs d'apprentissage habilitants.



DIAPOSITIVE 4 - « MARCH PAWS »

La reconnaissance des états de choc est liée à la circulation, qui correspond au « C » de « Circulation » dans la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 5 - VIDÉO CONCERNANT LA RECONNAISSANCE DES ÉTATS DE CHOC

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 6 - ÉTAT DE CHOC

L'état de choc correspond à un débit sanguin insuffisant dans les tissus organiques. Un volume sanguin inadéquat dans le système circulatoire entraîne un apport insuffisant d'oxygène aux cellules de l'organisme.

À mesure que les cellules cessent de fonctionner, les tissus cessent eux aussi de fonctionner, puis c'est au tour des organes et, finalement, le corps entier s'effondre et la **MORT** survient.



RAPPELEZ-VOUS : L'état de choc entraînera la mort de la victime s'il n'est pas rapidement reconnu et traité.

DIAPOSITIVE 7 - ÉTAT DE CHOC (SUITE)

L'état de choc est causé par une diminution du volume sanguin circulant dans le système circulatoire de la victime.

L'état de choc peut avoir de nombreuses causes :

- Faible volume sanguin ou hypovolémie, par exemple en cas de déshydratation ou de perte de sang
- Tension artérielle basse découlant d'une infection massive
- Insuffisance cardiaque
- Atteinte neurologique

L'état de choc est généralement causé par un saignement important, mais il peut également être provoqué par des brûlures graves, telles que des brûlures du deuxième et du troisième degré sur 20 % ou plus de la surface du corps.

Sur le champ de bataille, on suppose que l'état de choc est dû à une perte de sang importante. Ce phénomène est également appelé choc hémorragique.

Rappelez-vous : S'il n'est pas contrôlé, le choc hémorragique peut entraîner la **mort** de la victime.



DIAPOSITIVE 8 - INDICATEURS GÉNÉRAUX D'ÉTAT DE CHOC

Vous devez connaître les signes du choc hémorragique sur le champ de bataille :

- Confusion mentale ou altération de l'état mental en l'absence d'une blessure à la tête
- Respiration rapide ou superficielle
- Peau en sueur, fraîche et moite
- Peau pâle ou grise, ou parsemée de tâches bleues à mesure que l'état de choc progresse
- Pouls radial faible ou absent
- Nausées ou vomissements
- Soif excessive
- Saignement important survenu antérieurement



Veillez à évaluer fréquemment les victimes pendant la phase de soins tactiques sur le terrain pour détecter les signes d'état de choc. Ces symptômes peuvent changer et s'aggraver avec le temps.

DIAPOSITIVE 9 - INDICATEURS GÉNÉRAUX D'ÉTAT DE CHOC (SUITE)

L'état de choc est révélé par deux indicateurs importants : la confusion mentale et un pouls radial faible ou absent.

La présence de ces DEUX indicateurs signifie que la victime a perdu une quantité SIGNIFICATIVE de sang et risque de mourir.

Comme indiqué précédemment, l'état de choc entraînera la mort de la victime s'il n'est pas rapidement reconnu et traité.



DIAPOSITIVE 10 - INDICATEURS GÉNÉRAUX D'ÉTAT DE CHOC (SUITE)

Ce tableau donne un aperçu des effets de la perte de sang.

Une perte de sang allant jusqu'à 500 centimètres cubes est bien tolérée et n'entraîne souvent aucun effet, à l'exception d'une éventuelle augmentation de la fréquence cardiaque.

Une perte de sang de 1 000 centimètres cubes entraîne généralement une augmentation de la fréquence cardiaque (supérieure à 100) mais, en dehors de cet aspect, la victime peut sembler normale. Cette quantité de sang perdue n'est généralement pas fatale.

Une perte de sang de 1 500 centimètres cubes peut être associée à une modification de l'état mental, à un pouls radial faible (supérieur à 10) et à une augmentation des respirations. Si la perte de sang ne se poursuit pas, il est encore peu probable que la victime meure. Une perte de sang de 2 000 centimètres cubes s'accompagne de confusion et de léthargie, d'un faible pouls radial (souvent supérieur à 120) et d'une fréquence respiratoire élevée, supérieure à 35. Cette quantité de sang perdue peut être fatale si elle n'est pas prise en charge rapidement.

Une perte de sang de 2 500 centimètres cubes se traduit généralement par une victime inconsciente, sans pouls radial, avec un pouls carotidien supérieur à 140 et une fréquence respiratoire supérieure à 35. Cette quantité de sang perdue sera fatale sans une intervention immédiate et rapide.

Ce tableau montre pourquoi il est si important d'appliquer rapidement un garrot, dès qu'il est sûr, pendant la phase de soins sous les tirs et de réévaluer la victime afin de détecter les sources de saignement supplémentaires au cours de la phase de soins tactiques sur le terrain.

Volume sanguin	Perte de sang	Signes / symptômes	Effet / résultat
1 litre (1000 ml) 1 litre (1000 ml)	500 cc	Augmentation possible de la fréquence cardiaque	Conservement sans effet
1 litre (1000 ml) 1 litre (1000 ml)	1000 cc	Pouls radial > 100 Fréquence respiratoire augmentée	Il est peu probable que ce volume de sang perde entraîne l'état de choc
1 litre (1000 ml) 1 litre (1000 ml)	1500 cc	Changement de l'état mental Pouls radial faible < 100 Augmentation des respirations	Il est encore peu probable que ce volume de sang perde entraîne l'état de choc
1 litre (1000 ml) 1 litre (1000 ml)	2000 cc	Confusion et léthargie Pouls radial très faible < 100 Fréquence respiratoire élevée > 35	Perte de sang grave, probablement fatale si elle n'est pas prise en charge rapidement
1 litre (1000 ml) 1 litre (1000 ml)	2500 cc	Victime inconsciente Pouls radial nul Fréquence respiratoire > 35 Pouls carotidien > 140 Fréquence > 35	Perte de sang fatale, probablement fatale si elle n'est pas prise en charge immédiatement et rapidement

MAR CH

DIAPOSITIVE 11 - PRÉVENIR L'ÉTAT DE CHOC EN CONTRÔLANT LE SAIGNEMENT

Il est préférable de prévenir l'état de choc en contrôlant l'hémorragie que de le traiter. Même si l'état de choc est déjà apparu, la première étape la plus importante pour le traiter est de contrôler le saignement.

Réévaluez toutes les mesures de contrôle des saignements pour vous assurer qu'elles sont toujours efficaces. Dès que possible, assurez-vous que les garrots et les pansements compressifs restent serrés. Il s'agit de l'action la plus importante à accomplir pour traiter l'état de choc.

Un saignement interne dû à un traumatisme contondant ou à un traumatisme pénétrant au niveau du thorax ou de l'abdomen peut ne pas être contrôlable, et la poursuite du saignement d'origine interne peut provoquer un état de choc ultérieur ; il faut donc réévaluer constamment la victime. Si une victime n'est pas en état de choc, elle n'a pas besoin d'un traitement contre celui-ci, mais il convient de la surveiller attentivement pour détecter un éventuel développement de l'état de choc si elle a été gravement blessée.

N'ATTENDEZ PAS l'apparition des signes et des symptômes de l'état de choc. Le personnel médical fournira d'autres traitements, mais vous pouvez lui faire gagner du temps si les saignements extrêmes sont contrôlés.



DIAPOSITIVE 12 - ÉVALUER ET SURVEILLER LA VICTIME AFIN DE DÉTECTER UN CHOC HÉMORRAGIQUE

Évaluez les signes et les symptômes d'état de choc dès que l'hémorragie est contrôlée, que les voies respiratoires sont ouvertes et que la fréquence respiratoire est maîtrisée.

Les indicateurs d'état de choc les plus pertinents sont une diminution de l'état de conscience en l'absence de blessure à la tête chez la victime, ou un pouls radial anormal, faible ou absent.

Évaluez la victime afin de détecter un choc hémorragique, qui peut être indiqué par l'altération de l'état mental en l'absence de lésion cérébrale, ou par l'absence ou la faiblesse du pouls radial.

Réévaluez la victime et surveillez les changements de son état de conscience en vérifiant sa vigilance ou sa réactivité à la stimulation verbale ou physique.



DIAPOSITIVE 13 - RÉÉVALUATION

Réévaluez l'état de conscience toutes les 15 minutes en utilisant l'échelle EVDA (Éveillée - Voix - Douleur - Absence de réaction).

Vérifiez si la victime est éveillée, si elle réagit aux stimuli verbaux, si elle réagit uniquement à la douleur ou si elle est inconsciente. Une diminution sur l'échelle EVDA peut indiquer que l'état de la victime s'aggrave.

Continuez également à réévaluer la fréquence respiratoire et à surveiller les respirations de la victime.

- Un traumatisme thoracique peut indiquer un pneumothorax sous tension, qui nécessitera une décompression
- thoracique à l'aiguille.
- Si une victime perd connaissance ou si sa fréquence respiratoire tombe en dessous de deux respirations toutes les 15 secondes, insérez une voie respiratoire nasopharyngée.



DIAPOSITIVE 14 - TRAITEMENT DE L'ÉTAT DE CHOC

Il est bon de permettre aux victimes qui ne sont pas en état de choc et qui peuvent avaler de boire de l'eau ou d'autres liquides. La déshydratation est courante sur le champ de bataille et elle est néfaste pour les victimes. Pour les victimes qui ne sont pas en état de choc, mais qui ont perdu du sang, la réhydratation orale sera bénéfique.

Placez la victime en position latérale de sécurité, la tête tournée pour que les fluides puissent s'écouler de sa bouche, ou dans une position qui lui permette de respirer.

Évacuez la victime si une aide médicale est présente ou disponible. Réévaluez fréquemment la victime pour détecter l'apparition d'un état de choc. Réévaluez et contrôlez en permanence !



DIAPOSITIVE 15 - TRAITEMENT DE L'HYPOTHERMIE

Gardez la victime au chaud et prévenez l'hypothermie. Même dans un environnement très chaud, une victime souffrant d'un choc hémorragique dû à une perte de sang court un risque extrême d'hypothermie.

Ayez à l'esprit les moyens actifs et passifs de réchauffer la victime et de prévenir l'hypothermie. Placez un poncho ou une couverture sous la victime pour la protéger de la température froide ou de l'humidité du sol. Couvrez la victime à l'aide d'une couverture de survie ou d'autres matériaux disponibles pour la garder au chaud et au sec.



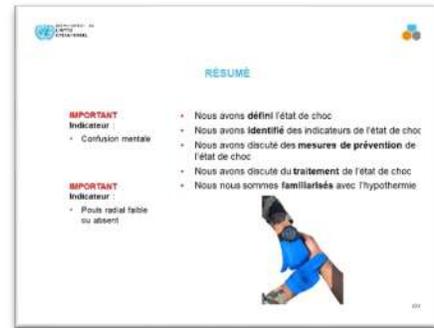
DIAPOSITIVE 16 - RÉSUMÉ

En résumé, vous devriez maintenant être en mesure de définir ce qu'est un état de choc, d'identifier les indicateurs d'état de choc, d'évoquer les mesures de prévention de l'état de choc et d'aborder le traitement de l'état de choc. Vous devriez également comprendre que l'hypothermie peut être causée par un état de choc et peut aggraver la situation.

N'oubliez pas que les deux principaux indicateurs d'état de choc sont la confusion mentale en l'absence de blessure à la tête ainsi qu'un pouls radial faible ou absent. Si la victime est en état de choc ou développe un état de choc, orientez-la vers le personnel médical et évacuez-la dès que possible.

Continuez toujours à réévaluer la victime et à communiquer avec celle-ci.

Consignez la totalité des observations et des traitements sur la fiche de blessé.



DIAPOSITIVE 17 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

Qu'est-ce qu'un état de choc ?

- L'état de choc est une insuffisance du débit sanguin et de l'apport d'oxygène aux cellules de l'organisme, ce qui entraîne la défaillance des organes, et la mort.

Quels sont les indicateurs d'état de choc les plus pertinents ?

- Une diminution de l'état de conscience (si la victime n'a pas subi de blessure à la tête) ou un pouls radial anormal, faible ou absent.

Quelle est l'action la plus importante pour prévenir le choc hémorragique ?

- Arrêter l'hémorragie.



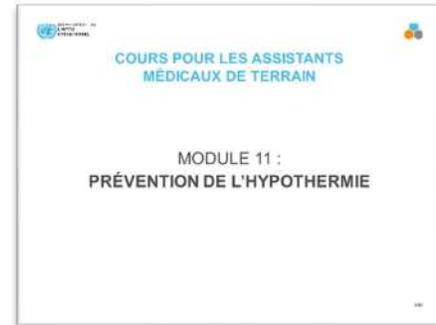
DIAPOSITIVE 18 - QUESTIONS



MODULE 11

PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en **deux** rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Hypothermie » comporte deux objectifs d'apprentissage cognitifs et un objectif d'apprentissage de performance. Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les stratégies progressives, les indications et les limites de la prévention de l'hypothermie sur une victime de traumatisme dans la phase de soins tactiques sur le terrain, et à identifier les mesures passives de prévention de l'hypothermie sur une victime de traumatisme.



L'objectif d'apprentissage de performance est d'effectuer une démonstration des mesures actives de prévention de l'hypothermie par réchauffement externe sur une victime de traumatisme.

Les aspects essentiels consistent à reconnaître que l'hypothermie constituera un problème, à connaître les étapes possibles pour la prévenir et la traiter, puis à être capable d'appliquer les compétences nécessaires pour réussir à prévenir l'hypothermie ou à traiter une victime qui est hypothermique ou qui risque de l'être.

DIAPOSITIVE 4 - « MARCH PAWS »

La prévention et le traitement de l'hypothermie correspondent au « H » de la séquence « MARCH PAWS », tout comme les blessures à la tête.

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain, et que la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications telles que l'hypothermie.



DIAPOSITIVE 5 - HYPOTHERMIE

L'hypothermie est la diminution de la température du corps. Même une faible diminution peut interférer avec la coagulation du sang et augmenter le risque de saignement mortel.

Les victimes en état de choc sont incapables de générer efficacement de la chaleur corporelle.

L'hypothermie est un problème pour les victimes souffrant d'un choc hémorragique, même lorsque la



température ambiante est chaude, car elle ne correspond pas toujours à une température corporelle inférieure à la normale en raison de l'exposition à un environnement froid.

DIAPOSITIVE 6 - PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE

La prévention de l'hypothermie permettra de réduire les effets de la perte de chaleur et de diminuer les décès dus à une hémorragie non contrôlée. La prévention de l'hypothermie doit commencer le plus tôt possible après la blessure.

Si l'hypothermie **n'est pas évitée**, il est possible que la victime se vide de son sang à cause d'une blessure à laquelle elle aurait pu survivre. La perte de sang peut entraîner une hypothermie, vous devez donc contrôler les saignements et prévenir l'hypothermie au moyen de mesures passives ou actives.

Plus l'hypothermie est évitée rapidement, **moins** elle aura d'**incidence** sur les saignements et sur l'état de choc.

Les victimes en état de choc sont incapables de générer efficacement de la chaleur corporelle. Il est important de minimiser l'exposition de la victime aux éléments. Les vêtements mouillés et les évacuations par hélicoptère augmentent la perte de chaleur corporelle : remplacez les vêtements mouillés par des vêtements secs si possible. Placez la victime sur une surface isolée dès que possible. Restez attentif aux changements de température au cours de la journée et de la nuit, à l'altitude, au vent, entre autres.



DIAPOSITIVE 7 - PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE (SUITE)

L'hypothermie est beaucoup plus facile à prévenir qu'à traiter ! Commencez à prévenir l'hypothermie dès que possible. La baisse de la température corporelle interfère avec la coagulation du sang et augmente le risque de saignement.

La perte de sang peut entraîner une baisse importante de la température corporelle, même par temps chaud.

Vous devez être proactif, partir du principe que chaque victime souffrira d'hypothermie, et utiliser toutes les techniques que vous apprendrez dans ce module pour éviter cela. Si la victime se trouve déjà en hypothermie, soyez encore plus agressif et traitez-la comme si sa vie en dépendait.



DIAPOSITIVE 8 - COUVERTURES ACTIVES CONTRE L'HYPOTHERMIE

Votre personnel médical distribuera les couvertures actives contre l'hypothermie en fonction de la mission et du chargement de l'unité.

Les couvertures actives contre l'hypothermie sont déclenchées lorsque leurs éléments chauffants sont exposés à l'air, et peuvent produire des températures atteignant **40 °C pendant 8 heures**.

Les couvertures actives contre l'hypothermie sont appliquées sur une victime qui ne peut pas générer de la chaleur par elle-même, mais pas directement sur sa peau, car les couvertures activées peuvent provoquer des brûlures.

Continuez à réévaluer la victime afin de déterminer si des méthodes supplémentaires sont nécessaires pour prévenir ou traiter l'hypothermie.



DIAPOSITIVE 9 - TRAITEMENT ACTIF DE L'HYPOTHERMIE

RAPPELEZ-VOUS : Appliquez la couverture chauffante active, incluse dans les matériaux actifs contre l'hypothermie, sur le torse de la victime, **pas directement sur la peau**, et couvrez la victime avec la coque passive contre l'hypothermie.

LES POINTS CLÉS SONT LES SUIVANTS : 1)

Si aucun dispositif actif contre l'hypothermie n'est disponible, une combinaison de la couverture chauffante passive et d'une couverture chauffante active peut également être utilisée. 2) Le traitement actif de l'hypothermie utilise des sources de chaleur telles que la couverture chauffante prête à l'emploi pour réchauffer la victime. Cela nécessite une réaction chimique avec l'oxygène, de sorte qu'à des altitudes plus élevées, il se peut qu'il n'y ait pas assez d'oxygène pour entretenir la réaction chimique nécessaire à la production de chaleur.

Vous devez déterminer, en fonction des conditions environnementales, si votre victime a besoin à la fois de la coque extérieure et de la couverture chauffante ou s'il suffit de la couvrir avec la coque, car il fait déjà chaud dehors.



DIAPOSITIVE 10 - MATÉRIEL PASSIF CONTRE L'HYPOTHERMIE

Les couvertures passives contre l'hypothermie fournissent un chauffage passif en préservant la chaleur corporelle de la victime contenue dans la couverture passive, et en maintenant la victime hors du contact avec le sol.

La coque thermo-réfléchissante aide à retenir la chaleur produite par la couverture chauffante prête à l'emploi. Elle est dotée d'une capuche intégrée et de fermetures en velcro de chaque côté pour permettre l'exposition d'un bras ou d'une jambe. Cette exposition permet à l'infirmier de s'occuper des injections intraveineuses et des garrots.



DIAPOSITIVE 11 - TRAITEMENT PASSIF DE L'HYPOTHERMIE

Les stratégies passives contre l'hypothermie empêcheront la victime de se refroidir, mais ne la réchaufferont pas. Ne placez pas la victime sur un sol froid, humide ou mouillé ; placez une couverture ou un poncho en dessous. **La prévention passive de l'hypothermie N'inversera PAS le processus d'hypothermie.**

Si aucun équipement de réchauffement n'est disponible, utilisez des couvertures sèches, des doublures de poncho, des sacs de couchage ou tout ce qui peut retenir la chaleur et garder la victime au sec, et maintenez la victime hors du contact avec le sol.

Les points clés à retenir sont qu'une perte de sang peut entraîner une baisse significative de la température corporelle, même par temps chaud. Il est également important d'envelopper la totalité de la coque en forme de couverture (ou les matériaux passifs de réchauffement) autour de la victime, y compris la tête, mais sans couvrir le visage. Toute zone exposée peut entraîner une perte de chaleur et aggraver l'hypothermie.



DIAPOSITIVE 12 - PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.

N'oubliez pas qu'il ne s'agit pas seulement, en cas d'hypothermie, de garder la victime au chaud, mais aussi de lui sauver la vie.

Vous devez minimiser l'exposition aux éléments en lui faisant conserver son équipement de protection et en la maintenant au sec et sur une surface isolée.



Utilisez la couverture chauffante prête à l'emploi et couvrez-la d'une coque thermo-réfléchissante si vous en avez une. Si vous n'avez rien d'autre, utilisez tout ce qui peut retenir la chaleur et garder la victime au sec.

DIAPOSITIVE 13 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À l'occasion de la mise en pratique des compétences, nous nous entraînerons aux aptitudes de prévention active et passive de l'hypothermie.

Celles-ci comprennent le recours à la prévention passive de l'hypothermie à l'aide de la coquille en forme de couverture et l'utilisation d'une couverture chauffante active. Nous aborderons également certaines alternatives et en effectueront la démonstration au cas où les couvertures chauffantes actives ne seraient pas disponibles.



DIAPOSITIVE 14 - RÉSUMÉ

En résumé, vous devriez à présent être en mesure de définir l'hypothermie et de discuter de la prévention et du traitement actifs et passifs de l'hypothermie.

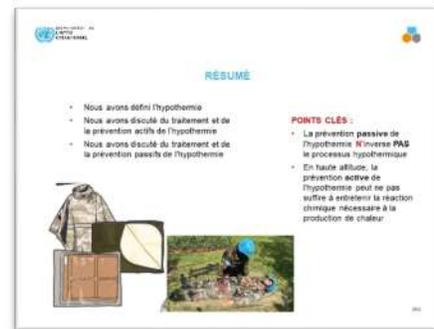
La prévention passive de l'hypothermie comprend l'utilisation de ponchos et le maintien de la victime hors du contact avec le sol, mais elle N'inverse PAS le processus d'hypothermie.

La prévention **active** de l'hypothermie, comme par exemple l'utilisation de couvertures chauffantes, peut toutefois ne pas suffire à entretenir la réaction chimique nécessaire pour générer de la chaleur en haute altitude.

La prévention de l'hypothermie n'est pas liée au fait qu'il fait froid dehors, mais à la nécessité de ne pas laisser la victime se refroidir, car même une faible diminution de la température corporelle peut aggraver les saignements et entraîner la mort.

Vous devrez décider des mesures de réchauffement actives et passives à utiliser en fonction de la situation. Les environnements chauds peuvent ne pas nécessiter un réchauffement aussi actif que les environnements plus froids. Les couvertures actives ne doivent pas être placées directement sur la peau car elles peuvent provoquer des brûlures. N'oubliez pas que le transport, notamment en avion, peut diminuer l'efficacité de toutes les mesures contre l'hypothermie.

Rappelez-vous avant tout que l'hypothermie est plus facile à prévenir qu'à traiter, alors ne laissez pas votre victime avoir froid !

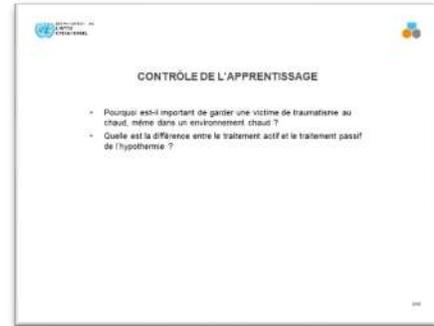


DIAPOSITIVE 15 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Pourquoi est-il important de garder une victime de traumatisme au chaud, même dans un environnement chaud ?
 - Même une faible diminution de la température corporelle peut interférer avec la coagulation du sang et augmenter le risque de saignement mortel.
 - Les victimes en état de choc sont incapables de générer efficacement de la chaleur corporelle.
2. Quelle est la différence entre le traitement actif et le traitement passif de l'hypothermie ?
 - Le traitement actif de l'hypothermie utilise des sources de chaleur pour réchauffer la victime.



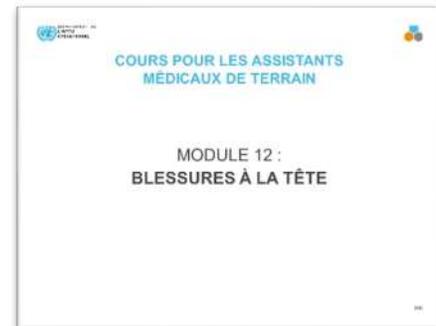
DIAPOSITIVE 16 - QUESTIONS



MODULE 12

BLESSURES À LA TÊTE

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Blessures à la tête » comporte **trois objectifs d'apprentissage cognitif**. Ces objectifs d'apprentissage consistent à identifier les forces externes qui peuvent causer une blessure à la tête, à reconnaître les signes et les symptômes d'une blessure à la tête, et à déterminer les observations essentielles qui doivent être rapportées au personnel médical pour les victimes de traumatismes chez lesquelles on suspecte une blessure à la tête, conformément à l'évaluation militaire des commotions cérébrales aiguës 2.



Les aspects essentiels consistent à pouvoir reconnaître si une blessure à la tête a pu se produire, à savoir quels signes ou symptômes rechercher, puis à recueillir les informations clés qui aideront le personnel médical à évaluer et à traiter une personne victime d'une blessure à la tête.

DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain, et que la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications telles que les blessures à la tête.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

Les blessures à la tête correspondent au « H » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - MÉCANISMES POTENTIELS D'UNE BLESSURE À LA TÊTE

La blessure à la tête est un traumatisme du **CUIR CHEVELU**, du **CRÂNE** ou du **CERVEAU**.

- Les blessures à la tête peuvent avoir les causes suivantes :
- L'implication dans une explosion, dans une collision ou dans un renversement de véhicule
- La présence à moins de 50 MÈTRES d'une explosion (à l'intérieur ou à l'extérieur)
- Un coup direct à la tête ou une perte de conscience observée
- Une exposition à plus d'une explosion Dans ces cas, le commandant du membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies demandera une évaluation médicale s'il le juge nécessaire.



D'autres forces extérieures peuvent également entraîner des blessures à la tête.

DIAPOSITIVE 7 - SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE BLESSURE À LA TÊTE

La liste de contrôle « BED » est un outil important qui permet de recueillir des informations et d'identifier les signes et les symptômes d'une blessure à la tête.

B est l'abréviation de **B**lessure et désigne un dommage physique au corps ou à une partie du corps d'un membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies.

E signifie **É**valuation, et comprend les questions regroupées sous l'acronyme « M**B**A**V**A », qui visent à établir si la victime présente l'une des caractéristiques

suivantes :

M - Maux de tête ou vomissements ?

B - Bourdonnement dans les oreilles ?

A - Amnésie, altération de la conscience ou perte de conscience ?

V - Vision double ou vertiges ?

A - Anomalie perçue ou constatée ?

D signifie **D**istance, et vise à déterminer si le membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies se trouvait à moins de 50 mètres de l'explosion. Il est également important de noter la distance approximative de l'explosion.



DIAPOSITIVE 8 – SIGNES ET SYMPTÔMES QUI REQUIÈRENT UNE ÉVALUATION MACE 2 PAR LE PERSONNEL MÉDICAL

Il est important d'identifier les observations essentielles qui doivent être rapportées au personnel médical pour les victimes de traumatismes chez qui l'on suspecte blessure à la tête, conformément à l'évaluation militaire des commotions cérébrales aiguës 2 (MACE 2).

Les évaluations sont plus efficaces lorsqu'elles sont effectuées le plus tôt possible après la blessure. Une lésion cérébrale traumatique est probable si la victime présente l'un des signes suivants :

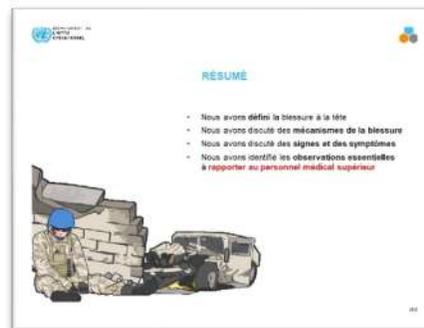
- Détérioration du niveau de conscience
- Vision double
- Agitation accrue ; comportement combatif ou agité
- Vomissements répétés
- Résultats d'un dispositif de détection des lésions cérébrales structurelles (si disponible)
- Convulsions
- Faiblesse ou picotements dans les bras ou dans les jambes
- Maux de tête sévères ou qui s'aggravent

Si l'un de ces signes ou de ces symptômes est présent, signalez-le immédiatement à l'arrivée du personnel médical.



DIAPOSITIVE 9 - RÉSUMÉ

En résumé, vous devriez maintenant être en mesure de définir ce qui constitue une blessure à la tête, de comprendre les mécanismes de cette blessure, de savoir comment utiliser la liste de contrôle « BED » pour identifier les signes et les symptômes d'une blessure à la tête, et d'identifier les observations essentielles qui nécessitent un signalement immédiat au personnel médical supérieur.



DIAPOSITIVE 10 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quelles forces externes peuvent provoquer une blessure à la tête ?



- L'implication dans une explosion, dans une collision ou dans un renversement de véhicule.
- La présence à moins de 50 MÈTRES d'une explosion (à l'intérieur ou à l'extérieur).
- Un coup direct à la tête ou une perte de conscience observée
- L'exposition à plus d'une explosion (le commandant du membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies demandera une évaluation médicale).

2. Quelles sont les observations essentielles qui doivent être rapportées au personnel médical pour les victimes de traumatismes chez qui l'on suspecte une blessure à la tête, conformément à l'évaluation militaire des commotions cérébrales aiguës 2 (MACE 2) ?

- Détérioration de l'état de conscience
- Vision double
- Agitation accrue ; comportement combatif ou agité
- Vomissements répétés
- Résultats d'un dispositif de détection des lésions cérébrales structurelles (si disponible)
- Convulsions
- Faiblesse ou picotements dans les bras ou dans les jambes
- Maux de tête sévères ou qui s'aggravent

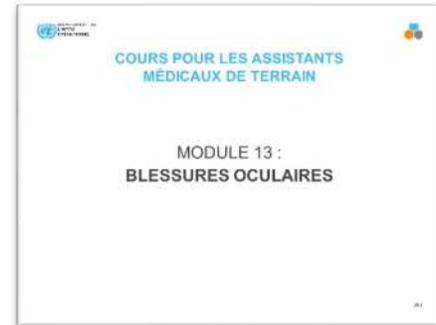
DIAPOSITIVE 11 - QUESTIONS



MODULE 13

BLESSURES OCULAIRES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Blessures oculaires » comporte **un objectif d'apprentissage cognitif et un objectif d'apprentissage de performance.**

L'objectif d'apprentissage cognitif consiste à identifier les soins de base d'une blessure oculaire, et l'objectif d'apprentissage de performance est d'effectuer la démonstration de l'application d'une coque oculaire rigide sur une victime de traumatisme.

Les aspects essentiels consistent à reconnaître les blessures oculaires et les étapes à suivre pour les traiter, puis à placer une coque oculaire rigide sur une victime de traumatisme.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain, et que la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications telles que les blessures à la tête et aux yeux.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

Les blessures oculaires font partie du « H » de la séquence « MARCH PAWS », car elles peuvent être considérées comme des blessures à la tête.

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain, et que la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications telles que les blessures oculaires.



DIAPOSITIVE 6 - APERÇU DES BLESSURES OCULAIRES (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 7 – QUAND SUSPECTER UNE BLESSURE OCULAIRE PÉNÉTRANTE

La vue est l'un de nos sens les plus importants. Les dommages causés à un œil peuvent être irréversibles s'ils ne sont pas traités correctement le plus tôt possible.

Les signes suivants doivent vous faire suspecter une blessure oculaire pénétrante :

1. Saignement autour de l'œil, à l'intérieur du globe oculaire ou provenant du globe oculaire
2. Pénétration évidente d'un éclat ou d'un débris dans le globe oculaire ou dans l'orbite de l'œil
3. Objets saillants dans le globe oculaire
4. Gonflement ou lacération du globe oculaire
5. Protrusion du globe oculaire hors de l'orbite
6. Réduction de la vision et gonflement de la zone oculaire
7. Parties de l'œil difformes ou déformées par rapport à la normale



DIAPOSITIVE 8 - SI UNE BLESSURE OCULAIRE PÉNÉTRANTE EST OBSERVÉE OU SUSPECTÉE

Si une blessure oculaire pénétrante est observée ou suspectée, trois mesures doivent être prises :

1. Effectuez un test rapide d'acuité visuelle sur le terrain et documentez les résultats

Le test rapide d'acuité visuelle comprend la capacité à lire les caractères d'imprimerie, à compter les doigts, à identifier les mouvements de la main et à percevoir la lumière.

2. Recouvrez l'œil affecté à l'aide d'une coque oculaire rigide, **ET NON d'un pansement compressif**

Un pansement compressif peut entraîner une perte de vision permanente. Placez une coque oculaire rigide sur un seul œil, sauf si les deux yeux sont blessés. Le fait de couvrir



les deux yeux transforme une victime ambulatoire en victime en civière. Les lunettes tactiques sont toujours un bon moyen de prévenir les problèmes oculaires et peuvent être utilisées comme protection si aucune coque oculaire n'est disponible.

Rappelez-vous : Consignez la totalité des observations et des traitements sur la fiche de blessé.

DIAPOSITIVE 9 - PROTECTION DE L'ŒIL

Protégez l'œil à l'aide d'une COQUE, et non d'un pansement.

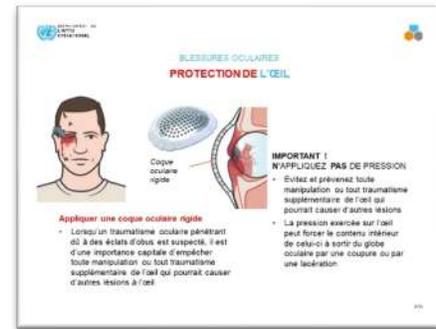
Une coque rigide protégera l'œil de la pression. Évitez et prévenez toute manipulation ou tout traumatisme supplémentaire de l'œil qui pourrait causer d'autres dommages.

La pression peut forcer le contenu intérieur de l'œil à sortir du globe oculaire.

Les pansements compressifs ne font pas partie des soins d'un œil blessé au combat et peuvent entraîner une perte de vision permanente évitable.

Pour les objets saillants ou empalés qui dépassent de la coque oculaire, découpez un trou dans celle-ci pour permettre à l'objet de passer, puis fixez-la.

Si la coque oculaire ne peut pas être appliquée autour de l'objet empalé, utilisez une coque oculaire improvisée pour éviter toute pression sur l'œil.



DIAPOSITIVE 10 – APPLICATION DE LA COQUE OCULAIRE RIGIDE

Lorsqu'un traumatisme oculaire pénétrant dû à des éclats d'obus est suspecté, il est d'une importance capitale d'empêcher toute manipulation ou tout traumatisme supplémentaire de l'œil qui pourrait causer d'autres dommages à l'œil.

À cet effet, il convient d'appliquer une coque rigide sur l'œil. **N'appliquez PAS de pression sur l'œil.**

Fixez la coque oculaire rigide à l'aide de ruban adhésif à des angles de **45 degrés** sur le front et sur la joue.

Les coques oculaires rigides ne doivent être placées sur les deux yeux que si vous êtes sûr ou, du moins, si vous soupçonnez fortement que les deux yeux ont été blessés. Lorsqu'un seul œil a été blessé, ne placez pas de coque sur l'œil non blessé pour empêcher le mouvement oculaire. Il n'a pas été démontré que le mouvement aggrave le résultat pour l'œil blessé. La cécité qui résulte du fait que l'on a placé inutilement des coques oculaires sur les deux yeux fait



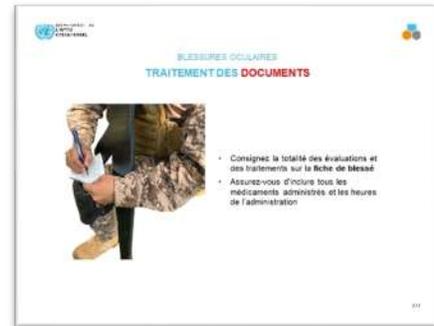
d'une victime qui serait sinon une victime ambulatoire une victime en civière, et est stressante sur le plan psychologique.

Si aucune coque oculaire rigide n'est disponible, des **lunettes de protection tactiques** peuvent être utilisées pour protéger les yeux d'un traumatisme supplémentaire.

DIAPOSITIVE 11 - TRAITEMENT DES DOCUMENTS

Consignez la totalité des évaluations et des traitements sur la fiche de blessé.

Assurez-vous d'inclure tous les médicaments administrés et les heures de l'administration.



DIAPOSITIVE 12 – APPLICATION DE LA COQUE OCULAIRE RIGIDE

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 13 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

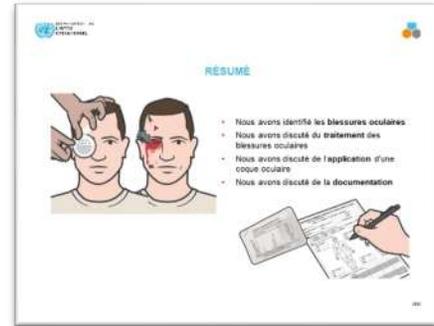
À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Coque oculaire rigide



DIAPOSITIVE 14 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé les soins de base d'une blessure oculaire. Nous avons abordé la manière de reconnaître une blessure oculaire, les étapes à suivre pour la traiter, l'application d'une coque oculaire rigide sur une victime de traumatisme et la documentation appropriée.



DIAPOSITIVE 15 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quel type de pansement doit être utilisé en cas de traumatisme oculaire pénétrant incluant un objet empalé ?
 - Pour les objets saillants ou empalés qui dépassent de la coque oculaire, découpez un trou dans celle-ci pour permettre à l'objet de passer. Si vous ne pouvez pas couper la coque oculaire, placez un pansement volumineux autour de l'objet pénétrant.
2. Vrai ou faux : Protéger l'œil blessé à l'aide d'une coque oculaire est-il tout aussi sûr que d'utiliser un patch ou un pansement compressif ?
 - Faux
3. Vrai ou faux : Est-ce que seul l'œil blessé doit être couvert à l'aide d'une coque oculaire ?
 - Vrai



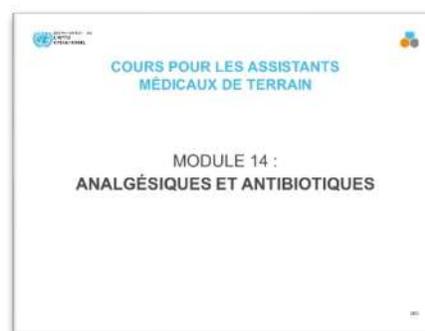
DIAPOSITIVE 16 - QUESTIONS



MODULE 14

ADMINISTRATION D'ANALGÉSIFIQUES ET D'ANTIBIOTIQUES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Kit de traitement des blessures » comporte quatre objectifs d'apprentissage cognitifs et un objectif d'apprentissage de performance. Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les indications, les contre-indications et les méthodes d'administration de l'acétaminophène, des analgésiques et des antibiotiques dans la phase de soins tactiques sur le terrain, les indications et les considérations liées aux approches en matière d'analgésie, ainsi que les données probantes et les aspects à prendre en compte concernant l'administration précoce d'antibiotiques. L'objectif d'apprentissage de performance est d'effectuer une démonstration de l'administration des médicaments contenus dans un kit de traitement des blessures de combat à une victime de traumatisme.



Les aspects essentiels consistent à reconnaître quand l'administration d'analgésiques ou d'antibiotiques est indiquée, si la victime peut prendre les médicaments contenus dans le kit de traitement des blessures, quand administrer ceux-ci, puis à effectuer une démonstration de leur administration à une victime de traumatisme.

DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain ; la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications, y compris l'utilisation du kit de traitement des blessures de combat, si cela est indiqué.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

La trousse de traitement des plaies correspond à la fois au « P », pour « pain » (douleur), et au « A », pour « antibiotics » (antibiotiques), de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - EXEMPLE DE KIT DE TRAITEMENT DES BLESSURES

Le kit de traitement des blessures est un pilulier préemballé contenant des médicaments recommandés par les directives en matière d'aide médicale tactique sur le terrain pour les soins aux victimes. Le kit de traitement des blessures se trouve dans l'équipement de l'infirmier.

Il contient des médicaments pris par voie orale.

Consignez tous les médicaments administrés (et l'heure à laquelle ils ont été administrés) sur la fiche de blessé des Nations Unies.



DIAPOSITIVE 7 - CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT DE LA DOULEUR AU MOYEN DU KIT DE TRAITEMENT DES BLESSURES

Le kit de traitement des blessures contient les éléments suivants :

1. Deux comprimés d'acétaminophène de 650 mg d'acétaminophène (1 300 mg au total) à libération prolongée
2. Un comprimé de moxifloxacine de 400 mg
3. Un comprimé de méloxicam de 15 mg

Chacun des trois médicaments, dans les dosages indiqués, est contenu dans une plaquette alvéolaire.

Remarque : Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) répandus, tels que l'ibuprofène, le naproxène et l'aspirine, interfèrent avec la fonction plaquettaire et la coagulation sanguine et peuvent augmenter considérablement le risque de saignement chez les victimes de combat.

Le Tylenol et le méloxicam n'altèrent pas la fonction plaquettaire et peuvent être utilisés de manière sûre et efficace chez les victimes de combat.

Le méloxicam n'altère pas la fonction plaquettaire et constitue l'anti-inflammatoire non stéroïdien privilégié pour le personnel susceptible de participer à des combats dans les 7 à 10 jours qui suivent.



DIAPOSITIVE 8 - VIDÉO SUR L'ADMINISTRATION D'ANALGÉSQUES

Diffusez la vidéo.

ADMINISTRATION D'ANALGÉSQUES - L'assistant médical sur le terrain peut **UNIQUEMENT** assister un infirmier.

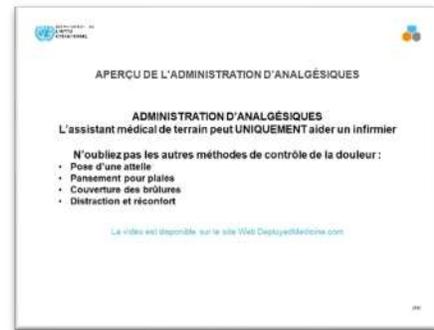
N'oubliez pas les autres méthodes de contrôle de la douleur :

Pose d'une attelle

Pansement pour plaies

Couverture de brûlure

Distraction et réconfort



DIAPOSITIVE 9 - VIDÉO DE PRÉSENTATION DES ANTIBIOTIQUES

Diffusez la vidéo.

ADMINISTRATION D'ANTIBIOTIQUES - L'assistant médical sur le terrain peut **UNIQUEMENT** assister un infirmier.



DIAPOSITIVE 10 - KIT DE TRAITEMENT DES BLESSURES

Diffusez la vidéo.

Le kit de traitement des blessures se trouve dans l'équipement de l'infirmier. Il contient les médicaments contre la douleur et les antibiotiques qui peuvent être pris par voie orale.

Recourez au kit de traitement des blessures dès que possible après que les troubles potentiellement mortels ont été traités.

Consignez tous les médicaments administrés et l'heure de leur administration sur la fiche de blessé.



La douleur est fréquente dans le cas de blessures obtenues sur le champ de bataille. Certaines blessures et certains niveaux de douleur peuvent être traités en toute sécurité en utilisant des médicaments contre la douleur (également appelés analgésiques) inclus dans le kit de traitement des blessures. Il s'agit notamment de fractures, de brûlures et de blessures oculaires.

Pour le soulagement, sur le champ de bataille, d'une douleur **légère à modérée** qui n'empêchera pas la victime de se battre, veillez à ce que celle-ci prenne les médicaments inclus dans son kit de traitement des blessures. La victime doit prendre **les trois médicaments** inclus dans le kit de traitement des blessures. Cela permet de soulager considérablement la douleur, sans altérer son état mental. Il s'agit d'une bonne option lorsque la douleur et les blessures de la victime ne sont pas importantes au point de l'empêcher de combattre.

NOTE : Si la victime présente des blessures ou des douleurs suffisamment importantes pour la rendre incapable de se battre, le personnel médical dispose d'autres options pour soulager plus efficacement la douleur. L'administration de ces médicaments nécessite généralement que la victime soit désarmée, car ils peuvent altérer son état mental.

DIAPOSITIVE 11 – QUAND AIDER L'INFIRMIER À ADMINISTRER LES MÉDICAMENTS INCLUS DANS LE KIT DE TRAITEMENT DES BLESSURES

ADMINISTREZ les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures lorsque la victime :

- Est **consciente** et capable d'avaler
- Souffre d'une douleur **légère à modérée**
- Est encore **capable de se battre** si nécessaire
- Présente des **blessures pénétrantes** ou une brèche dans la peau

N'ADMINISTREZ PAS si la victime :

- Est **incapable** d'avaler ou de prendre des médicaments par voie orale, par exemple si elle est inconsciente ou présente un traumatisme ou des brûlures faciaux graves
- A des **allergies** connues aux médicaments

Si la victime est **inconsciente**, orientez-la vers le personnel médical dès que possible.

Remarque : Si la victime présente une brèche dans la peau dans le cadre d'une blessure traumatique, elle doit prendre les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures. Sinon, consultez le personnel médical avant de les administrer.



DIAPOSITIVE 12 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner à l'aptitude suivante :

- Kit de traitement des blessures



DIAPOSITIVE 13 - RÉSUMÉ

Seul un infirmier peut administrer des médicaments, avec l'aide de l'assistant médical sur le terrain.

Les blessures obtenues sur le champ de bataille sont souvent sales et susceptibles de s'infecter. L'administration précoce d'antibiotiques inclus dans le kit de traitement des blessures peut réduire le risque d'infections ultérieures.

Les infections des plaies peuvent tuer la victime ou retarder son rétablissement.

Les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures doivent être administrés **dès que possible** après que les problèmes **potentiellement mortels** ont été traités.

Rappelez-vous : Les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures doivent être administrés pour toute plaie pénétrante.



DIAPOSITIVE 14 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

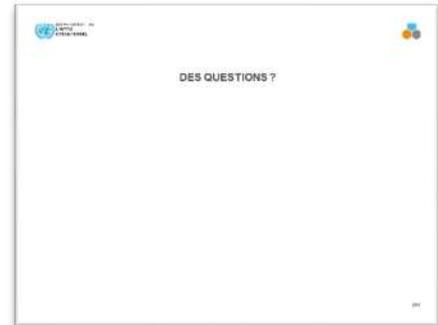
Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. L'assistant médical sur le terrain peut-il administrer des médicaments ?
 - Faux
2. Vrai ou faux - Le kit de traitement des blessures contient des médicaments contre la douleur et des antibiotiques.
 - Vrai
3. Comment prendre les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures ?



- Tous les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures doivent être pris par voie orale.
4. Qui doit prendre les médicaments inclus dans le kit de traitement des blessures ?
- Les victimes qui présentent une brèche dans la peau ou qui souffrent.

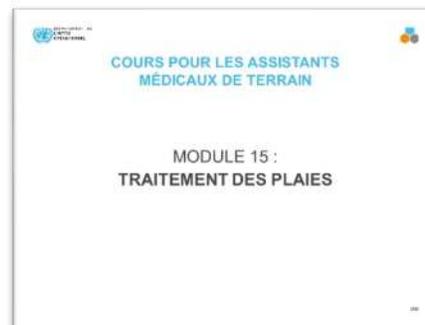
DIAPOSITIVE 15 - QUESTIONS



MODULE 15

TRAITEMENT DES PLAIES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en **deux** rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Traitement des plaies » comporte **un objectif d'apprentissage cognitif** et **un objectif d'apprentissage de performance**. L'objectif d'apprentissage cognitif consiste à identifier les considérations relatives au traitement des plaies, et l'objectif d'apprentissage de performance est d'effectuer une démonstration de l'application de pansements pour plaies sur une victime de traumatisme.

Les aspects essentiels consistent à reconnaître les plaies qui ne mettent pas la vie en danger, à savoir quelles sont les mesures à prendre pour les traiter et à quel stade de la séquence de traitement elles doivent être abordées, puis à effectuer une démonstration de l'application de pansements sur ces blessures.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain ; la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications, comme par exemple le traitement des plaies.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

Le traitement des plaies correspond au « W » de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - RÉÉVALUATION CONTINUE

Une fois l'hémorragie de la victime **maîtrisée**, continuez à effectuer des interventions de contrôle et à vérifier le traitement des plaies. Toutes les plaies doivent être **RÉÉVALUÉES FRÉQUEMMENT** afin d'assurer un contrôle continu des hémorragies.

N'OUBLIEZ JAMAIS UN GARROT QUE VOUS AVEZ APPLIQUÉ !

RAPPELEZ-VOUS : LES SAIGNEMENTS SONT LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS ÉVITABLES SUR LE CHAMP DE BATAILLE.



DIAPOSITIVE 7 - CONFIRMEZ QUE TOUTES LES PLAIES SONT PRISES EN COMPTE

Confirmez que **toutes les plaies** ont été traitées.

Réévaluez les plaies afin de détecter une éventuelle reprise du saignement sous la gaze ou sous les bandages pour vous assurer que le saignement est contrôlé.

Cherchez du sang qui coule autour des garrots, des bandages et des pansements ou sous ceux-ci.

Si le saignement n'a pas été contrôlé, resserrez le garrot ou le bandage compressif appliqué pour cette plaie, si possible, et refaites les pansements des autres plaies si nécessaire.

Vérifiez également les autres plaies pour vous assurer que :

- Les fractures sont fixées par une attelle
- Toutes les plaies sont bandées
- Les blessures oculaires sont protégées
- Les plaies thoraciques ouvertes sont prises en compte



DIAPOSITIVE 8 - TRAITEZ POUR ÉVITER LA REPRISE DES SAIGNEMENTS

Surveillez toujours les plaies, et **RÉÉVALUEZ** celles-ci **FRÉQUEMMENT** pour vous assurer que l'hémorragie a été contrôlée.

Recouvrez les plaies qui **continuent de saigner** à l'aide d'un nouveau pansement hémostatique.

Une fois que vous avez appliqué le pansement en exerçant une pression pendant **3 minutes**, observez



attentivement si le sang continue à s'écouler sous la gaze pour déterminer si le saignement a été contrôlé.

Une fois que vous êtes sûr que le saignement a cessé, appliquez un nouveau bandage compressif sur le pansement hémostatique.

RÉÉVALUEZ TOUJOURS LE TRAITEMENT pour vous assurer que le saignement demeure contrôlé.

DIAPOSITIVE 9 - PANSEMENTS ET BANDAGES POUR PLAIES MINEURES

Pansez toute **plaie non traitée** précédemment en appliquant (ou en tassant) de la gaze à l'aide d'une pression directe.

Les saignements ne mettant pas la vie en danger ne nécessitent généralement pas de pansement hémostatique.

Si vous ne disposez pas de pansement ni de gaze, utilisez un tissu propre et sec, comme par exemple des vêtements déchirés ou des foulards.

Les plaies mineures comprennent les coupures et les écorchures mineures, comme par exemple les éruptions cutanées.

Parmi les autres plaies qui peuvent avoir besoin d'être pansées figurent les plaies majeures qui ne saignent plus, comme par exemple les blessures suivantes :

- Moignons d'amputation
- Blessures par balle ayant nécessité un garrot
- Coupures majeures
- Blessures causées par un éclat d'obus, incluant encore éventuellement l'éclat d'obus
- Objets empalés



DIAPOSITIVE 10 - RÉÉVALUEZ LES BANDAGES APPLIQUÉS

Réévaluez constamment tous les bandages compressifs appliqués afin de détecter les éléments suivants :

- Augmentation de la douleur
- Couleur de la peau
- Perte de pouls

Si l'une de ces situations se manifeste, cela peut indiquer une urgence !

Dans ce cas, assurez-vous que le bandage appliqué n'est pas trop serré, et desserrez-le si nécessaire tout en maintenant le contrôle du saignement.

Et surtout, **N'OUBLIEZ JAMAIS UN BANDAGE QUE VOUS AVEZ APPLIQUÉ !**



DIAPOSITIVE 11 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

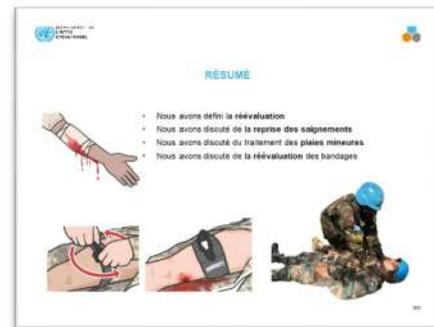
À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour travailler sur les aptitudes suivantes :

- Pansement pour plaies



DIAPOSITIVE 12 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé les considérations clés liées au traitement des plaies et à l'application de pansements sur une victime de traumatisme. Nous avons discuté de la manière de reconnaître les plaies qui ne mettent pas la vie en danger, des mesures à prendre pour les traiter, du moment où elles doivent être abordées dans la séquence de traitement et de la manière d'appliquer des pansements sur ces blessures.



DIAPOSITIVE 13 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Pourquoi toutes les plaies pansées doivent-elles être réévaluées en permanence ?
 - Pour assurer un contrôle continu des hémorragies.
2. Quand faut-il s'occuper des plaies mineures ?
 - Pendant l'étape « Plaies » (« Wounds ») de la séquence « MARCH PAWS ».



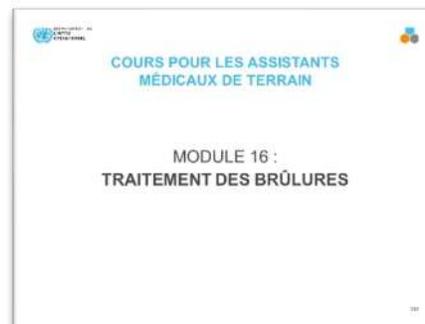
DIAPOSITIVE 14 - QUESTIONS



MODULE 16

TRAITEMENT DES BRÛLURES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Traitement des brûlures » comporte **trois objectifs d'apprentissage cognitifs** et deux objectifs d'apprentissage de performance.

Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les problèmes de sécurité liés au lieu dans les scénarios de brûlures et les actions requises pour sécuriser les lieux, à déterminer la gravité des brûlures et à estimer le pourcentage de la surface corporelle touchée par la brûlure.

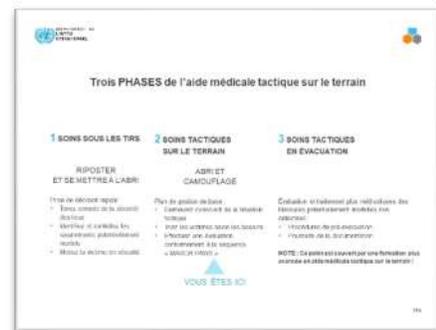
Les objectifs d'apprentissage de performance consistent à effectuer une démonstration de l'application d'un pansement pour brûlure et des techniques visant à prévenir la perte de chaleur (hypothermie) chez une victime de traumatisme par brûlure.

Les aspects essentiels consistent à reconnaître les problèmes de sécurité dans les scénarios de brûlures, à connaître les types de brûlures en fonction de leur gravité et à savoir estimer la surface corporelle affectée par une brûlure, puis à appliquer un ou plusieurs pansements pour brûlures et à utiliser les compétences nécessaires pour réussir à prévenir la perte de chaleur (hypothermie) chez une victime de traumatisme par brûlure.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain ; la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications, comme par exemple les brûlures.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

Les brûlures font partie de l'étape « **W** », pour « Wounds » (« Plaies »), de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - SUIVEZ LA SÉQUENCE « MARCH PAWS »

Une victime brûlée est toujours une **victime de traumatisme**.

Vous **devez** traiter toutes les autres **blessures potentiellement mortelles** en utilisant en priorité la séquence « MARCH PAWS ».

N'oubliez pas que tous les traitements de traumatologie peuvent être effectués sur ou à travers une peau brûlée.



DIAPOSITIVE 7 - CAUSES POTENTIELLES

Les brûlures peuvent survenir lors d'une fusillade, d'une explosion, d'un accident de véhicule ou d'avion, ou lors d'une exposition à des phénomènes électriques, thermiques ou chimiques.



DIAPOSITIVE 8 - CAUSE ÉLECTRIQUE

En cas de blessure causée par un phénomène électrique, la **première chose** à faire est de couper le courant, si possible. Sinon, éloignez la victime de la source électrique à l'aide d'un **objet non conducteur**, comme par exemple un bâton en bois. Ensuite, déplacez la victime vers un endroit sûr.



DIAPOSITIVE 9 - CAUSE THERMIQUE

Dans le cas d'une blessure causée par un phénomène thermique, comme par exemple les flammes et les éclairs, la première étape consiste à **arrêter la source de la brûlure**.

Il peut s'agir d'étouffer les flammes ou de retirer la victime de la source de chaleur, mais n'oubliez jamais de vous protéger contre les brûlures.

Ensuite, pour évaluer et gérer la brûlure, coupez les vêtements autour de la zone brûlée et décollez-les doucement. Si les vêtements sont collés à la



brûlure, **coupez autour des bords** du tissu qui a adhéré à la peau et laissez-le en place. **Ne le retirez pas** de la brûlure. Laissez le personnel médical s'occuper de l'enlèvement de tout matériel restant ou attaché lorsqu'il prend en charge la victime.

Veillez à ne pas saisir ni endommager davantage les zones brûlées en les manipulant lors des déplacements de la victime.

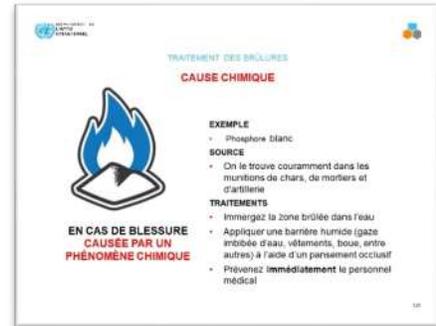
DIAPOSITIVE 10 - CAUSE CHIMIQUE

Les brûlures chimiques peuvent être causées par de nombreux types de produits chimiques présents dans les véhicules, dans les machines et même dans certaines armes.

Un exemple d'arme chimique **est le phosphore blanc**. On le trouve couramment dans les munitions de chars, de mortiers et d'artillerie.

Pour éviter que le produit chimique ne continue à brûler, **immergez la zone touchée dans l'eau**, si possible.

Si l'immersion n'est pas possible, le pansement doit être mouillé, ce qui peut être fait en appliquant une barrière humide, comme une gaze, un vêtement ou de la boue imbibés d'eau, et en le recouvrant d'un pansement occlusif. L'immersion de la zone affectée supprime l'apport d'oxygène qui provoque la brûlure. Prévenez immédiatement le personnel médical en cas de brûlure chimique.



DIAPOSITIVE 11 - APERÇU DES BRÛLURES (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 12 - GRAVITÉ DE LA BRÛLURE

La gravité des brûlures varie. Les photographies suivantes permettent d'identifier la gravité de la brûlure, en fonction de sa profondeur.

Les **brûlures superficielles**, ou **brûlures au premier degré**, présentent un rougissement semblable à un coup de soleil.



Les **brûlures** d'épaisseur partielle, ou **brûlures au second degré**, apparaissent également sous forme de rougeurs, mais peuvent aussi présenter des cloques.

Les **brûlures** de pleine épaisseur, ou **brûlures au troisième degré**, sont sèches, raides, parcheminées et de couleur variable.

DIAPOSITIVE 13 - LA RÈGLE DES NEUF

Il convient de consigner sur la fiche de blessé le pourcentage de la surface corporelle de la victime qui est affectée par la brûlure. La règle des neuf vous aidera à effectuer cette estimation. Le graphique ci-contre montre l'estimation pour chaque zone du corps :

Onze zones comportent chacune une surface corporelle de 9 % (la tête, les bras, l'avant et l'arrière des jambes, ainsi que l'avant et l'arrière du torse qui comportent chacun deux zones de 9 %).

De manière générale, on considère que la taille de la paume de la main représente environ 1 % de la surface corporelle. Lors d'une estimation, il est plus facile d'arrondir à la dizaine la plus proche. Si la moitié de la zone avant ou arrière est brûlée, la superficie sera égale à la moitié de la valeur de la zone.

Par exemple, si la moitié de la partie supérieure de la jambe avant ou de la partie inférieure de la jambe avant est brûlée, il s'agit de la moitié de 9 %, soit 4,5 %. Si la moitié du torse avant est brûlée, disons la partie supérieure ou inférieure du torse avant, alors le pourcentage correspond à la moitié de 18 %, soit 9 %. N'oubliez pas que plus le pourcentage de brûlures est élevé, plus le risque d'hypothermie est important.



DIAPOSITIVE 14 - SOINS DES BRÛLURES

Toutes les procédures d'aide médicale tactique sur le terrain peuvent être effectuées sur ou à travers une peau brûlée.

Retirez toutes les montres et tous les bijoux de la zone brûlée afin qu'ils ne provoquent pas de constriction lorsque le gonflement se produit.

Couvrez la zone brûlée à l'aide d'un pansement sec et stérile, si possible. Pour le **phosphore blanc** uniquement, recouvrez la zone d'un pansement humide.

RAPPELEZ-VOUS : Traitez d'abord la victime, pas la brûlure.



DIAPOSITIVE 15 - TRAITEMENT DES BRÛLURES + PRÉVENTION DE L'HYPOTHERMIE

Prenez garde aux brûlures accompagnées de saignements massifs. **Assurez-vous que les saignements sont contrôlés.**

Les patients brûlés sont particulièrement sensibles à l'hypothermie. Il convient de mettre particulièrement l'accent sur les méthodes de prévention de la perte de chaleur au moyen de barrières. Maintenez les victimes **hors du contact avec le sol** et placez-les sur une surface isolée dès que possible.

Pour les **brûlures étendues**, c'est-à-dire celles qui représentent **plus de 20 %** de la zone touchée, envisagez de placer la victime dans la coque thermo-réfléchissante pour couvrir les zones brûlées et prévenir l'hypothermie.

Quelle que soit la température ambiante, prévenez et gérez activement l'hypothermie des patients brûlés en utilisant ces méthodes.

Les brûlures faciales, en particulier celles qui se produisent dans des espaces fermés, peuvent être associées à des lésions par inhalation. Il convient de surveiller ces victimes de près afin de détecter d'éventuels problèmes de voies respiratoires. N'appliquez PAS de voie respiratoire nasopharyngée sur une victime présentant des signes de brûlures par inhalation. Prévenez le personnel médical dès que possible si vous soupçonnez une blessure par inhalation.

Des analgésiques peuvent être administrés pour traiter la douleur causée par les brûlures. L'antibiothérapie n'est pas seulement indiquée pour les brûlures mais doit également être administrée pour prévenir l'infection des plaies pénétrantes.

Tenez compte des interventions par temps chaud et par temps froid. Une perte de sang associée peut faire chuter la température du corps, même s'il fait chaud dehors. Ne couvrez jamais un garrot ; laissez-le bien en vue pour que le personnel médical puisse le voir facilement.



DIAPOSITIVE 16 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

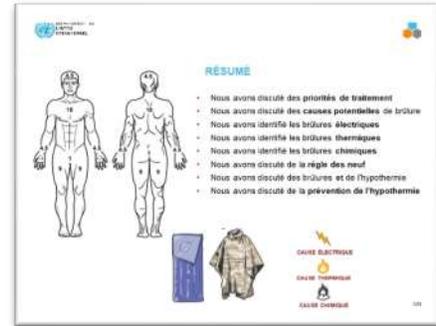
À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Pansement pour brûlure



DIAPOSITIVE 17 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons abordé le traitement des brûlures. Nous avons identifié les problèmes de sécurité dans les scénarios de brûlures et les actions requises pour sécuriser les lieux. Nous avons vu comment reconnaître les types de brûlures selon leur gravité et comment estimer la surface corporelle affectée par une brûlure. Nous avons également fait la démonstration de l'application d'un pansement pour brûlure et des techniques visant à prévenir la perte de chaleur chez une victime de traumatisme par brûlure.



DIAPOSITIVE 18 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quel type de pansement doit être placé sur les zones brûlées ?
 - Un pansement stérile sec.
2. Que devez-vous faire en premier lorsque vous rencontrez une victime souffrant d'une brûlure causée par un phénomène électrique ?
 - Sécuriser le courant, si possible ; sinon, éloigner la victime de la source électrique à l'aide d'un objet non conducteur, comme par exemple un bâton en bois.
3. Que devez-vous faire en premier lorsque vous rencontrez une victime souffrant d'une brûlure causée par un phénomène thermique ?
 - Arrêter la source de la brûlure.



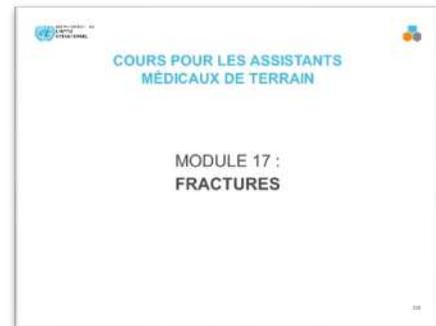
DIAPOSITIVE 19 - QUESTIONS



MODULE 17

FRACTURES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L’AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L’aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l’assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu’à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d’infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

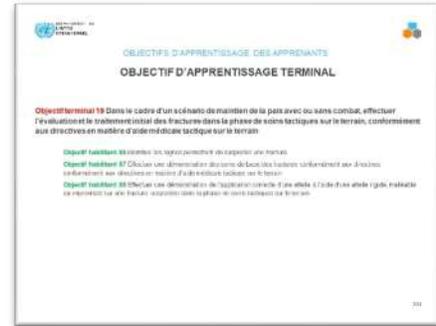
Votre rôle en tant qu’assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d’autres blessures associées mais n’engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Fractures » comporte un objectif d'apprentissage cognitif et deux objectifs d'apprentissage de performance.

L'objectif d'apprentissage cognitif consiste à identifier les signes permettant de suspecter une fracture, et les objectifs d'apprentissage de performance consistent à effectuer une démonstration des soins de base des fractures et de l'application correcte d'une attelle à l'aide d'une attelle rigide malléable ou improvisée sur une fracture suspectée sur une victime de traumatisme.

Les aspects essentiels consistent à reconnaître les fractures et à savoir comment les traiter, puis à appliquer les compétences nécessaires pour soigner avec succès une fracture chez une victime de traumatisme en appliquant une attelle appropriée.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DES SOINS TACTIQUES AUX VICTIMES DE COMBAT

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain ; la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications, comme par exemple les fractures.



DIAPOSITIVE 5 - « MARCH PAWS »

Les fractures correspondent au « S », pour « Splinting » (« Pose d'une attelle »), de la séquence « MARCH PAWS ».



DIAPOSITIVE 6 - ÉVALUATION D'UNE FRACTURE

Les fractures peuvent être **ouvertes** ou **fermées**.

Les **fractures fermées** ne présentent pas de plaie ouverte (brèche dans la peau).

Les **fractures ouvertes** présentent une plaie ouverte de la peau, incluant parfois une saillie de l'os, et ce type de fracture constitue un risque majeur d'infection grave.

Les signes avant-coureurs d'une fracture sont les suivants :

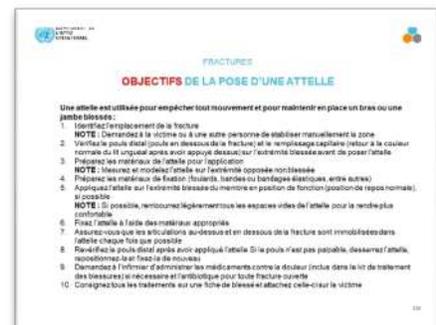
- Douleur et gonflement importants
- « Craquement » audible ou perçu
- Longueur ou forme différente du membre de la victime
- Perte du pouls ou de sensation dans le bras ou la jambe blessés
- Crépitations, qui consistent à entendre un craquement ou un bruit sec sous la peau lorsque la zone est déplacée



DIAPOSITIVE 7 - OBJECTIFS DE LA POSE D'UNE ATTELLE

Les attelles sont utilisées pour empêcher tout mouvement et maintenir en place un bras ou une jambe blessés :

1. Identifiez l'emplacement de la fracture.
NOTE : Demandez à la victime ou à une autre personne de stabiliser manuellement la zone.
2. Vérifiez le **pouls distal** (pouls en dessous de la fracture) et le remplissage capillaire (retour à la couleur du lit unguéal à la normale après avoir appuyé dessus) sur l'extrémité blessée avant de poser l'attelle.
3. Préparez les matériaux de l'attelle pour l'application.
NOTE : Mesurez et formez l'attelle sur l'extrémité opposée non blessée.
4. Préparez les matériaux de fixation (foulards, bandes ou bandages élastiques, entre autres).
5. Appliquez l'attelle sur l'extrémité blessée du membre en position de fonction (position de repos normale), si possible.
NOTE : Si possible, rembourrez légèrement tous les espaces vides de l'attelle pour la rendre plus confortable.
6. Fixez l'attelle à l'aide des matériaux appropriés.
7. Assurez-vous que les articulations au-dessus et au-dessous de la fracture sont immobilisées dans l'attelle chaque fois que possible.
8. Révérifiez le pouls distal après avoir appliqué l'attelle. Si le pouls n'est pas palpable, desserrez l'attelle, repositionnez-la et fixez-la de nouveau.
9. Consignez tous les traitements sur une fiche de blessé et attachez celle-ci sur la victime.



N'oubliez pas que si une plaie est située près d'une fracture, elle doit être correctement pansée avant la pose de l'attelle.

DIAPOSITIVE 8 - PRINCIPES RELATIFS À LA POSE DE L'ATTELLE

L'attelle peut être réalisée avec des matériaux rigides ou malléables trouvés dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat ou dans la trousse de traumatologie des Nations Unies, ou improvisée.

L'articulation au-dessus et en dessous du site de la fracture doit être immobilisée à l'aide de l'attelle.

Il est essentiel de vérifier les pouls distaux par rapport à la fracture avant et après la pose de l'attelle.



DIAPOSITIVE 9 - CE QU'IL FAUT ÉVITER LORS DE LA POSE D'UNE ATTELLE

- Manipulation excessive du site de la fracture, entraînant des douleurs, des dommages supplémentaires aux vaisseaux sanguins et aux nerfs, entre autres.
- Fixation trop serrée et coupure de la circulation sanguine
- Non-immobilisation de l'articulation au-dessus et en dessous de la fracture lorsque cela est possible
- Causer des blessures supplémentaires
- Générer un inconfort pour la victime pendant le transport ou l'évacuation
- Pose d'une attelle à proximité ou au-dessus d'une plaie qui n'a pas été correctement traitée



DIAPOSITIVE 10 - INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ATTELLES POSÉES SUR LES JAMBES

Faites attention à l'emplacement des foulards. N'appliquez pas de foulard sur le site de la fracture, car la pression ainsi exercée pourrait causer une blessure supplémentaire au niveau du site de la fracture.

Ne placez pas les extrémités de l'attelle contre l'aine, car cela pourrait interférer avec la circulation sanguine. Utilisez un rembourrage supplémentaire pour les articulations ou les zones sensibles, comme l'aine.

Tout d'abord, identifiez l'emplacement de la fracture. Ensuite, avant d'appliquer l'attelle, VÉRIFIEZ le pouls distal, qui est le pouls situé sous la fracture. Vérifiez également le remplissage capillaire de l'extrémité blessée. Cela peut être fait en voyant la couleur du lit unguéal revenir à la normale après avoir appuyé dessus.



DIAPOSITIVE 11 - INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ATTELLES POSÉES SUR LES JAMBES (SUITE)

APPLIQUEZ l'attelle sur l'extrémité blessée du membre en position de fonction ou en position de repos normale, si possible.



DIAPOSITIVE 12 - INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ATTELLES POSÉES SUR LES JAMBES (SUITE)

FIXEZ l'attelle à l'aide des matériaux appropriés.

ASSUREZ-VOUS que les articulations au-dessus et en dessous de la fracture sont immobilisées dans l'attelle chaque fois que possible.

REVÉRIFIEZ le pouls distal après avoir appliqué l'attelle.

Surveillez les signes d'une mauvaise circulation, notamment la froideur, l'engourdissement ou l'absence de pouls. Assurez-vous que les extrémités des objets rigides ne gênent pas la circulation sanguine.

S'il y a des signes de mauvaise circulation, desserrez l'attelle, repositionnez-la et remettez-la en place.



DIAPOSITIVE 13 - INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ATTELLES POSÉES SUR LES BRAS

Le mouvement ou la manipulation d'une extrémité fracturée entraîne une augmentation de la douleur :

- Si possible, demandez à la victime de soutenir son bras blessé pendant que vous préparez l'équipement.
- Modelez l'attelle rembourrée en utilisant le membre non blessé de la victime pour éviter toute manipulation inutile.
- Utilisez des bandages triangulaires pour immobiliser la fracture et fixez le membre au corps afin de minimiser les mouvements inutiles pendant le transport.



DIAPOSITIVE 14 - INSTRUCTIONS RELATIVES AUX ATTELLES POSÉES SUR LES BRAS (SUITE)

Placez les objets rigides de manière à ce qu'il y en ait un de chaque côté du bras ou de l'avant-bras blessé.

Dans la mesure du possible, positionnez les objets rigides de manière à ce que l'articulation au-dessus de la fracture et l'articulation en dessous de la fracture soient immobilisées.

Appliquez un rembourrage entre le bras et les attelles.

Fixez les attelles à l'aide de foulards, de bandes de tissu ou d'autres matériaux de fixation.

Si possible, placez deux foulards au-dessus du site de la fracture et deux en dessous de celui-ci.



DIAPOSITIVE 15 - POSE D'UNE ATTELLE SUR UN BRAS (VIDÉO)

Diffusez la vidéo.



DIAPOSITIVE 16 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Pose d'une attelle



DIAPOSITIVE 17 - RÉSUMÉ

L'aspect le plus important de l'attelle consiste à l'appliquer de manière à ne pas endommager les nerfs ou les vaisseaux sanguins du membre maintenu par l'attelle.

Avant et après la pose de l'attelle, évaluez les points suivants :

1. **Circulation** : vérifiez les pouls distaux par rapport à l'attelle (entre l'attelle et l'extrémité du bras ou de la jambe).



2. **Dimension motrice** : demandez à la victime de bouger les parties du corps distales par rapport à l'attelle, par exemple les doigts ou les orteils.
3. **Dimension sensorielle** : vérifiez si la victime peut sentir un léger toucher sur les parties du corps distales par rapport à l'attelle.

Après la pose de l'attelle, veillez à consigner la totalité de l'évaluation et du traitement sur la fiche de blessé.

DIAPOSITIVE 18 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Vrai ou faux : Lors de la pose d'une attelle, veillez à ce que les articulations situées au-dessus et en dessous de la fracture soient immobilisées dans l'attelle chaque fois que possible.
 - Vrai
2. Que devez-vous évaluer avant et après la pose d'une attelle ?
 - Circulation - vérification du pouls
 - Dimension motrice - mouvement
 - Dimension sensorielle - sensation



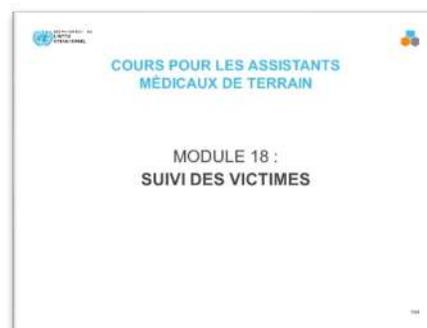
DIAPOSITIVE 19 - QUESTIONS



MODULE 18

SUIVI DES VICTIMES

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

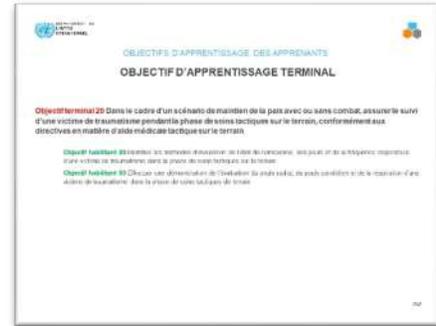
Le module « Suivi des victimes » comporte un objectif d'apprentissage cognitif et un objectif d'apprentissage de performance.

L'objectif d'apprentissage cognitif consiste à identifier les méthodes d'évaluation de l'état de conscience, des pouls et de la fréquence respiratoire d'une victime de traumatisme.

L'objectif d'apprentissage de performance consiste à effectuer la démonstration de l'évaluation du pouls radial ou carotidien et de la fréquence respiratoire d'une victime de traumatisme.

Les aspects critiques consistent à reconnaître quand et comment surveiller une victime de traumatisme, puis à appliquer les compétences nécessaires pour évaluer le pouls, la fréquence respiratoire et le niveau de conscience de la victime.

Les aspects critiques consistent à reconnaître quand et comment surveiller une victime de traumatisme, puis à appliquer les compétences nécessaires pour évaluer le pouls, la fréquence respiratoire et le niveau de conscience de la victime.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

N'oubliez pas que vous vous trouvez maintenant dans la phase de soins tactiques sur le terrain ; la priorité est donc passée du contrôle immédiat des hémorragies potentiellement mortelles tout en demeurant sous le feu de l'ennemi dans la phase de soins sous les tirs à la réévaluation de toutes les interventions précédentes, suivie de la prévention et du traitement d'autres blessures et d'autres complications. Le suivi des victimes est une partie importante de cette phase.



DIAPOSITIVE 5 - ÉVALUATION À L'AIDE DE LA SÉQUENCE « MARCH PAWS »

Après avoir procédé à l'évaluation initiale de la victime et effectué les traitements indiqués, continuez à la surveiller et à réévaluer son état **toutes les 5 à 10 minutes** jusqu'à ce que vous l'ayez confiée au personnel médical.

Au cours de vos réévaluations, suivez la séquence « MARCH PAWS » pour guider votre évaluation :



DIAPOSITIVE 9 - VÉRIFICATION DU POULS

Diffusez la vidéo.

L'évaluation de l'état circulatoire d'une victime se fait par la vérification des pouls.

En fonction de la victime et de ses blessures, vous pouvez vérifier le pouls de la victime au niveau de l'artère carotide (cou) ou de l'artère radiale (poignet).

Vous devez utiliser votre index ou votre majeur, **et NON votre pouce**, pour vérifier les pouls.

L'absence de pouls radial est une indication que la victime est en état de choc.

Notez les pouls et les emplacements, ainsi que l'heure à laquelle vous les avez évalués, sur la fiche de blessé.



DIAPOSITIVE 10 - VÉRIFICATION DES RESPIRATIONS

Un **autre signe à surveiller** est l'état respiratoire de la victime. Il s'agit de vérifier la fréquence et la qualité des respirations.

En **regardant**, en **écoutant** et en **sentant** les respirations sur votre joue, vous pouvez déterminer la fréquence respiratoire (documentée en nombre de respirations par minute) et l'effort respiratoire - respirations superficielles, difficultés à faire entrer et sortir l'air, perte du mouvement de l'air d'un côté de la poitrine, entre autres.

Notez la fréquence et l'effort respiratoires ainsi que l'heure à laquelle vous les avez évalués sur la fiche de blessé.

Si l'état respiratoire de la victime commence à changer, réévaluez son état en adoptant la même approche que celle utilisée pour l'évaluation tactique du traumatisme. Vous devrez peut-être insérer une voie respiratoire nasopharyngée, placer un joint thoracique ou effectuer une décompression thoracique à l'aiguille en cas de pneumothorax sous tension.



DIAPOSITIVE 11 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

Au cours de la mise en pratique des compétences, vous aurez la possibilité de vous exercer à vérifier le pouls et la fréquence respiratoire de vos camarades et à les consigner sur une fiche de blessé.



DIAPOSITIVE 12 - RÉSUMÉ

Des vidéos sur la vérification de l'état selon l'échelle EVDA, la vérification du pouls et la mesure de la fréquence respiratoire sont disponibles pour des informations supplémentaires.



DIAPOSITIVE 13 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Comment faut-il procéder au suivi d'une victime après avoir appliqué la séquence « MARCH PAWS » ?
 - Suivi des changements de l'état de conscience
 - Suivi du pouls
 - Suivi de la détresse respiratoire
 - Réévaluation de toutes les interventions précédentes



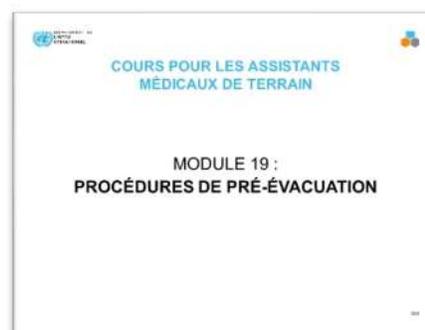
DIAPOSITIVE 14 - QUESTIONS



MODULE 19

PROCÉDURES DE PRÉ-ÉVACUATION, COMMUNICATION ET DOCUMENTATION

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Procédures de pré-évacuation » comporte **quatre objectifs d'apprentissage cognitifs et deux objectifs d'apprentissage de performance.**

Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier l'importance de la communication des informations sur les victimes et les techniques correspondantes, à connaître les informations requises et le format d'une demande d'évacuation (en 4 lignes), à déterminer l'ordre de priorité recommandé pour l'évacuation des victimes de combat, et à apprendre à consigner les informations concernant la victime sur la fiche de blessé.

Les objectifs d'apprentissage de performance consistent à effectuer une démonstration de la communication des informations de demande d'évacuation et du rapport d'information médicale modifié, ainsi que de la documentation appropriée des soins apportés à une victime de traumatisme.

Les aspects essentiels consistent à comprendre l'importance de la communication et à savoir quelles informations sont requises pour la détermination de l'ordre de priorité en matière d'évacuation, pour les demandes d'évacuation et pour la documentation des soins apportés aux victimes. Il est également nécessaire d'effectuer une démonstration des compétences requises pour documenter correctement les soins apportés aux victimes et pour communiquer une demande d'évacuation.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Les **procédures de pré-évacuation** font le lien entre les soins tactiques sur le terrain et les soins tactiques en évacuation.

Les mesures de contrôle des **hémorragies** **représentant un danger immédiat pour la vie de la victime**, suivi de la prévention et du traitement des autres blessures et complications, ont toutes été exécutées avant que la plupart des procédures de pré-évacuation ne soient lancées, bien que certaines démarches de communication et de documentation puissent être en cours pendant la phase de soins tactiques sur le terrain.



DIAPOSITIVE 5 - COMMUNICATION

Communiquez avec la victime **tout au long des soins**.

Le fait de souffrir d'une blessure physique peut générer une anxiété et une peur importantes, au-delà du traumatisme psychologique du combat.

Parlez franchement avec la victime de ses blessures.

Rassurez-la en décrivant les traitements dispensés. Insistez sur le fait que tout ce qui est possible est fait pour l'aider et qu'elle sera bien prise en charge. Ces mesures permettront de lutter contre son anxiété.

Soyez honnête au sujet des blessures subies, mais gardez une attitude positive quant au sauvetage et au traitement. Parler avec la victime vous permettra d'évaluer son état mental, tandis que le fait de parler tout au long des procédures vous aidera à conserver votre confiance et celle de la victime à votre égard.

Communiquez **avec le commandement tactique dès que possible** et tout au long du traitement de la victime. Le commandement tactique doit comprendre l'incidence de la situation sur la mission.

Par exemple, le commandement tactique peut avoir besoin de savoir :

- Combien de pertes ont été infligées ;
- Qui fait partie des victimes ;
- Si la victime peut encore se battre ;
- Si la menace ennemie a été éliminée ;
- Si les systèmes d'armes sont hors service ou si les champs de tir ne sont pas couverts parce que l'unité a subi des pertes ;
- - S'il est nécessaire que d'autres personnes occupent les positions de combat des victimes.

Communiquez avec la cellule de coordination de l'évacuation pour organiser l'évacuation sanitaire primaire. Communiquez aux prestataires de soins médicaux les détails des blessures de la victime. Cela inclut la communication dans un format en 4 lignes et les rapports **MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement)** en cours.

Les responsables médicaux peuvent avoir besoin de savoir :

- Quelles sont les blessures subies ;
- Quel est l'état mental et physique de chaque victime ;
- Quels traitements ont été effectués et quels traitements sont nécessaires ;
- Si l'infirmier doit trier des blessés multiples ;
- Si l'infirmier doit se déplacer vers une victime, ou si la victime doit être déplacée vers l'infirmier ;
- Si l'unité doit déployer des civières ou des équipements d'extraction.



DIAPOSITIVE 6 - COMMUNIQUEZ LES DONNÉES PERTINENTES SUR LA VICTIME

Il peut être difficile de rédiger la **documentation médicale** dans un contexte préhospitalier tactique, mais il est important pour les **soins ultérieurs** de la victime que tous les efforts soient faits pour documenter les soins fournis par les premiers intervenants et par les infirmiers tout au long du continuum des soins de traumatologie, depuis le lieu où la blessure a été subie jusqu'aux soins définitifs dispensés à l'hôpital.

La communication est également importante, car l'existence de cette victime blessée peut avoir une incidence sur le succès de la mission ou modifier le paysage tactique.

Une **fiche de blessé** est fournie dans chaque trousse de premiers secours pour les camarades de combat. Basée sur les principes relatifs à l'aide médicale tactique sur le terrain, cette fiche offre un moyen facile de documenter les premiers soins essentiels à la survie de la victime qui ont été prodigués sur les lieux où celle-ci a été blessée. Elle sert également d'aide-mémoire pour rappeler aux premiers intervenants les étapes d'évaluation et de traitement de la séquence « MARCH PAWS ».

La fiche de blessé est relativement explicite, mais peut comporter des acronymes ou des sections qui sont moins intuitifs pour une personne qui n'en a jamais rempli auparavant. Nous allons donc regarder cette vidéo sur le sujet pour nous familiariser avec le formulaire, puis nous nous exercerons à en remplir un sur chaque victime pendant le reste de la formation aux compétences. Ces informations sur la victime éclairent la demande d'évacuation médicale et peuvent être recueillies en même temps que les autres informations requises.

MIST est l'abréviation des termes anglais « **Mechanism of injury, Injuries, Signs and Symptoms, and Treatment** » (**mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement**). Les rapports MIST sont devenus la norme sur les théâtres d'opérations. Ils permettent de transmettre les informations médicales au centre de traitement d'accueil et à la plateforme d'évacuation. Le rapport MIST transmet des informations supplémentaires en matière d'évacuation qui peuvent être requises par les commandants d'opération.

Les informations contenues dans le rapport MIST aident le centre médical d'accueil à mieux se préparer à recevoir des victimes spécifiques. Idéalement, le transfert des soins aux victimes vers une autre équipe médicale doit s'accompagner d'un échange oral sur l'état de la victime, ainsi que de la documentation écrite sur la fiche de blessé. Mais dans les cas où un échange oral dans le cadre d'un transfert n'est pas une option viable, les informations écrites peuvent être le seul moyen pour le personnel médical d'accueil de savoir ce que vous avez fait pour aider la victime et quelles sont les prochaines étapes à suivre pour fournir les meilleurs soins possibles.



DIAPOSITIVE 7 - DEMANDE D'ÉVACUATION DES VICTIMES

Chaque membre du personnel de maintien de la paix des Nations Unies devrait être **en mesure de présenter** une demande d'évacuation médicale.

En fonction de la situation, des moyens de transport seront envoyés en vue de l'évacuation sanitaire primaire.

Les plateformes d'évacuation médicale sur mesure sont marquées d'une **croix rouge** et **ne peuvent pas** être utilisées pour des missions non médicales.

Communiquez avec le système d'évacuation pour organiser l'évacuation sanitaire primaire. Communiquez avec les prestataires de soins médicaux sur le lieu d'évacuation, si possible, et transmettez les informations concernant le mécanisme de la blessure, les blessures subies, les signes ou les symptômes et les traitements administrés. Fournissez des informations supplémentaires si nécessaire.



DIAPOSITIVE 8 - POINTS CLÉS DE LA DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE SECONDAIRE

Diffusez la vidéo.

Avant de présenter une demande d'évacuation, recueillez toutes les informations dont vous aurez besoin et, lorsque vous appelez, assurez-vous de suivre la totalité des protocoles et des conseils appropriés en matière de communication.

N'oubliez pas que lorsque vous demandez une évacuation médicale, vous n'effectuez pas directement la coordination avec les prestataires de soins médicaux, mais vous expliquez vos besoins d'évacuation à une personne qui coordonne les mouvements des moyens aériens.

Bien que cette personne ait tout de même besoin de certaines informations générales sur l'état de la victime, la plupart des informations qui lui sont nécessaires pour coordonner l'évacuation ne sont pas cliniques et concernent des questions logistiques et opérationnelles.



DIAPOSITIVE 9 - 4 LIGNES : LES LIGNES 1 À 4 DE LA DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE PRIMAIRE

La demande standard d'évacuation sanitaire primaire comporte **4 lignes**.

En utilisant un **alphabet phonétique** et en suivant les procédures de communication normales de votre unité, indiquez votre position sur la grille, votre fréquence radio et



votre indicatif d'appel, le nombre de victimes que vous avez par ordre de préséance, le nombre de civières, et le nombre de victimes ambulatoires.

DIAPOSITIVE 10 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

À ce stade, nous nous répartirons en groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner aux aptitudes suivantes :

- Demande en 4 lignes et rapport MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement)



DIAPOSITIVE 11 - CATÉGORIES DE VICTIMES



DIAPOSITIVE 12 - SUR-CATÉGORISATION

Il est important de **catégoriser avec précision les victimes** pour l'évacuation sanitaire primaire afin de garantir que les ressources d'évacuation limitées sont utilisées aussi efficacement que possible.

La **sur-catégorisation** est une tendance à catégoriser une plaie ou une blessure comme étant plus grave qu'elle ne l'est en réalité. Cela a été et est actuellement un problème sur le champ de bataille.

Une **catégorisation adéquate** permet de trier les victimes dans l'ordre des besoins les plus importants et d'éviter d'envoyer des moyens d'évacuation vers une victime dont les blessures sont moins graves alors que l'évacuation d'une victime plus gravement blessée est retardée.



DIAPOSITIVE 13 - COMMUNIQUEZ ET DOCUMENTEZ

En résumé, pendant la phase de soins tactiques sur le terrain, nous devons continuer à communiquer avec la victime et avec le commandement tactique, et présenter la demande d'évacuation.

Chaque membre de l'unité doit être préparé à exécuter n'importe laquelle de ces exigences de communication.

Il est **important** que toutes les actions et informations en matière d'aide médicale tactique sur le terrain soient documentées pour chaque victime afin que le prestataire suivant dans le continuum des soins aux victimes sache quelles interventions ont été effectuées, y compris les heures de pose des garrots et les médicaments administrés, entre autres.



DIAPOSITIVE 14 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

Au cours de la phase de mise en pratique des compétences de ce module, vous serez tous confrontés à un scénario qui vous demandera de remplir une fiche de blessé, en documentant les blessures et le traitement de la victime. Ensuite, à l'aide de ces informations et d'autres informations tirées du scénario, vous devrez préparer un rapport MIST (mécanisme de la blessure, blessures, symptômes et traitement), puis présenter une demande d'évacuation sanitaire primaire en 4 lignes.



DIAPOSITIVE 15 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons souligné l'importance de la communication des informations sur les victimes et les techniques correspondantes. Nous avons montré comment communiquer les informations relatives à une demande d'évacuation et un rapport d'information médicale modifié, et comment documenter correctement les soins apportés à une victime de traumatisme. Nous avons abordé les exigences en matière d'information et le format d'une demande d'évacuation (en 4 lignes), l'ordre de priorité recommandé pour l'évacuation des victimes de combat, et la documentation des informations au sujet des victimes sur la fiche de blessé.

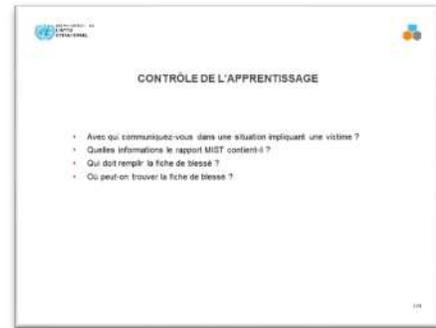


DIAPOSITIVE 16 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Avec qui communiquez-vous dans une situation impliquant une victime ?
 - La victime
 - Le commandant tactique
 - Le personnel médical à l'arrivée
2. Quelles informations le rapport MIST contient-il ?
 - Mécanisme de la blessure
 - Blessures
 - Symptômes
 - Traitement
3. Qui doit remplir la fiche de blessé ?
 - La fiche doit être remplie par la personne qui s'occupe de la victime.
4. Où peut-on trouver la fiche de blessé ?
 - Dans la trousse de premiers secours pour les camarades de combat de la victime.



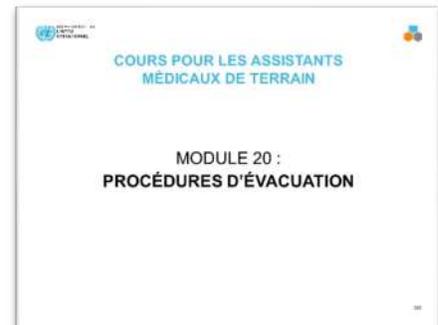
DIAPOSITIVE 17 - QUESTIONS



MODULE 20

PROCÉDURES D'ÉVACUATION

DIAPOSITIVE 1 - DIAPOSITIVE TITRE



DIAPOSITIVE 2 – RÔLES DANS LE CADRE DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

L'aide médicale tactique sur le terrain se décompose en deux rôles de soins. Le cours le plus élémentaire dans ce domaine est le cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies, qui vise à enseigner les fondamentaux indispensables du contrôle des hémorragies et à montrer comment reconnaître les blessures plus graves.



Votre rôle est celui de l'assistant médical sur le terrain. Vous apprendrez ainsi à prodiguer des soins plus avancés pour traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, ainsi qu'à reconnaître et à prévenir les complications potentiellement mortelles de ces blessures et à les communiquer au personnel médical.

Le rôle d'infirmier de combat comprend des soins beaucoup plus avancés et invasifs, qui exigent des connaissances et des compétences médicales beaucoup plus poussées.

Enfin, le dernier rôle est celui des professionnels de la santé, tels que les auxiliaires sanitaires, les infirmiers et les médecins, qui fournissent les soins les plus sophistiqués pour maintenir nos guerriers blessés en vie et les acheminer vers un établissement de soins définitif.

Votre rôle en tant qu'assistant médical sur le terrain est de traiter les causes les plus courantes de décès sur le champ de bataille, à savoir les hémorragies massives et les problèmes respiratoires. Vous acquerrez également les compétences nécessaires pour prévenir les complications et traiter d'autres blessures associées mais n'engageant pas immédiatement le pronostic vital.

DIAPOSITIVE 3 - OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE TERMINAUX / OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE HABILITANTS

Le module « Procédures d'évacuation » comporte **sept objectifs d'apprentissage cognitifs et un objectif d'apprentissage de performance.**

Les objectifs d'apprentissage cognitifs consistent à identifier les considérations et les procédures fondamentales pour le placement des victimes, à comprendre l'importance de la préparation de l'équipement d'évacuation avant la mission, à identifier les considérations et les précautions requises pour l'évacuation des victimes dont on soupçonne qu'elles ont une lésion de la colonne vertébrale, à déterminer les actions et les vérifications essentielles pour préparer les victimes à l'évacuation, à recenser les méthodes de sélection des civières et de l'équipement d'évacuation, à définir les éléments à prendre en compte pour l'évacuation des blessés ambulatoires ou en état de marcher et à identifier l'importance de la présentation d'une analyse après action au sujet des victimes et les informations à inclure dans celle-ci.

L'objectif d'apprentissage de performance consiste à effectuer une démonstration de la préparation d'une victime en vue de son évacuation dans la phase de soins tactiques sur le terrain.

Les aspects essentiels consistent à être en mesure de reconnaître les aspects à prendre en compte pour le placement des victimes en vue de l'évacuation, à préparer l'équipement et les civières pour l'évacuation, à préparer les victimes pour l'évacuation, y compris les victimes dont on soupçonne qu'elles ont une lésion de la colonne vertébrale et les victimes ambulatoires, et à définir les informations nécessaires dans une analyse après action au sujet des victimes.

En outre, il est important d'être capable d'appliquer les compétences nécessaires pour préparer une victime à l'évacuation.



DIAPOSITIVE 4 - LES TROIS PHASES DE L'AIDE MÉDICALE TACTIQUE SUR LE TERRAIN

Les **procédures d'évacuation** font partie de la phase d'évacuation sanitaire primaire, une fois qu'il a été procédé au contrôle des hémorragies mettant la vie de la victime en danger immédiat, suivi de la prévention et du traitement des autres blessures et complications.



DIAPOSITIVE 5 - ACTIONS IMPORTANTES (DANS CE MODULE) Outre la demande d'évacuation médicale, plusieurs mesures doivent être prises pour mieux préparer la victime à l'évacuation.

Il s'agit notamment de **sécuriser les armes** et **l'équipement de la victime** conformément aux procédures opérationnelles permanentes de l'unité ou aux exigences de la mission, de sélectionner une civière qui réponde aux besoins de la victime et au profil de la mission, de préparer tout équipement dont la victime peut devoir être accompagnée pendant son évacuation, puis de préparer effectivement la victime à l'évacuation.



DIAPOSITIVE 6 - SÉCURISER L'ÉQUIPEMENT DE LA VICTIME

Les victimes sont souvent incapables de sécuriser leurs propres armes en raison de la nature de leurs blessures ou d'un état mental altéré, et il est important de sécuriser leur arme et leur équipement conformément aux procédures opérationnelles permanentes de l'unité ou aux exigences de la mission.

L'arme doit être évacuée avec la victime. Veillez à la **décharger** et à la sécuriser lorsque vous préparez le déplacement.

N'évacuez **PAS** les **explosifs** avec la victime.

N'oubliez pas que le personnel médical qui prend la victime en charge peut ne pas être familiarisé avec l'équipement ou ne pas avoir de moyen de le sécuriser.



DIAPOSITIVE 7 - ÉQUIPEMENT D'ÉVACUATION

Le **matériel d'évacuation essentiel** (par exemple, les civières, le matériel de mise en condition pour le transport, les ballons-masque à valve) doit être préparé par d'autres membres de l'unité pendant que le traitement se poursuit, en coordination avec l'équipe de traitement des victimes, afin de gagner du temps.

Par exemple, d'autres membres de l'unité peuvent préparer les civières pendant que le traitement est dispensé.

Ne tardez pas à mettre les victimes sur des civières. Vous pouvez mieux prévenir l'hypothermie en plaçant les victimes hors du contact avec le sol.



DIAPOSITIVE 8 - CIVIÈRES

Le déplacement des victimes dans la phase de soins tactiques sur le terrain peut être mieux accompli à l'aide de civières, en raison de la situation tactique et de la nécessité de déplacer rapidement les victimes. La civière n'existe que pour faciliter le déplacement des victimes, et celles-ci peuvent être placées dans la position qui facilite au mieux leurs soins et leur confort.

Les victimes **NE** doivent **PAS** nécessairement être placées sur le dos sur une civière.

Il est plus facile de les déplacer si elles sont déjà sur la civière ; cependant, elles doivent être attachées à la civière avant d'être déplacées.

Les civières sont aussi généralement plus appropriées pour déplacer les victimes sur de longues distances.

Tous les membres de l'unité doivent savoir comment **ouvrir** et **installer** les civières et s'entraîner à les utiliser lors de la formation préalable à la mission.

Tous les membres de l'unité doivent savoir qui portera les civières et où celles-ci se trouvent sur les véhicules.



DIAPOSITIVE 9 - SÉLECTION DE LA CIVIÈRE

Le choix de la civière appropriée dépend de plusieurs facteurs différents : 1) la plateforme d'évacuation, 2) le terrain sur le lieu de ramassage, 3) les blessures de la victime, et 4) la disponibilité de différents types de civières.

Par exemple, deux des civières les plus courantes sont la civière pliable en quatre et les brancards flexibles légers (comme le Skedco).

Elles présentent l'une et l'autre des **avantages** et des **inconvénients**, et peuvent être appropriées en fonction de la situation.

Par exemple, les civières souples peuvent être traînées par une seule personne (si le terrain le permet), mais il est plus difficile de les transporter sur de longues distances qu'une civière pliable en quatre.

Chaque unité sera équipée de civières qui ont été éprouvées pour soutenir **son profil de mission**, et il est important que vous connaissiez les limites et les avantages de chaque civière se trouvant à votre disposition avant d'être déployé dans une situation où vous en aurez besoin.



DIAPOSITIVE 10 - MISE EN CONDITION DE LA VICTIME POUR LE TRANSPORT

N'oubliez pas que lorsque vous préparez une victime en vue de son évacuation, vous devez anticiper les facteurs environnementaux qui pourraient empêcher son état de rester stable, comme par exemple les bruits extrêmes, les vibrations, les vents forts dus au souffle des hélices et l'exposition à des environnements froids dus à l'altitude ou à des températures ambiantes basses.

Élaborez un plan pour atténuer chacune de ces menaces potentielles lors de la préparation de votre victime.

Fixez toutes les extrémités libres des bandages, des équipements médicaux et des matériaux de prévention de l'hypothermie.

Vous devez **empêcher** que les pansements et les autres articles médicaux soient emportés par le souffle du rotor ou s'enchevêtrent avec d'autres équipements.

Les matériaux mal fixés peuvent s'accrocher à tout, des branches d'arbres aux gilets pare-balles des porteurs de civière en passant par les pièces d'avions ou de véhicules. Tout accroch de ce type peut entraîner des retards dans l'évacuation, voire des blessures supplémentaires pour les patients ou les prestataires. Les couvertures et les matériaux à base de feuilles contre l'hypothermie sont particulièrement susceptibles d'être happés par le vent.

Procédez à la mise en condition de la victime pour le transport. L'équipement de prévention de l'hypothermie doit être rangé et fixé sous la victime et les sangles de la civière. Les bords non fixés peuvent être happés par le souffle du vent ou du rotor, ou s'accrocher à des objets dans l'hélicoptère lorsque la victime est chargée à bord.

Rappelez-vous, **NE** couvrez **PAS** les garrots. Gardez la fiche de blessé des Nations Unies attachée à la victime.



DIAPOSITIVE 11 - ASPECTS À PRENDRE EN COMPTE POUR L'ÉVACUATION DES VICTIMES DONT ON SUSPECTE QU'ELLES ONT UNE LÉSION DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Comme indiqué précédemment, vous devez vous attendre à la présence d'une **lésion de la colonne vertébrale** dans certaines situations, comme les chutes rapides ou la proximité d'une explosion importante.

Dans ces cas, lorsque cela est possible sur le plan tactique, il faut s'assurer que la colonne cervicale est immobilisée et que la victime est maintenue dans une position droite pendant l'évacuation.

Gardez à l'esprit le type de civière et la plateforme d'évacuation et assurez-vous que le véhicule terrestre ou aérien d'évacuation peut accueillir la civière sélectionnée.



DIAPOSITIVE 12 - BLESSÉS EN ÉTAT DE MARCHER

Toutes les victimes ne nécessitent pas une civière pour être évacuées.

Pour les victimes qui sont encore **ambulateurs**, fournissez des instructions ou de l'aide si nécessaire. Selon la nature de leurs blessures, elles peuvent être en mesure d'aider à porter les civières ou à assurer la sécurité.

Il est préférable de guider les victimes désorientées ou souffrant d'une altération de la vision en leur demandant de poser leur main sur l'épaule de la victime qui se trouve devant elles ou d'un accompagnateur non médical pendant qu'elles se déplacent vers la plateforme d'évacuation.

Apprenez-leur à vérifier elles-mêmes de manière répétée leurs plaies et leurs pansements pour s'assurer que le saignement demeure contrôlé tout au long du processus d'évacuation.



DIAPOSITIVE 13 - PLACEMENT DES VICTIMES

Le processus de placement des victimes revêt une importance particulière lorsqu'il s'agit de déplacer plus d'une victime.

Selon les instructions du personnel chargé de l'évacuation médicale, certaines victimes sont prioritaires et doivent être chargées en dernier, afin d'être les premières à être déchargées à destination.

Si vous ne recevez pas d'instructions spécifiques, placez la victime qui semble être la **plus grave** dans une position où elle est **chargée en dernier**, et faites charger les victimes qui sont peut-être moins gravement blessées avant elle.

Vous pouvez également être amené à participer au balisage de la zone d'atterrissage, à contribuer à assurer la sécurité ou à aider au rassemblement des équipages des avions ou des équipes de porteurs de civière.



DIAPOSITIVE 14 - ANALYSE MÉDICALE APRÈS ACTION

La documentation de l'aide médicale tactique sur le terrain est d'une importance capitale.

La documentation de l'aide médicale tactique sur le terrain doit être effectuée à l'aide de la fiche de blessé des Nations Unies (qui se trouve dans la trousse de traumatologie des Nations Unies) au moment où le traitement est administré, dans la mesure du possible.



Si les soins ne peuvent pas être documentés au moyen de la fiche de blessé des Nations Unies par le premier intervenant ou par l'assistant médical sur le terrain sur le lieu des soins, ils doivent être documentés à l'aide de l'analyse après action en matière d'aide médicale tactique sur le terrain dès que possible (dans les 72 heures) après le traitement.

Le premier intervenant non médical ou l'assistant médical sur le terrain doit assurer le suivi avec le personnel médical de l'unité de soutien pour remplir et soumettre l'analyse après action en matière d'aide médicale tactique sur le terrain.

DIAPOSITIVE 15 - MISE EN PRATIQUE DES COMPÉTENCES

Dans la phase de mise en pratique des compétences au sujet des procédures d'évacuation, vous serez confronté à des scénarios dans lesquels vous devrez prendre des décisions sur la préparation de vos victimes en vue de l'évacuation, pourrez solliciter les moyens d'évacuation, puis devrez placer et charger les victimes sur une plateforme d'évacuation, en utilisant toutes les informations que vous venez d'apprendre.



DIAPOSITIVE 16 - RÉSUMÉ

Dans ce module, nous avons examiné la préparation d'une victime en vue de son évacuation dans le cadre des soins tactiques sur le terrain. Nous avons évoqué les considérations et les procédures fondamentales pour le placement des victimes, l'importance de la préparation de l'équipement d'évacuation avant la mission, les considérations et les précautions requises pour l'évacuation des victimes dont on soupçonne qu'elles ont une lésion de la colonne vertébrale, les actions et les vérifications essentielles pour préparer les victimes à l'évacuation, les méthodes de sélection des civières et de l'équipement d'évacuation, les éléments à prendre en compte pour l'évacuation des blessés ambulatoires ou en état de marcher, et les considérations liées à la présentation d'une analyse après action au sujet des victimes.



DIAPOSITIVE 17 - CONTRÔLE DE L'APPRENTISSAGE

Posez des questions aux apprenants en vous référant aux concepts clés du module.

Effectuons à présent un contrôle de l'apprentissage.

1. Quelles actions sont nécessaires pour préparer l'évacuation ?

- Sécuriser l'équipement de la victime.
- Préparer l'équipement d'évacuation.



- Sélectionner une civière et la préparer.
- Mettre la victime en condition en vue de son évacuation.

2. En quoi consiste le placement des victimes ?

- À être prêt pour l'arrivée de la plateforme d'évacuation.
- À placer les victimes dans la séquence de chargement de la plateforme d'évacuation.
- À utiliser un marquage spécifique à l'unité ou des bâtons lumineux à code couleur pour identifier les catégories d'évacuation des victimes.
- À assurer la sécurité au point d'évacuation conformément aux procédures opérationnelles permanentes.

DIAPOSITIVE 18 - QUESTIONS



DIAPOSITIVE 19 - ÉVALUATION TACTIQUE DES TRAUMATISMES - PRATIQUE POUR LES APPRENANTS

À ce stade, nous nous répartirons dans nos groupes de mise en pratique des compétences pour nous entraîner à l'aptitude suivante :

Évaluation tactique des traumatismes - Pratique pour les apprenants.



Annexe A : Références relatives aux politiques des Nations Unies

Ce manuel a été élaboré et diffusé conformément au cadre de formation des Nations Unies, en particulier :

- Département des opérations de maintien de la paix et Département de l'appui aux missions du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. *Politique relative à la vérification et à l'amélioration de la préparation opérationnelle*. Réf. 2015.16
- Département des opérations de maintien de la paix et Département de l'appui aux missions du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. *Policy. Training for all United Nations Peacekeeping Personnel*. Réf. 2010.20
- Département des opérations de maintien de la paix et Département de l'appui aux missions du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. *Procédures opérationnelles permanentes. Formation des formateurs*. Réf. 2009.24
- Département des opérations de maintien de la paix et Département de l'appui aux missions du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies. *Guidelines. Design, Delivery and Evaluation of Training (Training Cycle)*. Réf. 2014.3
- Département des opérations de maintien de la paix du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies et Division des politiques, de l'évaluation et de la formation. Service intégré de formation. Équipe de soutien aux États Membres. *Procédures opérationnelles standard. Formation des formateurs (PROJET) 2012*

Annexe B : MODIFICATIONS

Numéro	Objet	Brève description	Date d'effet

Annexe C : Équivalences terminologiques entre le cours de soins tactiques aux victimes de combat (Tactical Combat Casualty Care, ou TCCC) et le Cours d'assistants médicaux sur le terrain

L'équivalent du terme « soins tactiques aux victimes de combat (Tactical Combat Casualty Care, ou TCCC) » employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est l'aide médicale tactique sur le terrain.

L'équivalent de la qualification de sauveteur au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC Combat Lifesaver) employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la qualification d'assistant médical sur le terrain.

L'équivalent de la fiche d'évacuation médicale en 9 lignes de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la fiche d'évacuation en 4 lignes des Nations Unies.

L'équivalent du formulaire DD 1380 de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la fiche de blessé des Nations Unies.

L'équivalent de l'évacuation sanitaire primaire/secondaire/tactique de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est l'évacuation sanitaire primaire des Nations Unies.

L'équivalent de la trousse commune de premiers secours de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la trousse de premiers secours pour les camarades de combat.

L'équivalent de la trousse de sauvetage au combat de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est la trousse de traumatologie des Nations Unies.

L'équivalent du terme « combat » ou « combattant » de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est « maintien de la paix » ou « soldat de la paix ».

L'équivalent du kit de traitement des blessures de combat de TCCC employé dans le cadre de la formation des Nations Unies est le kit de traitement des blessures.

Annexe D : Boîte à outils pour les formateurs

I. Fondements et conception du Cours d'assistants médicaux sur le terrain et du cours de formation des formateurs

a. Aperçu du cours

Le Cours d'assistants médicaux sur le terrain est un cours intermédiaire entre le cours sur les premiers secours pour les camarades de combat et le cours pour les infirmiers d'unité. Il permet au personnel non médical d'acquérir une meilleure capacité à sauver des vies et à améliorer les résultats. Comme indiqué précédemment, ce cours s'appuie largement sur le cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC Combat Lifesaver). Cette boîte à outils vise à fournir aux formateurs principaux, aux formateurs et aux institutions de formation des liens vers des ressources précieuses pour préparer et dispenser le cours. En raison de la similitude entre les soins tactiques aux victimes de combat (TCCC) et l'aide médicale tactique sur le terrain, le matériel et les ressources de Deployed Medicine en matière de soins tactiques aux victimes de combat peuvent être utilisés, mais les différences entre ces deux cours doivent être notées, comme indiqué au début de ce manuel.

b. Conditions préalables

- i. Apprenants : Les apprenants du Cours d'assistants médicaux sur le terrain sont sélectionnés après avoir suivi avec succès le cours de premiers secours pour les camarades de combat et bénéficié d'une recommandation de la part des commandants. Ils doivent maîtriser l'anglais.
- ii. Formateurs : Les formateurs principaux sélectionnent les formateurs du Cours d'assistants médicaux sur le terrain parmi le personnel de formation du centre de formation de la nation hôte, et leur demandent ensuite de suivre le cours de formation des formateurs en ligne sur les soins tactiques aux victimes de combat (TCCC) et de participer aux cours de formation d'assistants médicaux sur le terrain sous la supervision d'un surveillant, afin d'obtenir le statut d'instructeur à part entière du Cours d'assistants médicaux sur le terrain. Il s'agit d'un processus interne au centre d'instruction du pays hôte, mais il peut bénéficier de l'aide des formateurs principaux et des formateurs du Cours d'assistants médicaux sur le terrain d'autres pays.
- iii. Formateurs principaux : Ils sont sélectionnés par les pays d'accueil, puis participent à l'atelier pour les formateurs principaux des Nations Unies et dispensent le Cours d'assistants médicaux sur le terrain en personne, tout en faisant l'objet d'une supervision ; s'ils réussissent, ils sont alors considérés comme des formateurs principaux.

c. Cadre de compétences

Le cours de premiers secours pour les camarades de combat s'appuie largement sur la formation aux soins tactiques aux victimes de combat à l'intention de tous les membres des forces armées (TCCC ASM), et le Cours d'assistants médicaux sur le terrain s'appuie largement sur la formation de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat. Le cadre de compétences de ces cours est quasiment identique, à l'exception du cours de premiers secours pour les camarades de combat et du Cours d'assistants médicaux sur le terrain, qui n'incluent pas le kit de traitement des blessures de combat approuvé par TCCC.

Des informations supplémentaires sont disponibles dans le texte ci-dessus et dans les leçons didactiques du Cours d'assistants médicaux sur le terrain. Les descriptifs du cours sur les soins tactiques aux victimes de combat à l'intention de tous les membres des forces armées (TCCC ASM) et du cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS) peuvent être consultés à l'aide des liens ci-dessous.

i. Descriptif de la formation à l'intention de tous les membres de forces armées (ASM)

Le descriptif du cours sur les soins tactiques aux victimes de combat à l'intention de tous les membres des forces armées (TCCC ASM) est le document dont se sert un formateur pour communiquer des informations sur le cours aux apprenants. Il donne un aperçu du cours et décrit les objectifs d'apprentissage et les critères de réussite du cours. Il a pour but de définir les attentes et de clarifier les responsabilités avant le cours.

<https://deployedmedicine.com/market/171/content/867>

ii. Descriptif du cours de sauveteurs au combat

Le descriptif du cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS) est utilisé pour communiquer des informations sur le cours. Il donne un aperçu du cours et décrit les objectifs d'apprentissage et les critères de réussite du cours. Il a pour but de définir les attentes et de clarifier les responsabilités avant le cours.

<https://deployedmedicine.com/market/193/content/1191>

d. Responsabilités du formateur

Il incombe au formateur principal du pays hôte de s'assurer que le cours prévu est planifié, doté en personnel et équipé avant de commencer le cours. Les apprenants sélectionnés pour suivre le cours répondent aux exigences décrites ci-dessus et, dans la mesure du possible, sont soumis à une forme de présélection visant à garantir qu'ils ont une bonne maîtrise

du cours de premiers secours pour les camarades de combat et qu'ils possèdent les compétences linguistiques nécessaires avant de commencer la formation.

e. Programme du Cours d'assistants médicaux sur le terrain

Le programme du Cours d'assistants médicaux sur le terrain peut être consulté dans le Manuel de l'apprenant, dans les leçons didactiques et dans le Manuel de l'instructeur du Cours d'assistants médicaux sur le terrain. Le matériel du cours de sauveteurs au combat peut également être revu, mais il convient de garder à l'esprit les modifications essentielles qui sont énumérées au début de ce manuel.

- i. Modules de base du cours de sauveteurs au combat
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/323>
- ii. Objectifs d'apprentissage
<https://deployedmedicine.com/market/193/content/1215>

II. Gestion des cours

Le formateur principal doit entreprendre un processus de planification conjointe avec les autres assistants formateurs au moins trois semaines avant l'activité de formation. Il doit observer la norme de formation établie par Joint Trauma System dans le cadre de son cours sur les soins tactiques aux victimes de combat (TCCC) et par les Nations Unies. Il est essentiel que chaque formateur examine les objectifs d'apprentissage et les supports de cours (y compris les vidéos pédagogiques) et commence à acquérir des fournitures et des équipements médicaux, ainsi qu'à en organiser la commande. De plus, chaque formateur doit revoir le programme et répéter les compétences et les techniques d'évaluation, de manière indépendante et en équipe, afin de garantir une approche cohérente de la formation. Tous les instructeurs doivent avoir récemment revu et connaître le cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS).

Cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS)

<https://deployedmedicine.com/market/226/content/1590>

Cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS) - Gestion du cours

<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#idc85ec593-3a47-4625-8ee2-987987637acb>

a. Aides à la planification du cours

- i. Le **plan du cours** vise à fournir une représentation visuelle du déroulement du cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS). Les 20 modules qui composent le cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat sont décrits dans ce document, y compris les présentations didactiques, les notes de l'intervenant, les vidéos et les divers éléments de compétences qui accompagnent chaque module. Ce document est structuré sur la base des cinq principes de conception des programmes de cours de Fink (Fink, 2013). L'objectif est de développer des expériences d'apprentissage structurées de manière à étayer la réflexion des apprenants à l'aide d'une stratégie éducative associant la dimension globale et la dimension partielle, et à les amener progressivement vers les objectifs de cours visés.

<https://deployedmedicine.com/market/193/content/1135>

- ii. **Plan du cours de sauveteurs au combat** : Ce guide pédagogique fournit aux formateurs des informations pour gérer et enseigner avec succès le cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS). Les 20 modules qui composent le cours sont présentés dans ce document, ainsi que les atouts stratégiques suivants : Gestion et diffusion des cours, retours, évaluation, correction et stratégies d'analyse. Le guide comprend également une suggestion de plan de cours que les formateurs peuvent utiliser à des fins de planification.

<https://deployedmedicine.com/market/193/content/1214>

b. Stratégies d'enseignement

i. Guide pédagogique pour les formateurs

Formation des formateurs sur le cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS) - stratégies d'enseignement

<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#idc85ec593-3a47-4625-8ee2-987987637acb>

- ii. **Didactique** : Les leçons didactiques du Cours d'assistants médicaux sur le terrain peuvent être téléchargées sur le site Web des Nations Unies et la version TCCC (soins tactiques aux victimes de combat), sur le site Web de Deployed Medicine.

Matériel didactique du cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS)

<https://deployedmedicine.com/market/193/category/300>

- iii. **Notes de l'intervenant** : Les notes de l'intervenant pour le Cours d'assistants médicaux sur le terrain sont disponibles dans le Manuel de l'instructeur du Cours d'assistants médicaux sur le terrain et sur le site Web de Deployed Medicine.
Notes de l'intervenant pour les cours de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS)
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/323>

c. Gestion des étapes de mise en pratique des compétences

- i. **Gestion des étapes de mise en pratique des compétences** : Ce sujet est traité dans le cours de formation des formateurs en matière de soins tactiques aux victimes de combat (TCCC).
<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#idc85ec593-3a47-4625-8ee2-987987637acb>
- ii. **Fiches de compétences** : ce matériel est disponible sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/290>
- iii. **Instructions détaillées sur les compétences** : Ce matériel est disponible sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/320>
- iv. **Liste de contrôle pour l'évaluation des compétences** : Ce matériel est disponible sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/319>

d. Gestion des scénarios

- i. Les instructions concernant la création et la gestion des scénarios sont disponibles sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#id407ef722-5566-43f3-8382-219a24f6d3fe>

e. Vidéos pédagogiques

- i. Les vidéos pédagogiques sont disponibles sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/295>

f. Matériel de formation

- i. **Le Manuel de l'apprenant** est la principale ressource de l'apprenant ; ceux-ci peuvent également obtenir des liens vers les vidéos pédagogiques disponibles sur le site Web de Deployed Medicine.
- ii. **L'équipement destiné aux apprenants** doit être commandé à l'avance via le système d'achats et est basé sur la trousse de traumatologie des Nations Unies.

- iii. Le **matériel pédagogique** doit être organisé par le formateur principal en fonction du nombre d'apprenants.

III. **Stratégies d'évaluation, d'analyse et de correction**

- a. **Listes de contrôle pour l'évaluation des compétences** : ce matériel est disponible sur le site Web de Deployed Medicine.
<https://deployedmedicine.com/market/193/category/319>
- b. **Feedback efficace et évaluation de l'apprenant** : ce matériel est disponible dans le cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS).
<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#id074787cc-9e3c-4cb7-be57-cde3673de380>
- c. **Techniques de correction** : ce matériel est disponible dans le cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS).
<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#id0b8a1817-45db-40b2-8d4e-8435697c8ea2>
- d. **Stratégies d'analyse** : ce matériel est disponible dans le cours de formation des formateurs de sauveteurs au combat dans le cadre des soins tactiques aux victimes de combat (TCCC CLS).
<https://books.allogy.com/web/tenant/8/books/a61bf5f5-5e68-4232-ab11-7e8bfb0543ca/#id2277da71-a5a6-4697-b87a-f4da94e06e77>
- e. **Évaluation finale**
L'évaluation finale est une évaluation formative d'un scénario complet où l'apprenant effectue une démonstration d'une prestation sûre et efficace en matière d'aide médicale tactique sur le terrain et de soins tactiques aux victimes de combat.

Annexe E : REMERCIEMENTS

La Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail souhaite saluer les travaux du groupe de travail des Nations Unies sur les prestataires de soins médicaux sur le terrain, et tient à remercier particulièrement les personnes suivantes :

Colonel Stefan GOEBBELS, docteur en médecine
Conseiller médical militaire
Responsable de projet et rédacteur du Cours d'assistants médicaux sur le terrain
Département de la gestion du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies/Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail

Lance M. VARGA, maîtrise en soins infirmiers, infirmier autorisé de pratique avancée, infirmier certifié, technicien paramédical urgentiste
Médecin
Responsable de projet et rédacteur du Cours d'assistants médicaux sur le terrain
Département de l'appui opérationnel/Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail

Colonel Arne MUELLER, docteur en médecine
Conseiller médical militaire
Responsable de projet et rédacteur du Cours d'assistants médicaux sur le terrain
Département de la gestion du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies/Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail

Carolina HERRERA, docteure en médecine
Cheffe de section - personnel médical
Département de la gestion du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies/Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail

Trent O'BRIEN, auxiliaire sanitaire en situation de combat (certifié)

Coordinateur médical (déploiement rapide)
Service de la lutte antimines de l'ONU
Cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies - auteur et conseiller technique

John ZENOBIO, maîtrise en administration publique, paramédical urgentiste (à la retraite)
Assistant médical
Département de l'appui opérationnel/Division de la gestion des soins de santé et de la sécurité et de la santé au travail
Cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies - examen du contenu

Majore Veronica OWUOR

Service intégré de formation du Département des opérations de maintien de la paix du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies
Cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies - conseillère en contenu de formation

Jeanette GARSIDE
Administratrice de programme
Division des services médicaux de l'Organisation des Nations Unies

Cours de premiers secours pour les camarades de combat des Nations Unies - rédactrice

Commandante Claire BOOKER
Responsable de l'appui au projet
Armée britannique

Sergente-cheffe Kirsty SLAINE, infirmière
Conseillère médicale
Armée britannique

Sergent Louise JAMES, infirmière auxiliaire
Conseillère médicale
Armée britannique

Patrick Thompson
Consultant médical en situation de combat
ATEM Ltd.

Annexe F : BIBLIOGRAPHIE

- a) Nations Unies (2015). *Unissons nos forces pour la paix : privilégions la politique, les partenariats et l'action en faveur des populations : Rapport du Groupe indépendant de haut niveau chargé d'étudier les opérations de paix des Nations Unies*. New York, Nations Unies.
- b) A/70/357-S/2015/682 - *Documents officiels de l'Assemblée générale, soixante-dixième session : L'avenir des opérations de paix des Nations Unies : application des recommandations du Groupe indépendant de haut niveau chargé d'étudier les opérations de paix*, New York, Nations Unies.
- c) Nations Unies (2015). *Manuel de soutien sanitaire pour les missions des Nations Unies (3^e édition)*. New York, Nations Unies.
- d) A/C.5/69/18 - *Documents officiels de l'Assemblée générale, cinquième Commission, soixante-neuvième session : Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatif au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux opérations de maintien de la paix (Manuel relatif au matériel appartenant aux contingents)*. New York, Nations Unies.
- e) Kennedy, K. (2012) *Standard Operating Procedure - Planning for Training of Trainers Courses*, New York, Nations Unies (Département des opérations de maintien de la paix du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies).
- f) Force de défense israélienne. *Critical Minutes: Military Life Saver Instructor Handbook*, Tel-Aviv.
- g) Bloom, B. *Taxonomie de l'apprentissage de Bloom*, www.bloomstaxonomy.org/ [consulté en 2017].
- h) Joint Trauma System (JTS) - Comité des soins tactiques aux victimes de combat (CoTCCC). *Tactical Combat Casualty Care Guidelines for All Combatants 31 January 2017* [en ligne]. Disponible à l'adresse suivante : www.cotccc.com/all-combatants/ [consulté en 2017].
- i) Mosby Jems/Elsevier (éd.) (2011). *PHTLS: Pre-Hospital Trauma Life Support - Édition militaire*. St. Louis, MO.
- j) O'Kelly, A. De Mello, W. et.al (2017). *Remote & Austere Medicine - Field Guide for Practitioners*, Malte, College of Remote and Offshore Medicine.
- k) Ruyffelaere, Farria, D & Wyper, R (2012). *UN Security Officers' Emergency Trauma Bag (ETB) First Responder Manual (Rev. 2)*. New York, Nations Unies (Département de la sûreté et de la sécurité du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies).

j) <https://www.merckmanuals.com/home/drugs/administration-and-kinetics-of-drugs/drug-administration>