

1 Différences et priorités

San Hop : en temps de paix, le travail attendu est l'exploitation d'un KA et le renforcement des structures civiles. Formation axée sur "le médecin prend les décisions et délègue des tâches" (auxiliaire Croix-Rouge), p.ex. visite des malades, servir repas, réaliser soins de base, etc.). En temps de guerre, les missions seraient relativement similaires.

San 42 : formation axée sur installation et exploitation d'un San Hist. Les soins d'urgence sont - en théorie - dispensés par des spé urg. En réalité, faute de pratique peu de délégation possible par les médecins et recours importants aux spécialistes civils (KA, 144, REGA etc.) → perte des compétences acquises pendant l'ER/ESO. En temps de guerre: les hautes sphères de l'Armée attendraient des san de pouvoir assurer ces missions (premières évaluations et stabilisation au san hist) mais probablement utopique. Sur le papier toutefois, les troupes "hop" renforceraient les structures civiles, les troupes "san 42" exploiteraient les San Hist. Les blessé-e-s seraient très vite référé-e-s aux hôpitaux civils, nombreux pour la taille du pays.

En Ukraine, les temps de prise en charge sont bien plus longs, trajets en vhc durent plusieurs heures, les transports nécessitent donc aussi des soins de base (besoins corporels, soins des plaies et changement des pansements, soutien psy, administration de médicaments etc.) et la réévaluation des mesures d'urgence (p.ex conversion du garrot). De plus, beaucoup d'autonomie est nécessaire car un médecin ne peut pas accompagner chaque transport. La décision de donner un médicament, sa préparation et son administration sont déléguées à des san formés pour ces tâches. Les professionnels de la santé (inf, assc. etc) se voient aussi étendre leur champ de compétence par état de nécessité : p.ex. une psychiatre travaille dans un bus médicalisé en unité de soins intensifs.

2 Lésions et complications

Ex de blessures au combat : plaies très sales, traumatismes des membres et amputations, plaies jonctionnelles et du périnée (mines, fragmentation), blessures oculaires (fragments de munition, poussières, débris), perforation digestives (blast des explosions), traumatismes crâniens etc. Le thorax est relativement protégé par les protections balistiques.

Complications générales: infections (et apparition de résistances aux antibiotiques), escarres (transport prolongé + hygiène limitée), port prolongé du garrot → amputation haute, syndrome des loges (pression trop élevée dans un membre traumatisé), rhabdomyolyse (destruction des muscles libère des substances toxiques). Sur le plan psychique : stress post-traumatique, syndrome post-commotion (“shell-shock”), dépression, douleurs chroniques, addictions, troubles de la fonction sexuelle,... à la fin de la guerre, de nombreux cas de suicides et une chute de la natalité sont à prévoir, en plus de la perte d’une génération de travailleurs/-euses.

Médicaments à prévoir sur le terrain : antibiotiques, antalgiques, produits sanguins, etc.

3. Dev des compétences

Vu les distances et le réseau de santé, les unités sanitaires prennent en charge pendant plusieurs heures (jours?) des patients avant que ceux-ci n'arrivent dans les hôpitaux civils. On parle de *Prolonged Casualty Care*. Cette étape se rapproche des soins professionnels et nécessite de :

- Etablir une listes des priorités et des problèmes du/de la patient-e, documenter les traitements et les paramètres vitaux, demander des avis spécialisés (téléconsultation, videoconsultation).
- Réaliser un examen détaillé des victimes, chercher ce qui a volontairement été considéré secondaire pendant la phase d'urgence, réévaluer les mesures prises, désescalader les mesures agressives (convertir les garrots).
- Réaliser des soins de base: assister le blessé pour ses besoins corporels, faire des toilettes, sondage urinaire, aspiration buccale/sécrétion, soins dentaires si intubé, positionnement adéquat (trauma crânien, prévention des escarres, etc.), contrôle de la température (hyperthermie vs. hypothermie), pose de sonde gastrique, premier-secours psychologiques.
- Réaliser des soins avancés (nettoyage chirurgical des plaies, drainage thoracique), gérer la ventilation artificielle des patients intubés, entretenir la sédation et l'antalgie, prévenir les thromboses, calculer les besoins en nutrition et hydratation.
- Débuter un traitement antibiotique si nécessaire.

Ces compétences doivent être enseignées (selon le niveau de formation) aux personnel san dans les armées qui évoluent loin du réseau de santé civil.

Plus d'informations :

JOINT TRAUMA SYSTEM CLINICAL PRACTICE GUIDELINE (JTS CPG)	
	Prolonged Casualty Care Guidelines (CPG ID:91) The Prolonged Casualty Care (PCC) guidelines are a consolidated list of casualty-centric knowledge, skills, and best practices intended to serve as the DoD baseline clinical practice guidance to guide casualty management over a prolonged amount of time in austere, remote, or expeditionary settings, and/or during long-distance movements.
Contributors	
Lead Authors:	Editors:

