

## Organisation des secours sur le terrain : le rôle du SAMU et du SDIS

Docteur Jean-Michel Lacroute (SAMU de l'Isère),  
Docteur Laurent Gabilly (SAMU du Rhône)  
et Médecin Lieutenant Colonel Christophe Roux (SDIS de l'Isère)

**C**atastrophe signifie disproportion entre les besoins nécessaires et les moyens disponibles.

C'est pour répondre à cette difficulté initiale que le plan ORSEC a été élaboré en 1952, puis réactualisé, et adapté en décembre 2006 pour signifier désormais : **Organisation de la Réponse de Sécurité Civile**. Il mobilise et coordonne les acteurs de la sécurité civile sous l'autorité unique du préfet : Police, Gendarmerie, Santé-SAMU, pompiers,...

**Le plan rouge (ORSEC nombreuses victimes) en est la déclinaison sur le terrain**

Concernant la **médicalisation** des secours, elle repose, au niveau départemental, sur deux services qui se complètent :

- le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours),

- le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).

Ils juxtaposent, et coordonnent leurs moyens dans le cadre de la **chaîne médicale des secours**, selon un principe hérité de la médecine de catastrophe, issue de l'expérience de l'Armée. Ils sont sous l'autorité du médecin **DSM** (Directeur des Secours

Médicaux), principal adjoint du **COS** (Commandant des Opérations de Secours, cadre du SDIS) sur le terrain. Réglementairement, le DSM est :

- soit le médecin responsable du SAMU ou son représentant



© Photothèque IRMa (S. Gominet) - Exercice PPI de Jarrige (38) en 2006

- soit le médecin chef du SDIS ou son représentant

La **RECONNAISSANCE** est la première opération qui se déroule sur les lieux de la catastrophe. Elle a pour but d'évaluer le type et le nombre de victimes, afin d'adapter les moyens à demander à l'arrière, aux différents services. Cette action se déroule en coopération entre la première équipe de pompiers, et la première équipe du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) arrivées sur les lieux. En plus de cette évaluation, retransmise au centre de régulation du SAMU (**CRRA** : Centre de Réception et de Régulation des Appels) et du SDIS (**CTA** : Centre de Traitement des Appels), les deux équipes recherchent le site le mieux adapté pour la localisation du **PMA** (Poste Médical Avancé).

Ce dernier est idéalement implanté :

- dans des locaux « en dur » (salle des fêtes ou gymnase...),
- aisément accessible à de nombreuses ambulances,
- et à proximité d'un terrain (type aire de sport) vaste pouvant servir à poser des hélicoptères.

A défaut, est choisi un rassemblement d'ambulances, ou mieux le PMA transportable dont dispose le SDIS: juxtaposition de tentes et de structures à acheminer et à monter sur place. La localisation du **PRM** ou **CRM** (Point ou Centre de Regroupement des Moyens) où doivent converger l'ensemble des renforts (véhicules et matériels) est également définie.

Pendant ce temps, à l'arrière, le CTA

et le CRRA font le rappel de leurs personnels (renforts) pour conforter les premières équipes sur le terrain avec un supplément de moyens. En effet le quotidien continue à coté de la catastrophe, et il est nécessaire de pouvoir répondre rapidement aux nouvelles sollicitations :

- le SDIS mobilise ses groupements et ses moyens logistiques santé : PMA, lots de ramassage, réserves opérationnelles SAP (Secours A Personne) et NRBC
- tandis que le SAMU peut mobiliser tout ou partie du lot **PSM (Poste Sanitaire Mobile)**. On distingue
  - les **PSMI** (SAMU petites et moyennes villes) qui sont des stocks de matériel médical permettant de gérer 25 victimes graves grâce à un lot polyvalent transportable à l'aide d'une remorque,
  - les **PSM2** (SAMU des grandes villes) qui permettent eux de gérer jusqu' à 500 victimes pour l'ensemble de la dotation.

Au fur et à mesure de leur arrivée sur le site les pompiers organisent la **noria de ramassage**, relèvent les victimes sur le **chantier**, et les transportent au PMA au moyen de brancards, et de **VSAV (Véhicules de Secours et d'Aide aux Victimes)**.

Le **PMA** est l'addition des moyens humains et matériels du SDIS et du SAMU ; il doit être suffisamment en sécurité par rapport aux risques en jeu (explosion, incendie, éboulement, fuite de produit toxique...) pour réaliser :

- un **TRI** (ou **TRIAGE**), catégorisation

des victimes en fonction de leur gravité médicale. Ce tri peut succéder à un pré-tri effectué à l'avant, au **PRV (Point de Regroupement des Victimes)**. Les **SOINS** nécessaires pour permettre aux victimes les plus graves de supporter ou d'attendre le transport vers la structure de soins hospitalière.

## TRI ET SOIN

Le **TRI** : il s'agit d'une classification des victimes selon leur gravité, et l'urgence des gestes médicaux ou chirurgicaux à réaliser: les victimes sont classées en différentes catégories :

- **UA = rouge = Urgence Absolue** si nécessité de soins immédiats ou dans un délai inférieur à 6 heures
- **UR = jaune = Urgences Relatives** nécessitant des soins dans les 12 à 36 heures
- **Impliqués = vert = ce ne sont pas des victimes au sens lésionnel du terme, mais leur implication est matérielle ou affective, et leur prise en charge peut se faire par la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique)**
- **Décédés = noir (ou violet)**

Ce tri est réalisé par un médecin expérimenté, le plus souvent par un médecin du SAMU- SMUR aguerri aux urgences vitales.

Les **SOINS** sont alors sectorisés à l'intérieur du PMA avec la participation des équipes des SMUR et celles du SSSM (SSSM : Service de Santé et de Secours Médical) des SDIS :

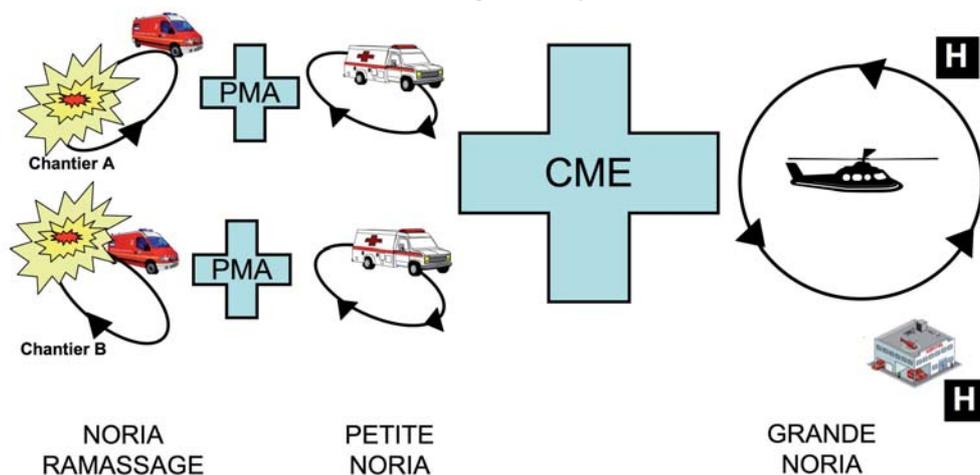
- **UA** : relevant de soins de réanimation
- **UR** : relevant de soins classiques.
- **IMPLIQUES** : pris en charge par la CUMP au CRI (Centre de Regroupement des Impliqués), avec une présence médicale pour évaluer le somatique
- les **DECEDES** : rassemblés en un lieu peu éloigné (« dépôt mortuaire »). Attention : si la Police Technique et Scientifique (PTS) est présente, les cadavres ne seront pas déplacés



© Photothèque IRMa (S. Gominet) - Exercice PPI de Jarrie (38) en 2006



## La chaîne des secours médicaux Catastrophe majeure



## Les interventions particulières

### Les attentats multisites

Les exemples de Madrid puis de Londres montrent que les attentats multi sites (plusieurs explosions très rapprochées en des endroits différents) sont redoutables en termes de désorganisation. L'organisation préventive actuelle tente de prendre en compte cette donnée: dotations médicales fragmentés pour plusieurs sites possibles, rappels gradués des personnels soignants, prudence lors de l'engagement des équipes du fait de risques de « sur-attentats ». Il est judicieux de prévoir sur chaque site un Médecin Responsable de Site (MRS), sous l'autorité du DSM.

### Les risques NRBC (Nucléaire Radiologique Biologique Chimique)

En 2001, les attentats de New York puis l'explosion de l'usine AZF en France ont généré une prise de conscience. En France, depuis 2003, la plupart des établissements de santé se sont progressivement dotés de tenues de protection pour leurs personnels et des formations spécifiques « risques NRBC » ont vu le jour, en complément de celles des SDIS et des éléments de la sécurité civile. Une organisation zonale est en place avec des établissements de santé de référence et des référents zonaux NRBC (un médecin-praticien hospitalier-

par SAMU zonal). Des unités de décontaminations hospitalières (au mieux : douches fixes car plus rapidement opérationnelles) sont nécessaires pour les zones à risques (grandes agglomérations), en complément des unités de décontaminations mobiles des SDIS.

- **Risque Chimique (C)** : il s'agit d'un risque soit technologique (nombreuses usines chimiques en France souvent concentrées), soit (et/ou) terroriste (exemple des attentats de Tokyo en 1995).

**Pour le risque chimique, la décontamination des victimes prime sur la réanimation.**

Le défi est d'éviter un transfert de contamination des produits chimiques (patients valides et invalides intoxiqués) vers les établissements de santé et les personnels soignants. L'important est de suspecter (cliniquement) très vite le risque NRBC afin de pouvoir alerter à temps les établissements de santé à proximité de l'évènement (fermeture, tri en tenue de protection, douches puis soins). Un dispositif de « bouclage » du site est à mettre en place rapidement avec de façon centrifuge :

- une ZONE D'EXCLUSION (danger liquide ou vapeur très important pour les secours: tenues avec Appareil Respiratoire Isolant (ARI),
- une ZONE CONTROLEE (point de regroupement des victimes, tenues de

protection pour les secours : Tenue Outre Mer (TOM) ou Combinaison Légère de Décontamination (CLD) avec masques à cartouches filtrantes) une ZONE DE SOUTIEN (à la sortie du module de décontamination - tentes mobiles des SDIS)

- Une décontamination « de masse » sur place (en zone contrôlée) des victimes est envisagée avec déluge d'eau entre 4 véhicules incendie SDIS.

La **circulaire 700** est le document officiel de référence.

- **Risque Nucléaire et Radiologique (N.R)** : les hypothèses d'accidents ou d'actes malveillants sont possibles : exemple de Tchernobyl pour les centrales nucléaires, ou bien utilisation d'une « bombe sale » (explosifs mélangés avec des poussières radiologiques qui sont ainsi disséminés par la bombe).

- Il faut distinguer la contamination externe ou interne de l'irradiation. Le but est d'éviter l'ingestion ou l'inhalation de poussières radiologiques qui définit la contamination interne. De même, il faut savoir qu'un patient irradié n'irradie pas.

**Pour le risque Nucléaire et Radiologique, la prise en charge d'une extrême urgence (EU) chirurgicale prime sur la décontamination.**

Le transfert de contamination radiologique est également à éviter.

La **circulaire 800** est le document officiel de référence.

- **Risque Biologique (B)** (bactéries, virus, toxines, champignons): différents agents du bioterrorisme (peste, charbon, tularémie, botulisme, variole...) sont utilisables avec une latence et une transmission différente des 2 précédents risques C ou NR. On peut inclure dans le risque B la menace de pandémie grippale (plan de pandémie grippale). Des plans dérivés du plan BIOTOX existent ou sont en préparation (plans variole, peste-charbon-tularémie, toxines...). Des stocks de certains antiviraux ou antibiotiques sont constitués, de même que différents masques de protection respiratoire.

### **Les points importants des 3 risques NR, B ou C sont :**

- L'impact psychologique majeur supplémentaire auprès des populations (et des secours), avec notamment une gestion des impliqués plus complexe encore qu'avec les risques dits conventionnels.
- L'importance de la « levée de doute NRBC » (par les CMIC et CMIR - Cellules Mobiles d'Intervention Chimique ou Radiologique - des SDIS)
- La fragilité des établissements de santé souvent urbains qui seraient potentiellement les deuxièmes victimes de tels événements (transferts de contamination).

### **Des mesures nationales existent, mais demandent à être encore développées :**

- Les annexes NRBC aux plans blancs sont à prévoir pour tout établissement de santé, public ou privé
- La mise en place récente de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) spécialisée NRBC dans les établissements de santé, au bénéfice d'un « noyau dur » de volontaires formés pour être capables de travailler en tenue de protection type CLD ou TOM, avec masque à cartouche filtrante, en complément des moyens des sapeurs pompiers et des éléments de la sécurité civile.