

PARTAGE D'EXPÉRIENCE

Tentative d'homicide par arme blanche sur voie publique

Contexte opérationnel

Le CTA reçoit un appel pour un homme de 30 ans sur la voie publique qui aurait reçu un coup de couteau dans le ventre.

Moyens au départ



Moyens en renfort



Appareil de massage cardiaque du SAMU

Situation à l'arrivée

Un homme est allongé sur le côté droit au milieu de la chaussée, son T-shirt est imbibé de sang, son teint est gris. La victime est froide, la température ambiante est comprise entre 2 et 5°C.

Une personne est en train de faire un point de compression manuel au niveau de l'abdomen de la victime. Un proche de la victime est présent.

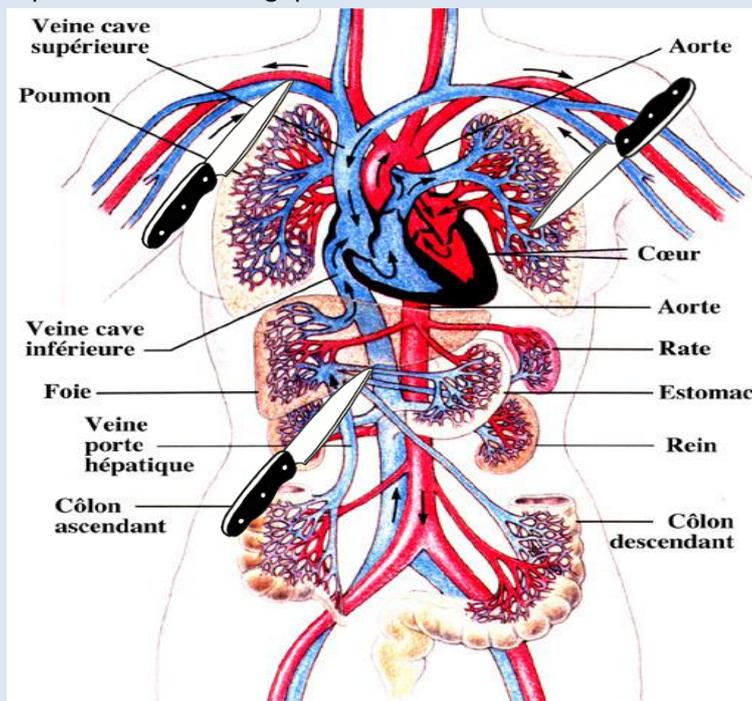
Réactions immédiates

Message radio SSU1.

Relevage et mise au chaud de la victime dans la VSAV.

Localisation des lésions

3 plaies non hémorragiques visibles au thorax et à l'abdomen.



08h52 : Début de l'intervention.

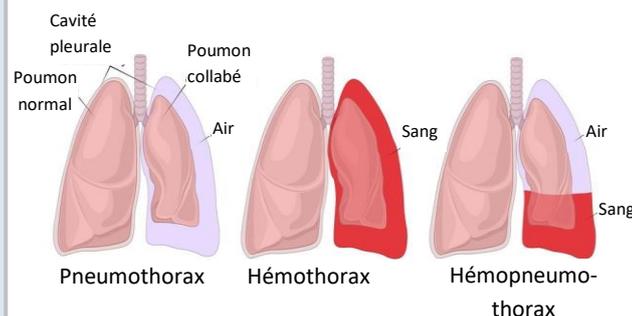
09h09 : Message du VSAV au SAMU.

09h13 : UMH sur les lieux.

09h24 : Victime en ACR dans le VSAV

09h28 : Transport de la victime par VSAV médicalisé.

09h40 : Prise en charge de la victime par une équipe de chirurgie au bloc opératoire.



Eléments défavorables

Température extérieure basse.

Contexte de l'agression inconnu.

Manque d'information : peu d'échange verbal avec la victime du fait de son état, aucun témoin direct
L'état de la victime se dégrade rapidement.

L'arme n'est pas présente sur les lieux : impossible d'évaluer la taille de la lame et donc la gravité potentielle des lésions.

Manque de place dans la cellule du VSAV (médecin, interne, infirmière, 3 SP).

Eléments favorables

L'agresseur n'est plus sur place – pas de tension liée au contexte.

Équipage VSAV à 4.

Pas d'autres plaies.

Bonne coordination SP/SMUR.

Débriefing entre le personnel de l'unité mobile hospitalière et de la VSAV en fin d'intervention.

Ce qu'il faut retenir...

Intervenir dans un contexte où il y a eu la volonté de tuer (par homicide ou suicide) est toujours délicat. L'environnement peut être hostile, il faut donc essayer de déterminer rapidement les causes afin d'évaluer le risque pour les équipes intervenantes et la victime.

L'apparence des blessures peut être trompeuse : peu visibles en surface avec des lésions internes pouvant être fatales.

La prise en charge chirurgicale est urgente : il est nécessaire d'anticiper l'évacuation (hélicoptère, escorte...) et d'optimiser la coordination de la chaîne des secours.

Références



[Référentiel national de secourisme](#)
[Chapitre prise en charge plaie grave, hémorragie interne, détresse circulatoire](#)



[Note sur la prise en charge des traces et indices](#)

Le directeur départemental,

Apport de connaissance : le blessé par arme blanche

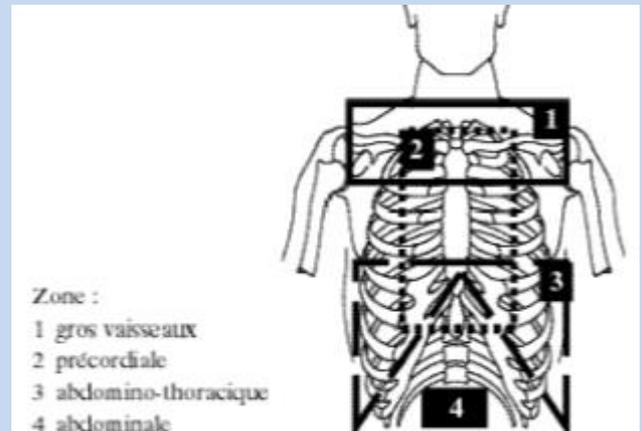
Les lésions les plus fréquentes :

- Plaie à l'abdomen : plusieurs régions anatomiques (thoraco-abdominale, abdomino-pelviennes, abdomino-pelvi-fessières) avec lésions possibles des organes (colon, foie, rate, reins)
- Plaie au thorax : la gravité immédiate tient à la possibilité d'atteinte du cœur, des gros vaisseaux, des poumons et des plèvres.

C'est l'examen clinique qui permettra d'orienter le blessé pour procéder par exemple à une échographie d'urgence, à une radiographie thoracique, au passage en bloc opératoire.

L'intérêt d'un bilan sapeur-pompier rapide est primordial pour permettre à la régulation d'anticiper une prise en charge médico-chirurgicale et l'évacuation sur un hôpital adapté à l'état de la victime.

Ce même bilan permettra éventuellement l'envoi de moyens supplémentaire sur les lieux de l'intervention (exemple : poches de sang).



Objectifs du DAMAGE CONTROL

- Assurer la survie et l'évacuation
- Lutter contre l'asphyxie
- Lutter contre les hémorragies
- Lutter contre l'hypothermie
- Lutter contre les troubles de la coagulation
- Assurer une prise en charge médico-chirurgicale des patients en UA

Objectifs de la prise en charge pré hospitalière

Objectifs	Actions secouristes ou médicales	Actions médicales uniquement
Maîtriser les hémorragies visibles	CHU, garrot, compresses hémostatiques.	Suture, clamps.
Assurer la ventilation	LVA, oxygène.	Drainage hémithorax, Exsufflation pneumothorax, intubation.
Assurer une circulation permettant un minimum de perfusion tissulaire		Abords vasculaires périphériques, centraux ou osseux. Remplissage vasculaire hypotension permissive (Pas entre 80-90 mmbg.) Usage de drogues vasopressives.
Lutter contre l'hypothermie	Protection thermique, isoler du sol, prévenir celle-ci avant qu'elle n'arrive. 1 degré de moins : 10 % de capacité de coagulation en moins.	Dispositif de réchauffage.
Lutter contre les troubles de la coagulation		Transfusion précoce de culot globulaire. Apport de facteurs de coagulation : plasma, plaquettes, fibrogène, acide tranexamique.
Assurer une évacuation vers l'hôpital	Anticipation+++ des vecteurs mis à disposition pour une évacuation escorte motorisée, hélicoptère.	Orientation du patient vers un plateau médico-chirurgical <u>adapté et disponible.</u>