



SAMU de Lyon
centre 15



Hôpitaux de Lyon

AIDE MEMOIRE des situations d'urgence avec nombreuses victimes SAMU 69

**LE RÔLE DES PERSONNELS SAMU SMUR
DANS LE « PLAN ROUGE »
(dit « ORSEC nombreuses victimes »)**

**Auteurs : Roland SOLDNER, David PINERO,
Carine CHASSERY, Laurent GABILLY**

Participation de : Arnaud GILIBERT, David MENDES, Fabrice BODET

Comité de lecture : Pierre-Yves DUBIEN, Olivier CAPEL, Olivier GUILLEMIN, Gilles BAGOU, Marion DHERS, Stéphane DROUILLEAU

Validation : Pierre-Yves GUEUGNIAUD, Laurent GABILLY

**SAMU régional de Lyon,
Hôpital Edouard Herriot - Lyon**

Edition : 2010





PREFACE

L'Unité médicale des risques collectifs et situations de catastrophe du SAMU 69

Le SAMU 69 est le SAMU du département du Rhône, également référent régional voire zonal en cas d'événement d'ampleur. La gestion des risques collectifs des situations de catastrophe est une unité fonctionnelle du SAMU 69 sous la responsabilité du Docteur Laurent GABILLY et de son adjoint le Docteur Olivier CAPEL. Les situations de risques collectifs sont potentiellement nombreuses et parfois fréquentes : incendies, explosions, accidents de cars ou trains ; parfois plus exceptionnelles : accidents industriels, attentats, pandémies... Cette unité gère les risques dits NRBC (Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques) en lien avec les tutelles nationales (Ministère de la Santé) et zonales (Préfecture).

En-dehors de ces situations catastrophiques, l'Unité assure un travail permanent autour de la préparation des plans de secours, de l'élaboration et de la réalisation des exercices, de la formation, et de l'organisation et gestion logistique des moyens.

Lors d'un plan rouge (ORSEC nombreuses victimes), le Directeur des Secours Médicaux (DSM) est le médecin référent du SAMU présent (astreinte médicale SAMU 24h/24, 7j/7). Sur les lieux d'une catastrophe avec de nombreuses victimes, le DSM organise et coordonne les secours et les soins médicaux en liaison avec le Commandant des Opérations de Secours (COS) : point de regroupement et zone de triage des victimes, poste médical avancé où les victimes les plus graves sont stabilisées avant leur transport, et zone d'évacuation (EVAC) vers les établissements de santé. Une antenne de régulation médicale est installée dans le Véhicule Poste de Commandement du SAMU (VPC), en lien avec le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) du SAMU qui informe de l'état des lits disponibles. En fonction de l'importance de l'événement, l'ensemble des personnels du SAMU 69 peut être sollicité, et si nécessaire, les autres SAMU de la région sont également mobilisables. Le SAMU 69 fait également intervenir sa Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) pour la prise en charge des urgences médico-psychologiques.

La médecine de catastrophe est une discipline à part entière indissociable de la médecine d'urgence. Elle nécessite, de la part des personnels des SAMU-SMUR, rigueur, expérience, sens de l'organisation et de l'adaptation aux diverses situations rencontrées.

Pr Pierre-Yves GUEUGNIAUD
*Chef du Pôle Urgences Réanimation Médicale SAMU
de l'Hôpital Edouard Herriot,
Directeur Médical du SAMU 69*

GENERALITES

Les fiches « aide plan rouge » (ORSEC nombreuses victimes) ci-dessous représentent le dispositif « idéal » qui devrait être déployé en cas d'événement catastrophique ou de catastrophe à site unique ou multiple.

En pratique, lors d'un événement médical avec nombreuses victimes, on travaille « en configuration plan rouge », le plan rouge étant validé ou non par le Préfet a posteriori. Le terme « plan rouge » est normalement remplacé par le terme « ORSEC nombreuses victimes ». Pour des raisons de commodité, ce terme « plan rouge » ou « configuration plan rouge » sera parfois tout de même encore utilisé (terme bref, « parlant » et se démarquant du plan blanc) dans notre document.

Ce livret doit permettre à chaque personnel du SAMU-SMUR de pouvoir s'intégrer au mieux dans la chaîne médicale des secours et de soins, notamment pour ceux qui n'ont pas la qualification spécifique « médecine de catastrophe ».

Garder son sang froid, penser à ne pas s'exposer inutilement (risques NRBC, sur-attentats, effondrements secondaires de bâtiments...), appliquer avec bon sens et adaptabilité les procédures risques collectifs.

Si possible (notamment en zone urbaine, proche des hôpitaux), les UA (notamment les EU) seront évacuées médicalisées d'emblée, sans forcément passer par le PMA, PMA qui, in fine, sera surtout dédié aux UR.

Le principe de travail en équipe est essentiel, les ambulanciers SMUR suivent leur médecin (assistant prise de notes, assistant radio...) ; travail d'équipe plus que jamais ; attitude très professionnelle.

Les communications à la presse sont assurées par les personnes habilitées, le plus souvent les autorités présentes sur place (le préfet, le directeur du SAMU, le directeur du SDIS, le directeur de l'hôpital, ou leurs représentants officiels).

Sur le terrain, les responsables de poste clé portent des chasubles et casquettes colorées (code couleur), les autres portent des chasubles (code couleur) avec la fonction spécifiée dessus.

Il y a un schéma général de configuration plan rouge (« orsec nombreuses victimes »). Celui-ci doit être adapté au fil du temps en fonction du contexte. La discipline et le professionnalisme sont plus que jamais importants (médias, image de marque).

Un glossaire des termes de médecine de catastrophe (incluant les abréviations spécifiques des pompiers) est inclus à ce document.

LEXIQUE CATA et NRBC

AR =	Ambulance de Réanimation
ARS =	Agence Régionale de Santé
AVANT =	Zone située avant le tri du PMA
CADI =	Centre d'accueil des Impliqués
CCA =	Conducteur Ambulancier
Chantier =	Lieu de Catastrophe
CME =	Centre Médical D'évacuation
COPG =	Commandant des Opérations de Police et Gendarmerie
COS =	Commandant des Opérations de Secours
CRM =	Centre de Regroupement des moyens
CTBRC =	Centre de Traitement des Blessés Radio Contaminés
CRRA =	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CUMP =	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DOS =	Directeur des Opérations de Secours (Préfet)
DSM =	Directeur des Secours Médicaux
DZ =	Drop Zone = Hélicoptère
EU =	Extrêmes Urgences
EVAC =	EVACuation (zone après le PMA)
IDE =	Infirmier Diplômé d'Etat
LOZA =	LOts Zonaux d'Antidotes
MRS =	Médecin Responsable de Site
ORCA =	Organisation Catastrophe
ORSEC =	Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PARM =	Permanencier (e) Auxiliaire de Régulation Médicale
PCA =	Poste de Commandement Avancé
PCO =	Poste de Commandement Opérationnel
PMA =	Poste Médical Avancé
POP =	Poste Opérationnel Pompiers
PRV =	Point de Regroupement des Victimes
PSM 2 =	Poste Sanitaire Mobile de 2e génération
SP =	Sapeur Pompier
TRI =	Triage des victimes
UA =	Urgences Absolues
UD =	Urgences Dépassées
UR =	Urgences Relatives
VPC =	Véhicule Poste de Commandement
VSAV =	véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes.

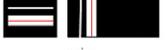
GLOSSAIRE termes POMPIERS (1)

ADPC	Association Départementale de Protection Civile
ASSU	Ambulance de Soins et de Secours d'Urgence
BLS	Barque Légère de Sauvetage
BRS	Bateau Remorqueur et de Sauvetage
CCF	Camion Citerne Feu de forêt
CCGC	Camion Citerne Grande Capacité
CCI	Camion Citerne Incendie
CDC	Chef De Colonne (casque jaune)
CDG	Chef De Groupe (casque rouge)
CDS	Chef De Site (casque blanc)
CMIC	Cellule Mobile d'Intervention Chimique
CMIR	Cellule Mobile d'Intervention Radiologique
COD	Centre Opérationnel Départemental (préfecture)
CODIS	Centre Opérationnel Département Incendie et Secours
COGIC	Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Crise
COZ	Centre Opérationnel de la Zone de défense
CRF	Croix-Rouge Française
CT RAD	Conseiller Technique risque radiologique
CT RCH	Conseiller Technique Risque CHimique
CT SD	Conseiller Technique Sauvetage Déblaiement
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
DDA	Directeur Départemental Adjoint
DD SIS	Directeur Départemental Service Incendie Secours (Lancelot 69)
DIR CAB	DIrecteur de CABinet du Préfet
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (ex DIREN DRE DRIRE)
EPANA	Echelle Pivotante Auto + NAcelle
FFSS	Fédération Française de Sauvetage et Secourisme
FPT	Fourgon Pompe Tonne
FPTH R	Fourgon Pompe Tonne Hors Route
FSR	Fourgon Secours Routier

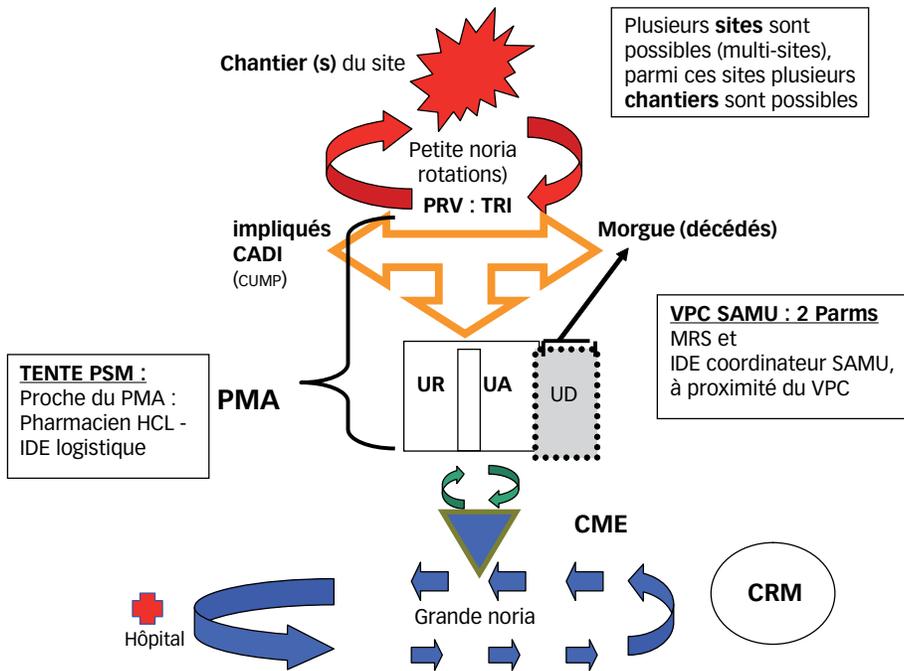
GLOSSAIRE termes POMPIERS (2)

GALIM	Groupe ALIMentation
GINC	Groupe INCendie
GLOG	Groupe LOGistique
ISP	Infirmier Sapeurs Pompiers
LDT	Lance du Dévidoir Tournant
LDV	Lance à Débit Variable
GRIMP	Groupe de Reconnaissance et d'Intervention en Milieu Périlleux
GSAP	Groupe Secours A Personne
LORAMA	LOt de RAMassage
LORIE	Matériel de transport sur rail
MSP	Médecin Sapeurs Pompiers
PM	Police Municipale
PN	Police Nationale
VTP	Véhicule Transport de Personne (9 places)
PSP	Pharmacien Sapeurs Pompiers
PSY	PSYchologue
RECLA	Remorque ECLAirage
RSR	Remorque Secours Routier
SAV	Sauveteur aquatique de surface
SIT PC	Pc inter service préfecture
VCYNO	Véhicule CYNOtechnique
VIAEC	Véhicule Infirmier Alertable En Complément
VIG	Véhicule Infirmier de Garde
VMAEC	Véhicule Médecin Alertable En Complément
VPC	Véhicule Poste de Commandement
VPL	Véhicule PLongeur
VRM/VLM	Véhicule Radio Médicalisé/Véhicule Léger Médecin
VSD	Véhicule Sauvetage Déblaiement
VSM	Véhicule Secours Médical
VTP	Véhicule Transport de Personne (9 places)
VTUT	Véhicule Toute Utilité et de Traction

Grades des Sapeurs Pompiers

Hommes du rang	 Sapeur de 2 ^{ème} classe	 Sapeur de 1 ^{ère} classe
Sous officiers	 sergent	 sergent - chef
Officiers	 major	 lieutenant
infirmiers	 INFIRMIER	 INFIRMIER PRINCIPAL
Médecins	 capitaine	 commandant
Pharmaciens	 lieutenant - colonel	 colonel

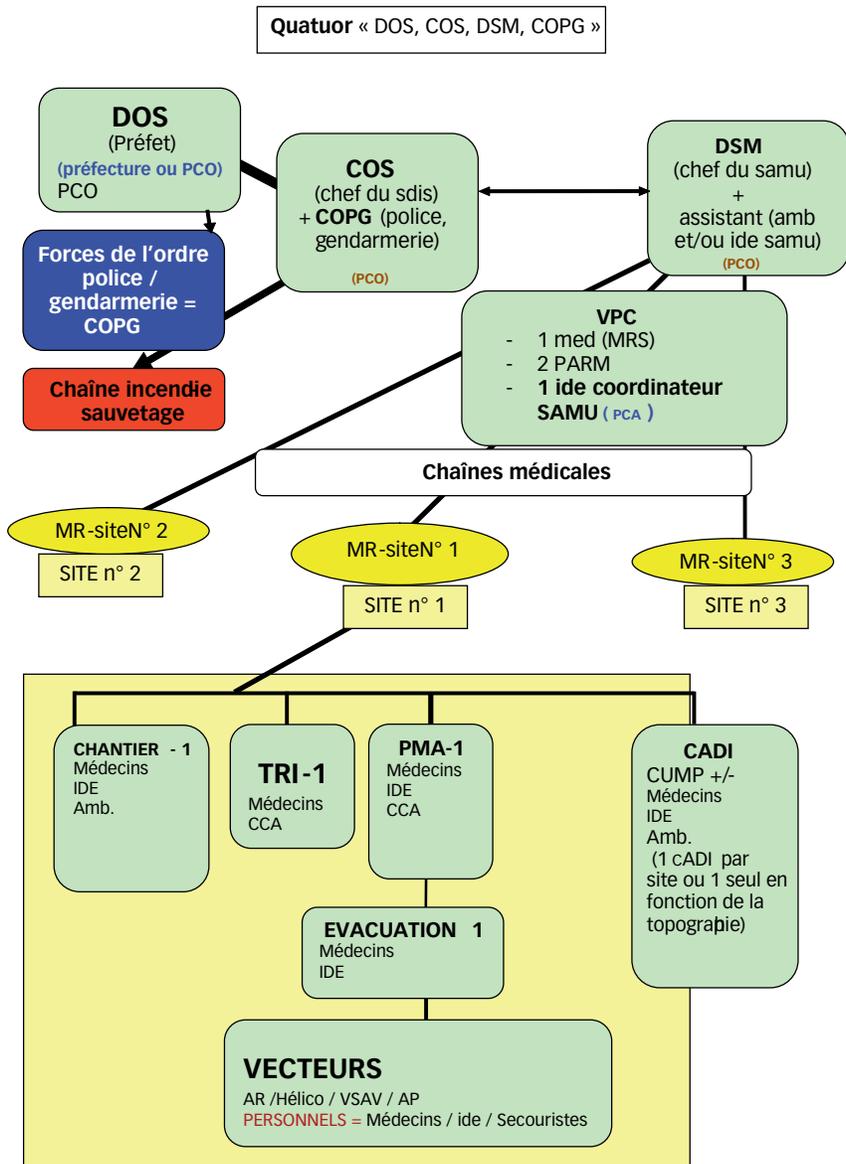
Le dispositif général d'un site



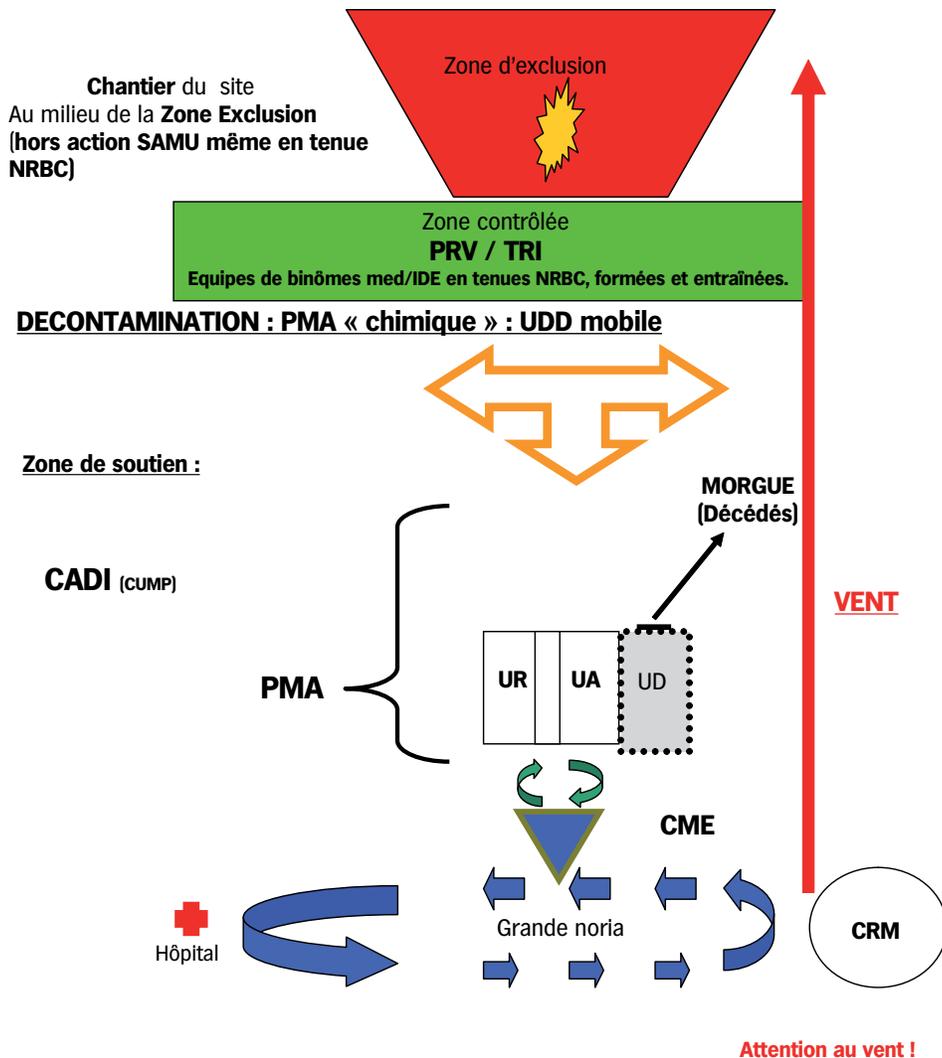
Couleurs chasubles et casquettes :

- AVANT
- DSM / MR-SITE / IDE coordinateur SAMU
- EVAC
- PMA / TRI/ CUMP/ VPC

ORGANIGRAMME SITES MULTIPLES



Le dispositif général d'un site : spécificité nucléaire et/ou chimique



Directeur des Secours Médicaux = D S M

1/ ROLE SOIGNANT = aucun

2/ ROLE DECISIONNEL = oui majeur (auprès du DOS et COS), expérience et formation requises

3/ ASSISTE PAR = 1 Ambulancier « aide de camp »
(Rôle d'assistant, d'agent de liaison radio, chauffeur) et/ou un **IDE expérimenté** pour le PCO (car si le DSM quitte le PCO pour suivre les COS et DOS, un représentant samu reste au PCO et le tiens au courant)

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS = COS
= Commandant des Opérations de Secours.
Le DSM fait partie du quatuor « DOS ; COS ; DSM ; COPG »,
Ce quatuor pouvant se déplacer sur le chantier mais souvent basé au PCO.

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
 - > générale à l'ensemble des intervenants (SAMU, DOS / COS, autorités, police...)
 - > Parfois à la presse (messages prudents et limités).
- radio :
 - véhicule poste commandement(VPC) avec le, les MR-Site
- téléphone : CRRA (faire le point général)
VPC / PCO

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- sac ORCA (Fiches médicales, radio)
- véhicule PC (moyens radio, sacs de l'avant, chasubles)
- lots PSM (tente, lots de médicaments) : pharmaciens



ROLE SPECIFIQUE

Désigné DSM : le premier médecin sur les lieux. Il devient le responsable des secours et soins médicaux, se présente au COS.

Si nécessaire, il accepte de remettre sa chasuble au plus compétent qui se présente ensuite (médecin chef du Samu, expérience ou qualifié médecine de cata) ou en cas de fatigue.

Fait le **tour du chantier si possible avec le COS** pour l'évaluation : bilan d'ambiance précoce :

- de la nature de la cata
- des risques actifs
- du nombre de victimes potentielles
- des besoins médicaux/ para médicaux/ autres
- des besoins techniques (logistique)
- anticiper les besoins hospitaliers (plan blanc)

S'assure que les conditions de travail en sécurité sont remplies

Elabore en entente cordiale avec le COS un plan d'action (le COS reste le seul décideur en fine sur l'ensemble du dispositif de secours), Détermine le nombre de sites nécessaires à mettre en place, détermine si un seul CADI ou un par site

Détermine l'emplacement des zones de travail du samu

- **rechercher une structure (sécurisée) fixe de proximité ou mise en place des tentes**
- **veiller aux voies d'accès praticables pour faciliter les norias des véhicules, emplacement de la ou des DZ.**

Nomme le plus rapidement possible un ou des médecins responsable(s) de site(s) (MR-Site), si lui même reste DSM OU devient lui même MR-Site si un collègue de l'une des équipes suivantes est plus qualifié pour endosser le rôle de DSM.

Place le VPC à côté du VPC du sdls
Nomme les infirmiers coordinateur samu et logistique.

Puis dans ce plan, il organise et supervise les secours médicalisés au travers du ou des MR-Site.

Géographiquement il se situe avec le COS au PCO. Il adopte les actions correctives nécessaires pour remplir au mieux sa mission

Il peut éventuellement envisager d'incorporer des équipes du SSSM à la chaîne de secours médicale (Avant, PMA, NRBC).

Fait avec le COS le point initial (bilan d'ambiance) et réguliers au CRRA, au DOS (Préfet) sur : l'évolution générale de la situation, les victimes (nature et nombre, avancement), les problèmes particuliers.

N'autorise la levée du dispositif soins que sur ordre du DOS.

Il veille à interdire les évacuations « sauvages » par les secouristes.

MEDECIN RESPONSABLE DE SITE = MR-Site**1/ ROLE SOIGNANT = aucun****2/ ROLE DECISIONNEL = oui.**

(=DSM de son site, est en lien avec le DSM-PCO)

3/ ASSISTE PAR = 1 Ambulancier

(Rôle d'assistant, d'agent de liaison)

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS = officier responsable de site – VPC pompiers**4/ COMMUNICATIONS**

- orale : générale à l'ensemble des intervenants de son site, lien étroit avec le VPC Samu et avec l'IDE coordinateur SAMU
- ne communique pas aux médias (DSM)
- radio : avec le DSM, le VPC, l'infirmier coord samu, med resp PMA, l'EVAC

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- à la demande au DSM suivant les besoins.

**ROLE SPECIFIQUE**

Les MR-Site sont désignés (1, 2, 3...) par le DSM lorsque le plan rouge est déclaré pour **une catastrophe à sites multiples.**

Il existe alors un MR-Site par site.

S'assure que les conditions de **travail en sécurité** sont remplies.

Applique sur son site le plan d'action du DSM et du COS (le COS reste le seul décideur in fine sur l'ensemble du dispositif de secours), avec au niveau de chaque site :

un centre de regroupement des moyens (**CRM**), un poste médical avancé (**PMA**) avec un **TRI (dès le PRV)**, une zone d'urgence absolue(UA), une d'urgence relative (**UR**), éventuellement urgence dépassée, Un centre Médical d'Evacuation (CME) et la noria d'évacuation, Place la CUMP (au CADl) Balisage des accès et des lieux

Dans son site, il **Organise les secours et soins médicalisés**

Constitue les équipes SAMU en fonction des besoins et des moyens et détermine leur rôle propre.

Veille à impliquer **l'ensemble des personnels.**

Décide de l'engagement de médecins de l'avant.

Reste **à l'écoute** des besoins de chacun.

Veille au **dynamisme et à l'efficacité** des équipes (matériel, état de fatigue physique et mentale),

Veille à adapter **les équipes** en fonction de l'évolutivité de la situation.

Fait le point initial et régulier avec le DSM sur l'évolution *générale* de la situation.

Il adopte les **actions correctives nécessaires** pour remplir au mieux sa mission au niveau du site.

Médecin de l'Avant**1/ ROLE SOIGNANT** = oui**2/ ROLE DECISIONNEL** = non**3/ ASSISTE PAR** = 1 Infirmier +/- CCA**4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS**
= Médecin SSSM (soutien sanitaire des SP, action en zone contrôlée) et ISP**5/ COMMUNICATIONS**

- orale :
 - avec les sapeurs pompiers du chantier MR-Site (via CCA)
- radio: éventuellement tactique
- téléphone : non
- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- Sacs de l'avant
- AUTRES à la demande au MR-Site

ROLE SPECIFIQUE

Désigné par le DSM ou MR-Site lorsque les postes médicaux principaux sont pourvus.

Attention cependant aux risques NRBC et sur-attentats ou effondrements secondaires ! *(toujours contacter les COS et le COPG auparavant via le DSM)*

Priorité à l'«extraction secouriste» en un lieu plus sûr (PRV).

Se rend sur **le chantier pour une mission ponctuelle de conseils aux secouristes, de maintien hémodynamique ou de sédation lors de manœuvres de dégagement longues et douloureuses, ou confirmation de patients décédés.**

Certaines victimes appelées EU (Extrêmes Urgences) sont à évacuer directement médicalisées, sans forcément passer par le PMA (les répertoire pour la traçabilité).

Sur place :

- **priorise les dégagements**
- **conseils au dégagement**
- **soins limités :**
 - voie veineuse
 - remplissage
 - analgésie-sédation
 - **veille au travail en sécurité de l'équipe**
 - **oriente sur le TRI (feuille de l'avant)**
 - **rend compte au MR-Site**



Médecin Responsable du Triage = MR TRI

1/ ROLE MEDICAL = oui

2/ ROLE DECISIONNEL = oui

3/ ASSISTE PAR = **1 Ambulancier** (secrétaire) éventuellement **d'autres médecins de Triage**

4/ « HOMOLOGUE » SAPEURS POMPIERS = Officier du tri

4/ COMMUNICATIONS

- orale :

MR-Site

autres médecins du Tri

Sapeurs pompiers, secouristes

- radio:

véhicule poste commandement (VPC)

DSM via VPC

Pas de communication transversale

- ne communique pas aux médias

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- Radio (véhicule PC)

- Fiches médicales de Tri et d'identification (sac ORCA)

- Chasuble (VPC)



ROLE SPECIFIQUE

A son arrivée se présente au directeur des secours médicaux (DSM) ou au MR-Site

Désigné par le DSM ou MR-Site

Nécessairement **expérimenté médicalement en médecine d'urgence.**

Organise le poste de triage :

- **balisage, passage unique** étroit

- **s'il n'est pas seul, il organise le fonctionnement du poste de tri**

Il examine les patients, évalue l'état clinique, hémodynamique et lésionnel.

Elabore la fiche médicale de tri et d'identification.

Classe les patients en :

- UR (Urgence Relative)

- UA (Urgence Absolues), dont les EU

- éventuellement UD (Urgences Dépassées)

- décédés

- impliqués

Certaines victimes appelées EU (Extrêmes Urgences) sont à évacuer directement médicalisées, sans forcément passer par le PMA (les répertoireur pour la traçabilité).

Il les oriente sur la zone soins du **PMA** ou la **cellule médicopsychologique (CADI)** ou la **morgue.**

Transmet les bilans au VPC par radio :

(annonce le N°fiche, puis la catégorisation UA/UR..., sexe, puis éventuel diagnostic principal)

Il veille avec l'aide de l'officier Tri au passage **obligatoire** de l'intégralité des victimes au poste de tri, à leur fichage (administratif).

Il peut demander le montage d'un 2^e point de triage ou des renforts si un effet entonnoir trop important apparaît.

Il rend compte au DSM ou MR-Site de tout problème observé.

Médecin de Tri = TRI

Attention : si un seul médecin au tri prendre la fiche du MR TRI !

1/ ROLE MEDICAL = oui

2/ ROLE DECISIONNEL = Non

3/ ASSISTE PAR = 1 ambulancier SMUR (secrétaire)

4/ « HOMOLOGUE » SAPEURS POMPIERS = Non

4/ COMMUNICATIONS

- orale :

autres médecins du Tri et MR-TRI

Sapeurs pompiers, secouristes

- radio : Non

- ne communique pas aux médias

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- Fiches médicales de tri et d'identification (sac ORCA)



ROLE SPECIFIQUE

Désigné par le DSM ou MR-site

Se présente au MR-TRI avec son équipe à l'arrivée sur les lieux.

Expérimenté nécessairement en médecine d'urgence.

Il examine les patients, évalue l'état clinique et hémodynamique, respiratoire.

Elabore la fiche médicale de tri et d'identification

Classe les patients en :

- UR (Urgences Relatives)

- UA (Urgences Absolues) dont les EU

- éventuellement UD (Urgences Dépassées)

- impliqués

- DCD (règle : ne pas les déplacer si possible)

Fait transmettre les bilans au VPC par le Médecin responsable du Tri (MR TRI).

Les oriente sur la zone soins du PMA, morgue, CUMP.

Médecin Responsable du PMA = MR PMA

1/ ROLE SOIGNANT = Eviter si assez de médecins

2/ ROLE DECISIONNEL = oui

3/ ASSISTE PAR = **1 CCA** et / ou 1 Infirmier si soins (secrétariat, agent de liaison)

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS = Non

4/ COMMUNICATIONS

- orale :

avec les Médecins du PMA

avec l'infirmier logistique samu (lien PSM)

avec le pharmacien PSM présent

avec ambulanciers, et infirmiers du PMA

avec le médecin responsable du Tri

avec le responsable du centre médical d'évacuation

avec les sapeurs pompiers présents et secouristes

- Radio :

avec le VPC

Avec le MR-Site

Avec l'IDE logistique (lien psm2-PMA)

- ne communique pas aux médias

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- caisses et sacs habituels

- AUTRES à demander au MR-Site suivant les besoins (lots du PSM).

**ROLE SPECIFIQUE**

Sur les lieux se présente avec son équipe au Directeur des Secours Médicaux (DSM)

Désigné par le DSM et / ou MR-Site.

Organise le fonctionnement du Poste Médical Avancé.

Répartit le rôle des médecins, des infirmiers des ambulanciers des **secouristes au sein du ou des PMA**

Les EU sont à évacuer de toute urgence, médicalisation directe sans passer par le PMA si possible.

Connaît **le degré de gravité** des patients, l'état **d'avancement** des soins de chacun et les dirige par **ordre de priorités** dès que possible sur le centre médical d'évacuation (CME).

Veille au non engorgement du PMA (ouverture 2^e PMA si besoin).

Veille à la bonne **logistique** du PMA (nomme une personne à la gestion des stocks : ide, pharmacien) et demande au MR-Site le cas échéant, des renforts en consommables, matériels ou humains (anticipe les besoins).

Veille à **l'occupation permanente des personnels engagés** au PMA, à leur état physique et psychique.

Affecte un adulte à tout enfant qui sera à évacuer en priorité

Vérifie en fin de plan Rouge la prise en charge de toutes les victimes.

Adopte les **mesures correctives** nécessaires pour mener à bien sa mission.

Rend compte au MR-Site des problèmes rencontrés.

Médecin de PMA = Médecin PMA**1/ ROLE SOIGNANT** = oui**2/ ROLE DECISIONNEL** = Non**3/ ASSISTE PAR = 1 Infirmier** de préférence **et / ou** 1 Ambulancier**4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS** = Non
(sauf si utilisation du sssm demandée par le DSM)**4/ COMMUNICATIONS**

- orale :
 - avec le Médecin Responsable du PMA(MR PMA)
 - avec ses assistants (infirmiers, ambulanciers)
 - avec éventuellement le médecin de Tr
 - avec les sapeurs pompiers et autres secouristes présents

- ne communique pas aux médias

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- caisses et sacs habituels

- AUTRES à demander au MR PMA suivant les besoins (lots des PSM).

ROLE SPECIFIQUE**Lorsqu'il arrive sur les lieux, il se présente avec son équipe au Directeur des Secours Médicaux ou MR-Site.**

Désigné par le DSM ou le MR-Site.

Il suit les consignes du MR-PMA :

- S'occupe des Urgences Absolues (UA) au sein du PMA
- OU des Urgences Relatives (UR)

Son **rôle de soignant est conventionnel** :

Approfondit le bilan des lésions en re-qualifiant l'urgence si nécessaire.

Conditionne le patient : surveille et stabilise l'état hémodynamique et respiratoire, immobilise / panse/ sédate, intube...

Complète la fiche médicale de tri et d'identification par le diagnostique et les soins apportés, peut requalifier le niveau de l'urgence.

Fait demander l'évacuation par le MR PMA vers une structure adaptée à l'état du patient.

Laisse un adulte avec tout enfant à évacuer en priorité.

Rend-compte au MR-PMA des problèmes rencontrés.



Médecin Responsable de L'évacuation = MR-EVAC

1/ **ROLE SOIGNANT** = oui / non

2/ **ROLE DECISIONNEL** = oui

3/ **ASSISTE PAR = 1 Infirmier** et/ou **Ambulancier**

4/ « **HOMOLOGUE** » SAPEUR POMPIERS = oui

Officier d'évacuation SDIS
Personnel de la Police

4/ COMMUNICATIONS

- orale :
avec le Médecin Responsable du PMA (MR PMA)
avec les médecins d'évacuation
avec ses assistants (infirmiers, ambulanciers)
avec les personnels du centre d'évacuation
avec les sapeurs pompiers présents (noria, VSAV)
avec les ambulanciers privés, associations secouristes
avec les forces de l'ordre (police, gendarmerie)

- Radio :
avec le VPC
avec le MR-Site via le VPC
aucune communication transversale

- ne communique pas aux médias

5/ MATERIELS DISPONIBLES :

- papier / crayon
- Radio(VPC)
- **Registre d'évacuation**



ROLE SPECIFIQUE

Désigné par le DSM et / ou au MR-Site

Organise le bon **fonctionnement** du Centre médical d'évacuation (CME) avec son homologue sapeur pompier : bonne adéquation **entre les malades, les moyens d'accueil hospitaliers, et les moyens d'évacuation** (VSAV, AP, AR , Hélico, trains...).

Ainsi que **les personnels** de transfert (secouriste, ide, médecin).

Dialogue permanent avec le **VPC** pour connaître les **destinations possibles** adaptées à l'état des victimes et **informer des départs** avec l'officier d'évacuation.

Elabore le listing des patients (N° de fiche), destinations et horaires (**Registre des évacuations**) : aidé par IDE EVAC et/ou ambulancier EVAC ; collabore avec la police à ce niveau (recoupement listing victimes).

Peut constituer des lots (colonnes) de VSAV vers un hôpital.

Veille à la non aggravation des UR et hiérarchise les évacuations tout en adaptant la nature de l'accompagnement (AP, VSAV, paramédicalisation ou médicalisation).

Peut optimiser une thérapeutique.

Demande au CRRA (via le VPC) les équipes de transport (médicalisées ou paramédicalisées) nécessaires.

Laisse un adulte avec tout enfant à évacuer en priorité.

Garder un duplicata de chaque fiche médicale cata des patients pris en charge (l'original suit le patient, sous protection plastique, au cou du patient, + bracelet numéroté).

INFIRMIER COORDINATEUR SAMU**1/ ROLE SOIGNANT** = NON

Il est désigné par le DSM et/ou MR site.

2/ ROLE DECISIONNEL = OUI en binôme avec Médecin PCA / DSM / MR-site / SAMU / pharmacien**ROLE SPECIFIQUE**

Il se localise près du PCA (autour du VPC).

3/ ASSISTE PAR = +/- 1 ambulancier smur

S'occupe de la coordination logistique du SAMU :

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS = OUI
Infirmier coordonnateur SSSM

- distribue les chasubles
- reste près du VPC SAMU (alentour)
- communique régulièrement avec l'Infirmier coordination SSSM (bilan victimes), les 2 VPC (samu et sdis) étant côte à côte
- réfère éventuellement des problèmes au MR-Site ou au DSM.

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
 - avec le Médecin MR site
 - avec le pharmacien si PSM activé
 - avec le VPC (parms)
- Radio : avec Med MR Site et IDE logistique
- ne communique pas aux médias

Interlocuteur privilégié de l'infirmier de coordination SSSM (SDIS) : bilan des victimes (croisement des listes de victimes) et logistique.**6/ MATERIELS DISPONIBLES :**

- matériel du PSM, du VPC (chasubles...)



Infirmer de L'évacuation = EVAC**1/ ROLE SOIGNANT** = oui**ROLE SPECIFIQUE****2/ ROLE DECISIONNEL** = non

A son arrivée se présente avec son équipe au CRM puis dans un second temps au MR-EVAC.

3/ ASSISTE PAR = personne**4/ « HOMOLOGUE »** SAPEUR POMPIERS = non**Désigné par le MR-Site ou le DSM.****5/ COMMUNICATIONS**

Remplit la partie EVAC des fiches médicales, en lien avec le MR EVAC et l'IDE EVAC.

- orale :
avec le Médecin Responsable EVAC

Réfère éventuellement des problèmes au MR-EVAC .

-Radio :
avec le VPC
aucune communication transversale
CRRA en cours de transport

Adopte les mesures correctives nécessaires pour remplir sa mission au niveau patient et au niveau collectif.

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- habituel des véhicules



INFIRMIER LOGISTIQUE**1/ ROLE SOIGNANT** = NON

2/ ROLE DECISIONNEL = NON, mais rôle d'interface entre le PMA et la tente PSM (aide pour l'acheminement des médicaments des lots PSM vers le PMA)

3/ ASSISTE PAR = +/- 1 ambulancier SMUR

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS = OUI
pharmacien ou logisticien pharmacie SDIS si présent

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
 - avec le Médecin MR PMA
 - avec le pharmacien HCL si PSM activé
- Radio : éventuellement avec médecin MR site
- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- matériel du PSM, du VPC (chassubles...)

**Il est désigné par le DSM.****ROLE SPECIFIQUE**

- Il est mobile entre le PMA et la tente PSM (*interface entre les demandes en médicaments du PMA et le pharmacien de la tente PSM*).
- Adjoint de l'IDE coordinateur SAMU, il est dédié à la logistique PSM en particulier (lien avec les demandes du PMA).

S'occupe de la logistique du SAMU :

- approvisionnement des équipes : matériel, médicaments, fluides... en lien avec le pharmacien PSM
- réfère éventuellement des problèmes au MR-Site ou au DSM ou IDE coordinateur SAMU
- Eventuellement alimentation, eau... pour les équipes.

Interlocuteur privilégié de la pharmacie sur place et du PMA, en lien avec les autres acteurs de coordination.

INFIRMIER MEDICALISATION DE L'AVANT**1/ ROLE SOIGNANT** = OUI**2/ ROLE DECISIONNEL** = OUI pour le relevage**3/ ASSISTE PAR** = peut être assisté par un CCA, Sapeur Pompier**4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS**
= oui
infirmiers SSSM**5/ COMMUNICATIONS**- orale :
avec son Médecin « prescripteur » de l'avant

-Radio : Non

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :
matériel habituel**Rare, engagement par le MR-Site.****Attention : uniquement si avis positif du COS et DSM (risques NRBC, sur-attentats, effondrement secondaire...).****ROLE SPECIFIQUE**

Reste en binôme avec son médecin.

SAUF

avis contraire de celui-ci

OU

sur ordre du DSM.

- Administration des thérapeutiques de l'avant demandées par le médecin de l'avant.

- Aide aux conseils de relevage.

- Renseigne la fiche médicale de l'avant en ce qui concerne les soins effectués, la surveillance

- N'exécute que la mission particulière demandée et rend compte à la fin de celle-ci.



(couleur adaptée au poste)

INFIRMIER PMA**1/ ROLE SOIGNANT** = OUI**2/ ROLE DECISIONNEL** = NON**3/ ASSISTE PAR** = peut être assisté par un CCA

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS
= oui
implication possible si nécessaire des infirmiers SSSM
(soutien sanitaire des SP, action en zone contrôlée)

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
avec son Médecin « prescripteur »

- Radio : Non

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- matériel habituel



(couleur adaptée au poste)

Désigné pour aller sur le site du PMA par le MR-Site (ou DSM).

ROLE SPECIFIQUE

Reste en binôme avec son médecin

SAUF

avis contraire de celui-ci

OU

sur ordre du MR-Site ou du DSM.

Effectue son **rôle infirmier habituel** sur prescription :

- réalise les soins infirmiers du mieux possible, en fonction des ressources disponibles
- respecte les règles d'hygiène et d'asepsie
- assure les tours de surveillance des patients

Renseigne la fiche médicale en ce qui concerne les soins effectués et la surveillance.

Doit **anticiper une rupture d'approvisionnement** et en réfère au médecin responsable du PMA et au pharmacien HCL gérant les lots PSM (avec aide de l'IDE logistique).

N'exécute que la mission particulière demandée et rend compte à la fin de celle-ci.

EVACUATION INFIRMIER TRANSPORT**1/ ROLE SOIGNANT** = OUI**2/ ROLE DECISIONNEL** = +/-**3/ ASSISTE PAR** = secouristes (SP, AP), CCA**4/ « HOMOLOGUE »** SAPEUR POMPIERS :
NON**5/ COMMUNICATIONS**

- orale :
avec son Médecin « prescripteur »
- Radio : oui, celle du vecteur en cas de problème pdt le transport
- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- matériel habituel



(couleur adaptée au poste)

**Désigné pour aller sur le site de l'évac
par MR-Site****ROLE SPECIFIQUE****Puis :**

- prend sa mission auprès du **Médecin Res-**
ponsable de l'Evacuation
- réalise le transport (seul ou avec un méde-
cin) jusqu'au centre hospitalier désigné.
- réalise les actes prescrits, la surveillance
du patient
- procède à la relève en arrivant au cen-
tre hospitalier auprès du médecin ou de
l'IAO
- rend compte dès son retour au MR-Evac
des problèmes rencontrés et de sa dispo-
nibilité.
- complète la fiche de transport (surveillan-
ce et actes de réalisés).

FICHE GENERALE AMBULANCIER**1/ ROLE SOIGNANT = NON****2/ ROLE DECISIONNEL = Non**

(mais rôle d'assistant- aux médecins ou IDE-essentiel)

3/ ASSISTE PAR = personne**4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIER = non****5/ COMMUNICATIONS**

- orale :

avec son Médecin « équipier »

- Radio : Non sauf celles des véhicules en cours de transport.

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :**- matériel habituel**

(couleur adaptée au poste)

- carnet de notes

- crayons

**ROLE SPECIFIQUE**

Au départ du SMUR prépare son itinéraire vers le CRM.

A l'arrivée informe la régulation sur les difficultés d'accès et de circulation (permet aux autres équipes d'arriver plus facilement).

Effectue son **rôle ambulancier habituel :**

- **conduit l'équipe au CRM, puis respecte les instructions des autorités et des SP pour aller sur les lieux**

- **gare le véhicule en « position de départ rapide » (dangers potentiels : explosions, toxiques...).**

Reste avec son équipe initiale.

SAUF

avis contraire du médecin (mission particulière)

OU

sur ordre du DSM.

Sur le terrain : sera indispensable en tant que :

- **« secrétaire ou agent de liaison » pour les responsables**

- **au TRI : travail administratif du TRI (fiches)**

- **au PMA : aide au conditionnement, brancardage, logistique, montage des tentes**

- **A l'EVAC listing des capacités d'accueil, tenue du registre d'évacuation, conduite des AR**

Pour chaque mission particulière consultez la fiche spécifique correspondante.

S'il pense être plus utile ailleurs (fin de mission, ou s'il a perçu un manque dans le système), il en réfère au médecin responsable du poste !

Exécute la mission particulière demandée et rend compte.

AMBULANCIER AIDE du DSM OU du MR-Site**1/ ROLE SOIGNANT** = NON**Il est désigné par le DSM ou MR-Site****2/ ROLE DECISIONNEL** = NON**ROLE SPECIFIQUE****3/ ASSISTE PAR** = personne**4/ « HOMOLOGUE »** Sapeur Pompiers :
NON**Rôle d'aide administrative au DSM et /
ou MR-Site****5/ COMMUNICATIONS**

- orale : avec DSM (ou MRS)

- Radio : oui / non

- ne communique pas aux médias

- prise de note (demande particulière du DSM (ou MRS), nombre de victimes, problèmes rencontrés...)

- réfère au DSM (ou MRS) toute information importante recueillie

- exécute les missions confiées par le DSM

- (ou MRS) et rend compte

- S'il perçoit un manque dans le système, en réfère au DSM (ou MRS)

- Peut être amené à conduire le DSM d'un site à l'autre.

6/ MATERIELS DISPONIBLES :- **matériel habituel**- *avoir papier et crayons*

(couleur adaptée au poste)

AMBULANCIER TRI

1/ ROLE SOIGNANT = NON

Désigné par le MR-Site ou le DSM

2/ ROLE DECISIONNEL = Non

ROLE SPECIFIQUE

3/ ASSISTE PAR = personne

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIER = non

- Se met à disposition du médecin du tri
- met en place la fiche de tri en l'absence de fiche de l'avant.
- enregistre toutes les victimes ainsi que leur classification.

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
avec son Médecin TRI

Exécute la mission particulière demandée et rend compte.

-Radio : Non

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- matériel fiches médicales de tri,
crayons



AMBULANCIER PMA**1/ ROLE SOIGNANT** = NON**Désigné par le MR-Site****2/ ROLE DECISIONNEL** = Non**3/ ASSISTE PAR** = ses collègues**ROLE SPECIFIQUE****4/ « HOMOLOGUE »** SAPEUR POMPIER = nonEffectue son **rôle ambulancier habituel** :**5/ COMMUNICATIONS**

- orale :
avec son Médecin « équipier » ou avec médecin responsable du PMA

- **Reste sur le secteur attribué (UA ou UR)**
- **Aide au conditionnement des victimes (assiste les médecins ou les infirmiers), aide au brancardage.**
- **s'assure de l'approvisionnement du secteur.**

- Radio : Non

S'il pense être plus utile ailleurs (fin de mission, désœuvrement à son poste ou s'il a perçu un manque dans le système), il en réfère au médecin responsable du PMA

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

Exécute la mission particulière demandée et rend compte.

- **matériel habituel**

(couleur adaptée au poste)

EVACUATION AMBULANCIER AIDE MED RESP EVACUATION

1/ ROLE SOIGNANT = NON

2/ ROLE DECISIONNEL = NON

3/ ASSISTE PAR = personne

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS :
NON

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
avec Médecin responsable de l'évacuation

- Radio : OUI

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- matériel habituel

- registre/crayons

Désigné pour aller sur le site de l'EVAC par MR-Site

ROLE SPECIFIQUE

- aide à l'installation du secteur évacuation
- assure le secrétariat de l'évacuation, en lien avec l'IDE EVAC : tient à jour la liste des victimes admises au PMA, la liste des victimes évacuées, la liste des destinations des patients (le registre).
- exécute les missions qui pourraient être demandées par son Médecin Responsable.



EVACUATION AMBULANCIER TRANSPORT**1/ ROLE SOIGNANT = NON****Désigné par DSM ou MR-site.****2/ ROLE DECISIONNEL = NON****ROLE SPECIFIQUE****3/ ASSISTE PAR = personne****4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS :**
conducteur VSAV

- prend sa mission auprès du médecin responsable de l'évacuation

5/ COMMUNICATIONS- orale :
avec son Médecin ou IDE

- réalise le transport jusqu'au centre hospitalier assure donc la grande noria

-Radio : du véhicule en transport

- retourne à l'évacuation en passant par l'itinéraire prescrit et le CRM

- ne communique pas aux médias

- rend compte dès son retour au MR-Evac des problèmes rencontrés et de sa disponibilité

6/ MATERIELS DISPONIBLES :- **matériel habituel**

- attend une nouvelle mission de transport.



(couleur adaptée au poste)

PARM VEHICULE PC (PCA)**1/ ROLE SOIGNANT** = NON**2/ ROLE DECISIONNEL** = NON**3/ ASSISTE PAR** = 2e parm

4/ « HOMOLOGUE » SAPEUR POMPIERS =
oui
opérateur radio du PC sdis

5/ COMMUNICATIONS

- orale :
avec le Médecin du PCA et l'IDE coordina-
teur samu

-Radio : oui
avec DSM (au PCO)
avec EVAC
avec les MR-Sites
avec TRI
avec médecin chef PMA

tél : avec la régulation
avec le PCO (DSM +/- aide DSM)

- ne communique pas aux médias

6/ MATERIELS DISPONIBLES :

- papier, stylo, PC portable (3G et appli
samu)



**ENGAGEMENT initial PAR LE MEDECIN
REGULATEUR DU SAMU puis sous la
responsabilité du MRS**

ROLE SPECIFIQUE :

**Travail en binôme avec un autre Parm,
sous la responsabilité du médecin res-
ponsable de site (MRS)**

- Avant le départ :

- Prendre les malles avec Radios PSM 2
- Prendre les Téléphones Satellites
- Prendre Radios (Talkies-walkies)
- Appliquer procédure départ de C 62
- Allumer les téléphones du VPC et faire bloquer la ligne avec le CRRRA
- Ouvrir la radio 150Mhz à l'avant (Antares quand sera opérationnel)
- **Penser aux lots PSM2+ respi NRBC**
- Ordi portable VPC (appli samu déporté)

- **Sur les lieux**

- à l'arrivée
 - privilégier la proximité avec le VPC SP
 - rendre opérationnel le VPC (antennes)
 - distribuer les radio : DSM, MR-Site, MR-TRI, MR-EVAC, MR-PMA, Ide logistique, Médecin CRI, CUMP.

- rôle opérationnel:
 - **registre administratif** des patients pris en charge (cf listing 10 victimes par page)
 - communication avec le CRRRA, le PCO (DSM)
 - relation entre les différents intervenants du site
 - **demande les capacités d'accueil des établissements de santé au CRRRA**
 - **travaille en lien avec l'EVAC pour les destinations**

RISQUES NRBC – Nucléaires, Radiologiques, Biologiques, Chimiques

PRICIPES GENERAUX

Se rendre au **CRM** = Centre de Regroupement des Moyens.
S'adresser au **COS** = Commandant des Opérations de Secours.

Attendre la **levée de doute du risque NRBC** par la CMIC, la CMIR et le service de déménagement.

Décontamination NRBC : déshabillage des victimes correct et précoce, douche avec savon.

Pour certains toxiques, si disponible : gant poudreux (terre à foulon : absorption du toxique). Le déshabillage précoce représente environ 80 % de la décontamination.

En pré-hospitalier : déluge d'eau par les FPT des SP + UDD mobile des SP (tente type Utilis avec douches et ventilation intégrée).

Pour les ES : douches fixes à des endroits dédiés (sas urgence, morgue...).

Pas d'engagement des personnels de soins en zone d'exclusion. Eventuel engagement (sur demande des autorités compétentes) au PRV de la zone contrôlée d'un **binôme médecin et IDE formés, entraînés et d'accord** (Tri, injection antidotes, canules de Guédel...), tenue TOM ou CLD complète. Rôle similaire de ce binôme **à l'entrée d'un ES en cas d'afflux massif de victimes avec risque NRBC.**

La décontamination en cas de **risque chimique** prime sur l'urgence médicochirurgicale.

A l'inverse **l'extrême urgence médicochirurgicale prime toujours sur les risques radiologiques ou biologiques** (moyennant pour les soignants le port de tenues de protection NR/B adaptées).

Transfert à l'hôpital rapide (vers un CTBRC ou un bloc opératoire d'un ES dédié risque NR) :
→ patient allongé : emballage en double enveloppe avec du vinyle (vinyle autour du matelas coquille et vinyl autour de la victime, utiliser des housses si disponibles, tête du patient libre). Cette technique « double enveloppe » doit être rapide et ne doit pas se faire au détriment de la rapidité des soins.

Mettre une charlotte sur les cheveux de la victime (évite dissémination de particules), et un **masque chirurgical** sur le patient (évite contamination interne).

Un irradié n'irradie pas.

En cas de risque radiologique, les soignants se muniront idéalement de comprimés d'iode stable au départ, et aussi d'un ou plusieurs dosimètres (au moins un par véhicule : mode détection-alerte : s'éloigner si sonne).

Tenues NRBC de protection des personnels de soins :

Soit « étanches » : **type CLD avec gants butyle (+ sous gants en coton si disponibles), surbottes, ARF avec cartouches filtrante adaptée → secteur décontamination (douches).**

Soit « filtrantes » : **type TOM avec gants butyle (+ sous gants en coton si disponibles), surbottes, ARF avec cartouches filtrante adaptée.**

Si seuls risques NR ou B : une tenue type « Tyvek » ou tenue de bloc opératoire renforcée avec masque FFP2 ou 3 peut suffire pour les soins.

RISQUES BIOLOGIQUES

AGENTS BACTERIENS

	Symptômes	Délai	Transmission	Traitement
Anthrax	<p><i>Charbon cutané</i> : jusqu'à la nécrose</p> <p>- <i>Charbon d'ingestion</i> : vomissements, diarrhée sanglante</p> <p>- <i>Charbon d'inhalation</i> : toux sèche, détresse respiratoire, bactériémie</p>	<p>- Quelques jours</p> <p>- 1 à 7 jours</p> <p>- 2 à 6 jours</p>	<p>- Contact cutané sur peaux lésées</p> <p>- Ingestion d'aliments contaminés</p> <p>- Aérosols (bioterrorisme++)</p>	<p>Ciprofloxacine</p> <p>Vaccin non disponible</p>
Peste	<p>- <i>Peste bubonique</i> : adénopathies fébriles pouvant évoluer vers septicémie ou forme pulmonaire</p> <p>- <i>Peste septicémique</i> primaire avec nécrose des extrémités</p> <p>- <i>Peste méningée</i> : souvent après forme septicémique ou septicémie avec antibiothérapie tardive</p> <p>- <i>Peste pulmonaire</i> : syndrome grippal + dyspnée, expectorations sanglantes</p>	<p>- 2 à 6 jours</p> <p>- 7 jours</p> <p>- Quelques heures à quelques jours</p>	<p>- Piqûres de puce des rats</p> <p>- Transmission interhumaine</p> <p>- Aérosols (bioterrorisme)</p>	<p>Ciprofloxacine +/- gentamycine dans les formes graves</p> <p>+/- chloramphénicol dans les formes méningées</p> <p>Vaccin non disponible</p>
Tularémie	<p>- Syndrome grippal brutal avec forme ulcéro-glandulaire, oculaire, oropharyngé</p> <p>- Forme septicémique</p> <p>- Forme pulmonaire</p> <p>- Forme typhoïde</p>	<p>3 à 5 jours</p>	<p>- Contact cutané sur peau lésée</p> <p>- Piqûres insectes</p> <p>- Aérosols (bioterrorisme)</p> <p>- Aliments contaminés</p>	<p>Ciprofloxacine</p> <p>Vaccin non disponible</p>
Fièvre Q	<p>50 % : asymptomatiques, 50 % : syndrome pseudo-grippal avec pneumopathie atypique.</p> <p>Rares cas d'endocardite, hépatite, méningite</p>	<p>2 à 14 jours</p>	<p>- Aérosols (bioterrorisme)</p>	<p>Doxycycline</p> <p>Vaccin non disponible</p>
Brucellose ou fièvre de Malte	<p>3 phases :</p> <p>- <i>Brucellose aiguë</i> septicémique,</p> <p>- <i>Brucellose secondaire</i> : foyers hépato-spléniques, méningés</p> <p>- <i>Brucellose chronique</i></p>	<p>1 à 4 semaines</p>	<p>- Contact cutané-muqueux avec bovins, ovins</p> <p>- Aérosols (bioterrorisme)</p> <p>- Aliments contaminés</p>	<p>Doxycycline + rifampicine</p> <p>Vaccin réservé aux professionnels exposés, peu utilisé</p>

RISQUES BIOLOGIQUES
AGENTS VIRAUX / TOXINES

	Symptômes	Délai	Transmis- sion	Traitement
Variole	Syndrome pseudo grippal brutal puis exanthème de la face centrifuge au tronc avec atteinte paume des mains et des pieds, en une seule poussée Possible évolution hémorragique	10 à 14 jours	- Transmission interhumaine (sécrétions oro-pharyngées) - Aérosols (bioterrorisme) - Contacts avec objets, linges contaminés	Isolement respiratoire et cutané++, En cas d'exposition : vaccination précoce
Fièvre Hémorragique virale	<i>Syndrome grippal, hémorragie superficielle dans les formes graves avec possible défaillance multi viscérale</i>	Quelques jours à 3 semaines	- Contacts avec animaux ou tissus infectés - Transmission interhumaine++ - Aérosols	Ribavirine 7 jours si fièvre de Lassa ou de Crimée-Congo Vaccin non disponible
Encéphalites	Altération de l'état général brutal, fébrile, parfois syndrome méningé, évolution vers encéphalite dans 5 à 10 % des cas	1 à 5 jours	Piqûres de moustiques	Pas de traitement spécifique
Toxines botuliques	Atteinte des nerfs crâniens puis paralysie flasque progressive et descendante	12 à 72 heures		Sérothérapie précoce (difficile à se procurer) Vaccin non disponible
Ricine	<i>Inhalation</i> : toux, jusqu'à détresse respiratoire <i>Ingestion</i> : gastro-entérite, puis hémorragie digestive jusqu'au collapsus cardio-vasculaire	4 à 24 heures	- Aérosols - Aliments ou réseau d'eau contaminé (bioterrorisme)	Traitement symptomatique
Enterotoxine staphylococcique B	<i>Ingestion</i> : tableau de gastro-entérite <i>Inhalation</i> : tableau pseudo grippal avec possible œdème aigu du poumon	3 à 6 heures		

RISQUES BIOLOGIQUES

RISQUES CHIMIQUES

	Suffocants : chlore, phosgène	Toxiques cellulaires = anoxiants : cyanés	Neurotoxiques OrganoPhospho- rés : Sarin, Tabun, Soman, VX ou A4	Vésicants : Ypérite, Lewisite
Symptômes respiratoires	Irritation, œdème aigu pulmonaire, Syndrome de détresse respiratoire aiguë, bronchoconstriction		Bronchospasme, hypersécrétion bronchique	Laryngite, laryngospasme, dyspnée, œdème pulmonaire, hémorragies alvéolaires
Symptômes neurologiques		Céphalée, vertige, crise convulsive, coma,	Ataxie, céphalée, crise convulsive, état de mal épileptique, paralysie flasque	Myosis, trouble de la personnalité
Symptômes oculaires	Irritation		Myosis, hypersécrétion lacrymale	Irritation, blépharospasme, œdème et ulcérations cornéenne
Autres	-Hémolyse -Douleur thoracique	-Hémolyse intravasculaire -Défaillance multiviscérale -Collapsus cardio-vasculaire	-Incontinence fécale -Bradycardie jusqu'à arrêt cardiaque -Fasciculations muscles striés -Paralysie flasque -Arrêt respiratoire	-Erythème, nécrose du derme -Leucopénie puis pancytopenie
Délai	20 minutes à 24 heures	Quelques secondes à quelques heures	Quelques minutes à plusieurs heures	1 à 24 heures
Contaminant	Non	Non	Oui	Oui
Traitement	Traitement symptomatique Aérosols B2+ si besoin	Traitement symptomatique Si dérivés cyanés et intoxication grave : hydroxocobalamine (Cyanokit®) 70 mg/kg en 15 à 30 minutes renouvelable une fois	Décontamination au gant poudreux - <i>atropine</i> : 2 mg en IVL toutes les 5 à 10 minutes jusqu'à assèchement des muqueuses, puis 1,5 à 6 mg/h - <i>pralidoxime</i> (Contrathion®) : 400 mg en IVL ou en perfusion sur 15 minutes renouvelable à 30 minutes, puis 200 mg toutes les 4 à 6 heures - <i>diazepam</i> 0,1 à 0,2 mg/kg en IVL sans attendre les convulsions	Décontamination au gant poudreux - <i>novésine</i> si douleur oculaire - pansement <i>flamazine</i> sur les plaies... - Carbomix® si ingestion - Si Lewisite : antidote = <i>dimer-caprol</i> (BAL®) 200 mg IM précocement puis toutes les 4 heures

RISQUE NRBC

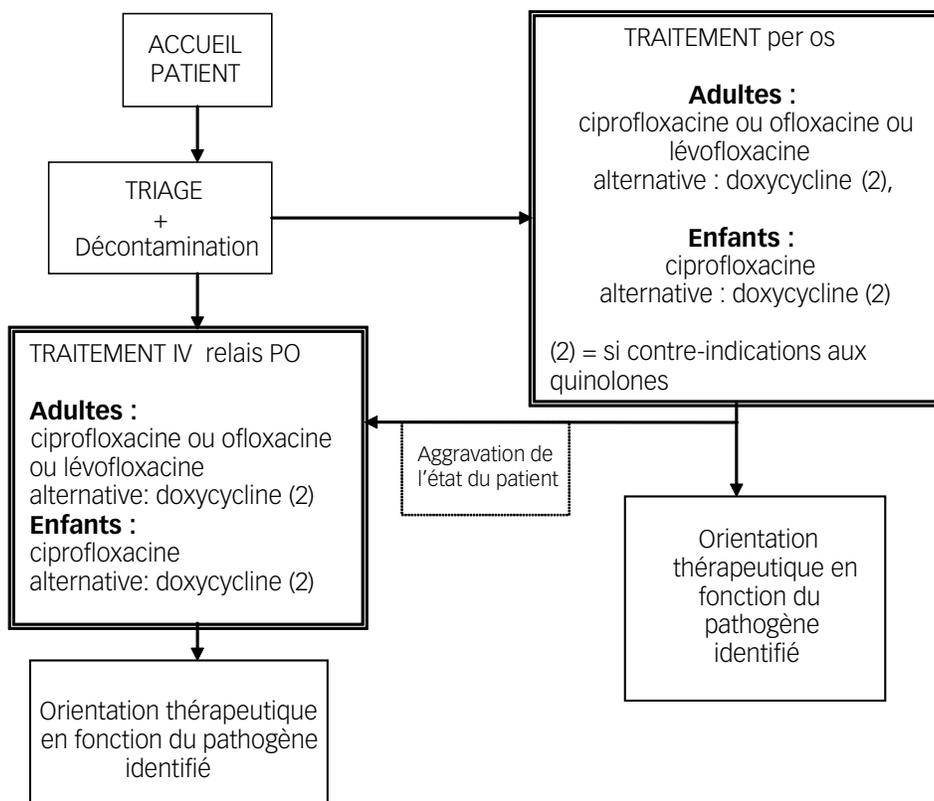
RISQUES CHIMIQUES

Pour les intervenants mettre une tenue TOM avec gants en butyle et surbottes imperméables et un appareil respiratoire filtrant.

Intervention du personnel SAMU uniquement en zone de soutien, sauf si demande des autorités : certains gestes de sauvetage (binôme médecin-infirmier) en tenue TOM ou CLD (avec masque et cartouche filtrante adaptée) sont envisageables si personnels suffisants, formés et d'accord pour intervenir.

Si disponible : **stylo auto-injecteur bi-compartmenté** comprenant 2 mg de sulfate d'atropine, 350 mg de méthylsulfate de pralidoxime et l'avizafone (prodrogue du diazépam) dans un compartiment et le solvant aqueux dans le second. Pour les intervenants exposés, à administrer dès les premiers signes cliniques d'intoxication par les Neurotoxiques Organophosphorés, renouvelable à 15 minutes, permettant une couverture thérapeutique d'environ 40 minutes.

Fiche AFSSAPS : conduite à tenir en situation d'urgence avant identification de l'agent pathogène responsable.



RISQUE NRBC

RISQUES NUCLEAIRES ET RADIOLOGIQUES

Exposition aiguës globales						
Toujours en 3 phases, tableau plus ou moins complet car exposition rarement homogène						
Dose (Gray)	Phase initiale	Phase de latence	Phase d'état	Evolution	Signes biologiques	Prise en charge
0,5 à 1				Guérison spontanée	Lymphopénie transitoire	Médecin traitant
1 à 2	Nausées Vomissements Céphalées < 3 h (25% des sujets)				Lymphopénie puis pancytopenie modérée et transitoire	Hospitalisation médecine interne
2 à 5	Nausées Vomissements Céphalées Diarrhées < 3 h	15 jours	manifestation d'aplasie médullaire	Guérison sous traitement	Lymphopénie profonde puis aplasie médullaire	Hospitalisation service hématologie
5 à 10	Nausées Vomissements Diarrhées (fièvre) < 1 h	< à la semaine	Syndrome digestif puis hématologique possible défaillance multiviscérale	Eventuelle guérison sous traitement	Idem et troubles hydro-électrolytiques	Réanimation hématologique ou service des brûlés
10 à 15	Nausées Vomissements Diarrhées fièvre syncope, obnubilation en qq minutes	Transitoire et incomplète	Syndrome pulmonaire et digestif	Issue fatale probable	Idem	Réanimation hématologique ou service des brûlés
>15	Vomissements Diarrhées fièvre syncope, obnubilation coma rapide	Absence	Syndrome neurologique central rapidement fatal	Issue fatale	Lymphopénie profonde	Réanimation

RISQUE NRBC

RISQUES NUCLEAIRES ET RADIOLOGIQUES

Expositions aiguës localisées

Cutané : brûlure d'apparition et d'évolution progressive, avec érythème, phlyctènes, oedème, nécrose et sclérose.

> 3 Gray	Érythème cutané
> 6 Gray	Epidermite sèche
> 15 Gray	Epidermite exsudative
> 25 Gray	Nécrose

Selon les organes :

> 5 Gray	Parotidite aiguë dans les 12 heures
> 6 Gray	Stérilité
> 8 Gray	Cataracte
> 25 Gray	Nécrose

Iodure de potassium

Prise d'iodure de potassium, comprimé sécable à 130 mg soit 100 mg d'iode stable :

- pour les intervenants : prendre 1 heure avant exposition 1 cp.
- si suspicion de contamination par iode radio actif prendre dès que possible :
 - adultes et enfants > 12 ans : 1cp/jour
 - femme enceinte ou allaitant : 1 cp/jour
 - enfant (3 à 12 ans) : ½ cp/jour
 - bébé < 3 ans : ¼ cp/jour

(attention existe aussi des cps iodure potassium à 65 mg)

Contre-indications : maladies thyroïdiennes présentes ou passées, hypersensibilité connue à l'iode, dermatites herpétiformes, vascularites avec hypocomplémentémie.

ANTIDOTES NRBC : stocks Pharmacie centrale HCL et malles nrbc LOZA au SAMU

RISQUES CHIMIQUES :

- Atropine 1 mg/1 ml inj (intox organo phosphorés)
- Contrathion 200 mg/10 ml (intox organo phosphorés)
- Cyanokit 2,5 g inj (intox cyanures)
- Succinaptal 200 mg gel (intox plomb et mercure)

RISQUE NR :

- Radiogardase 500 mg gel (contamination interne par cesium, thallium, indium, mélanges produits fission)
- Ca-DTPA 250 mg/ml (contamination interne par plutonium, américium, curium, fer, cobalt...)

