

AIDE MEDICALE URGENTE

Situation de catastrophe

Et autres plans.

1)- [Secours en situation de catastrophe](#) ; 2)- [Plan ORSEC](#) ; 3)- [Plans Particuliers d'Intervention \(PPI\)](#) ; 4)- [Plan de secours spécialisés](#) ; 5)- [Accident radiologique ou nucléaire](#) ; 6)- [Plan Rouge](#) ; 7)-[Plan de secours en situation d'afflux massif de victimes à l'hôpital](#) ; 8)- [Plan Blanc SAMU](#) ;

SECOURS EN SITUATION DE CATASTROPHE

Catastrophe

Evènement qui entraîne un dommage important pour la collectivité humaine.

Notion d'inadéquation brutale entre besoins de secours et moyens disponibles.

Classification suivant la nature de la catastrophe.

(suivant Dr NOTO, HUGUENARD, et LARCAN),

- _ catastrophe naturelle,
- _ catastrophe technologique, qui peut survenir secondairement à une catastrophe naturelle.
- _ catastrophe sociologique accidentelle (loisirs).
- _ catastrophe sociologique provoquée (guerre).

- _ cas particulier des attentats : agression de type guerre pouvant survenir en période de paix.

PLAN ORSEC

Loi du 22/07/1987

Relative à l'organisation de la sécurité civile (= ORSEC), à la protection de la forêt et à la prévention des risques majeurs.

Organisation de la sécurité civile (ORSEC).

#But:

Prévenir les risques, assurer la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes.

#Organisation :

Recensement des moyens susceptibles d'être mis en oeuvre en cas de catastrophe:

_ moyens médicaux,

_ moyens de sauvetage de toutes natures,

_ moyens d'hébergement,

_ moyens d'évacuation,

_ articulation avec les autres plans de secours (plan rouge, plan d'afflux massif

de victimes à l'hôpital, plans particuliers d'intervention, plans de secours

spécialisés liés à un risque défini).

3 types de plans ORSEC suivant l'étendue de la catastrophe :

Plan ORSEC national (déclenché par le Premier ministre et fonctionnant sous son autorité).

Plan ORSEC de zone suivant les zones de défense, regroupant plusieurs départements (déclenche par le préfet du département siège de la zone de défense).

Plan ORSEC départemental (déclenché par le préfet du département et fonctionnant sous son autorité).

Le déclenchement et la clôture du plan sont assurés par le représentant de l'état.

Le plan ORSEC a un rôle de **recensement** des moyens publics ou privés, de **transmission** de l'alerte, de **mise a disposition** des moyens, un rôle de **coordination** des différents intervenants

Il est réactualisé tous les cinq ans.

PLANS PARTICULIERS D'INTERVENTION

Ils sont établis pour faire face aux risques liés à l'existence et au fonctionnement d'ouvrages fixes.

installations nucléaires de toutes natures,

stockage et traitement de combustibles,

usines chimiques,

retenues hydrauliques,

lieux de transit.

Contenu.

description du risque,
liste des communes concernées,
procédures de diffusion de l'alerte à la population
schéma d'évacuation et lieux d'hébergement
procédures de diffusion de l'alerte aux autorités, mise en place
d'une cellule de crise,
procédures d'isolement du site,
exercices d'alerte.

PLANS DE SECOURS SPECIALISES

Ils permettent de faire face aux risques technologiques ou autre (naturels, accidentels) qui n'ont pas fait l'objet d'un plan particulier d'intervention.

Exemple : secours maritime (sous l'autorité du préfet maritime).

ACCIDENT RADIOLOGIQUE OU NUCLEAIRE

Circulaire du 29 septembre 1987.

_ définit l'organisation des soins médicaux le premier jour, plan mis en place après Tchernobyl.

_ s'intègre dans le plan ORSEC-rad.

Alerte.

- _ information du préfet et du service central de protection contre les radiations ionisantes (SCPRI).
- _ activation du plan ORSEC-rad et du plan particulier d'intervention (PPI) s'il en existe un.
- _ mise en place des cellules mobiles d'intervention radiologique (CMIR) unités mobiles de traitement des contaminations externes stationnées dans des centres de secours des sapeurs pompiers,
 - _ constitution de la cellule de crise,
 - _ évaluation de l'intensité et de la superficie de la contamination,
 - _ évacuation et hébergement des populations,
 - _ diffusion, le cas échéant, d'iodure de potassium (constitution préalable de stocks dans les hôpitaux de proximité).

Prise en charge des victimes: 3 types.

Groupe 1 : lésions conventionnelles importantes (brûlures thermiques ou chimiques, lésions traumatiques) + ou- contamination.

Groupe 2 : irradiation isolée (prouvée ou suspectée: proximité).

Groupe 3 : population voisine : mesures d'information sanitaire, éventuellement confinement ou évacuation.

Groupe 1 :

La prise en charge des lésions classiques prime dans tous les cas sur l'irradiation.

Prise en charge identique à tous les plans d'urgence: poste médical avancé (PMA), petite noria (entre le site et le PMA), grande noria (entre le PMA et les hôpitaux), constitution si besoin, d'un centre médical d'évacuation (CME).

En cas d'irradiation interne, des mesures spécifiques sont prises ultérieurement.

En cas d'irradiation externe: mesure de décontamination après traitement des lésions vitales (unité de décontamination à proximité du PMA).

Groupe 2 :

Population voisine du site, personnel travaillant sur le site.

Centre de regroupement préalablement défini (DDASS):

Evaluation et catégorisation suivant la fiche n° 2:

Première partie: renseignements dosimétriques, temps d'exposition, situation de la victime par rapport à l'accident (fiche remplie par le personnel de l'établissement cause ou par les membres du SCPRI).

Deuxième partie : médicale (antécédents, symptômes: nausées, vomissements, érythème, asthénie), cette partie est remplie par un médecin).

Le centre de regroupement dispose d'une unité de décontamination externe, il est médicalisé par du personnel du SAMU, des pompiers, hospitalier ou libéral.

L'examen clinique et les prélèvements biologiques effectués sur place ou dans un établissement hospitalier suffisamment équipé implanté à proximité, permettent une classification en:

irradiés externes globaux (syndrome d'irradiation globale),

irradiés externes partiels (brûlures radiologiques par irradiation ou contamination externe),

contamines radioactifs internes (intoxications radioactives),

Transfert des sujets contaminés dans des services spécialisés (éventuellement hospitalisation initiale dans des services non spécialisés en cas d'afflux massif).

Une expertise plus fine est ensuite réalisée (SCPRI, Institut Curie...) pouvant aboutir au transfert des sujets contaminés.

Le SAMU est chargé de répertorier les lits disponibles dans les différentes catégories et d'assurer les transferts.

Groupe 3 :

Transfert éventuel dans le cadre de plans préétablis.

Contrôle de masse effectuée par les CMIR.

PLAN ROUGE

CIRCULAIRE DU 19 DECEMBRE 1989.

Plan destiné à porter secours à un grand nombre de victimes.

Peut être déclenché de façon isolée ou dans le cadre du plan ORSEC.

Déclenche par le préfet.

Met en oeuvre des moyens publics ou privés.

ELABORATION:

Principes généraux:

mise en place rapide des moyens,

moyens suffisants,

commandement centralisé,

coordination des moyens,

Modalités d'élaboration:

Ce plan est départemental et fonctionne sous l'autorité du préfet.

Le Comité d'Elaboration est constitué par:

*Directeur Départemental du Service d'Incendie et de Secours
(DD SIS),*

Médecin chef du Service d'Incendie et de Secours (SIS),

Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS),

Directeur du SAMU,

Directeur Départemental de la Police Urbaine (DDPU),

Commandant du Groupement de Gendarmerie,

Haut Fonctionnaire de Défense auprès du Ministre de la Santé.

-

Déclenchement :

Alerte donnée par les services de secours (SAMU, pompiers, police..) : obligation d'information mutuelle.

Alerte transmise au préfet, qui déclenche le plan suivant les indications transmises par les services de secours.

Organisation opérationnelle :

Commandement : DDSIS

Le DDSIS nommé un directeur des secours médicaux (DSM) : directeur du SAMU ou médecin chef du SIS.

Moyens opérationnels :

SAMU, pompiers, police, croix rouge,

Associations secouristes, structures privées, suivant l'importance du sinistre.

Procédures d'organisation opérationnelle :

Les premiers intervenants évaluent l'importance du sinistre (étendue, nature exacte, nombre et gravité des victimes) et informent le commandement qui adapte le volume et la nature des secours.

LE SAMU RENFORCE SON PERSONNEL (EN GENERAL DANS LE CADRE D'UN PLAN BLANC).

rappel des personnels,

mise en alerte des établissements (hôpitaux, cliniques, centre de transfusion...),

mise en alerte des SAMU voisins, envoi des équipes nécessaires,

Le SDIS mobilise ses personnels, recherche des moyens supplémentaires.

-

CHAINE MEDICALE.

ramassage,

tri,

mise en condition,

évacuation,

1 Ramassage :

Equipes médicales et secouristes, peut nécessiter un dégagement de la victime.

Prise en charge médicale dès que l'accès à la victime est possible

Etablissement de la fiche médicale de l'avant.

Convoyage jusqu'au poste médicale avancé (PMA) ou dépôt mortuaire : petite noria

Identification des équipes par badge rouge ou chasuble

2 Tri :

Assure par le PMA :

- installe à proximité du sinistre mais à l'abri de tout risque (évaluer le risque d'extension)
- accès facile à la petite et à la *grande noria* (évacuation)
- vaste, chauffé, éclairé, aéré, comporte deux accès
- emplacement déterminé par le commandement après avis du *DSM*
- comporte un registre d'entrée
- mise en place d'une *fiche médicale de l'avant* si elle n'a pas été placée pendant le ramassage

Examen médical:

Les lésions sont catégorisées de façon standard.

- urgences absolues (UA)
- extrême urgences (EU): détresse cardio-respiratoire nécessitant un déchoquage immédiat, coma
- u 1: lésion passant rapidement au stade EU.
- urgences relatives (UR)
- u 2: lésion sans détresse immédiatement vitale mais nécessitant une surveillance permanente
- u 3: lésion dont l'évolution spontanée ne met pas en cause le pronostic vital

Le *PMA* est divisé en zones accueillant les *UA* et les *UR*

Le *PMA* est sous la responsabilité d'un médecin nommé par le commandement.

Mise en condition et évacuation des blessés suivant la catégorisation des lésions (inscrite sur la *fiche médicale de l'avant*).

Le personnel du PMA est identifié par des badges de couleur blanche

Dépôt mortuaire a proximité du PMA sous la responsabilité des services de police judiciaire qui ont en charge l'identification des victimes décédées

La composition du personnel composant le PMA est déterminée par le DSM

Le *DSM* possède un poste de commandement intégré au *PMA*, auquel participe un représentant du *SAMU* chargé d'organiser la prise en charge ultérieure des victimes.

Il existe une liaison permanente entre le *DSM* et le *SAMU* chargé de recenser les places disponibles dans les établissements de soins.

3 Evacuation:

Victimes blessées :

SMUR, pompiers, associations secouristes, moyens privés, hélicoptères (héliport à proximité du PMA).

Identification des personnels par badges bleus.

Victimes indemnes :

transports collectifs réquisitionnés.

Victimes décédées :

équipes spécialisées, vers chapelle ardente ou Institut Médico-légal.

Accueil a l'hôpital :

En général dans le cadre du **plan d'afflux massif de victimes**.

Déclenché par le directeur de l'hôpital, mais dont le préfet peut demander le déclenchement.

Information communication :

Assure l'information des familles, des autorités, des media, du public,

Centralise les informations concernant la nature, la localisation, l'étendue du sinistre; le nombre, la gravite, l'identité des victimes,

Le centre opérationnel de la direction de la sécurité civile (*CODISC*) et le centre interrégional de coordination opérationnelle de la sécurité civile (*CIRCOSC*) assurent la liaison avec les ministères concernés (intérieur, santé, défense, transports).

Bilan évaluation.

Un compte-rendu des caractéristiques du sinistre, des moyens mis en oeuvre et de l'efficacité du plan, est adresse au ministère de l'intérieur et au ministère de la santé.

Préparation.

Des **fiches réflexes** doivent être diffusées aux personnels concernés, des exercices périodiques doivent être organisés.

Le plan est remis à jour en fonction de l'évolution des risques.

PLAN DE SECOURS
EN SITUATION D'AFFLUX MASSIF DE VICTIMES
A L'HÔPITAL

Décret du 14 janvier 1974.

Circulaire du 24 décembre 1987.

Critères de déclenchement.

proximité immédiate d'un sinistre comportant un grand nombre de victimes, continuité d'un autre plan d'urgence (rouge, blanc) ou du plan ORSEC ;

Autorité déclenchant le plan.

Le Directeur de l'établissement .

Décision de déclencher .

Peut être prise du fait de l'afflux spontané de victimes aux urgences, mais le plus souvent sur les indications du SAMU (plan rouge ou blanc) ou du préfet (ORSEC, plan rouge).

Alerte .

Le SAMU, les pompiers, la police (DDPU), le préfet, la DDASS sont informés.

Les autres plans d'urgence peuvent être déclenchés Secondairement.

Mise en oeuvre du plan.

Constitution d'une cellule de crise de 4 a 8 membres :

directeur des services économiques,

ingénieur,

praticien hospitalier désigné par le directeur sur avis de la CME (ou son remplaçant),

cadre charge de la sécurité,

infirmière générale ou une surveillante,

pharmacien hospitalier,

cadre administratif charge de la communication,

Fonctions de la cellule:

renforcement des moyens de l'hôpital,

maintient sur place des personnels présents,

reçoit des informations sur les disponibilités du plateau technique et en lits d'hospitalisation,

disponibilités des autres services (pharmacie, labo, centre de transfusion, cuisine, lingerie,

transfert des malades dont l'état le permet, intervention et hospitalisations non urgentes reportées,

transfert interne de personnel,

information du SAMU sur les capacités d'accueil de l'hôpital,

Rappel des personnels :

en fonction des besoins,
rappel par le standard qui dispose de listes préétablies,
points de rassemblement préétablis.

Accueil des blessés :

centre de tri,
zone UA (u1 + eu),
zone ur (u2 + u2).

Liaison du *centre de tri* avec la *cellule de crise*.

Mise en place au *centre de tri* de *fiches médicales de l'avant (FMA)* si elles n'ont pas été établies auparavant.

Tenue d'un registre.

Maintient de la réception des urgences courantes réelles.

Dépôt mortuaire.

Accueil des familles: dans un lieu éloigné du lieu d'accueil des blessés, encadrement (personnel administratif, assistantes sociales), liaison avec la cellule de crise (information).

Accueil de la presse: mise à disposition de locaux possédant des moyens de communication, liaison avec la cellule de crise.

Circulation dans l'hôpital: fléchage préétabli (extérieur et intérieur), rôle de la police (zonage de la circulation : blessés, familles, presse), utilisation de badge, dégagement des accès.

Stocks: recours possible à la *pharmacie centrale des hôpitaux (PCH)* et des lots du *poste sanitaire mobile (PSM)*. Lorsqu'il existe dans l'établissement (ex "lots ORSEC").

Services techniques: mise à disposition de lingerie, matériels, pansements, repas.

Télécommunications: lignes téléphoniques supplémentaires (cellule de crise), réception centralisée des appels (message d'attente donnant le n° du centre de réception).

Ce plan doit être mis à jour périodiquement (listes du personnel, état des stocks) et donner lieu à des exercices.

PLAN BLANC SAMU

Plan d'organisation interne visant à mettre à disposition un maximum d'équipes médicales

tout en assurant le fonctionnement courant de **l'aide médicale urgente (AMU)**.

- _ nomination d'un directeur des secours SAMU (DSMS),
- _ système d'astreinte quotidienne,
- _ poste de commandement mobile (PC mobile),
- _ rappel des personnels,
- _ alerte des SAMU voisins qui assurent les interventions courantes sur le département,
- _ constitution d'équipes supplémentaires,
- _ Liaison avec les autres plans,
- _ il peut être déclenché seul.