

>> SUAP-CT-18

Situation à multiples victimes

18.1. Généralités

Une situation à multiples victimes (SMV) se définit comme un accident ou une situation dont le nombre de victimes est plus élevé que celui que peut prendre en charge le premier engin ou le premier volume d'engins.

Elle peut, selon le nombre de victimes et la situation, avoir plusieurs formes :

- l'accident à effet limité (AEL) est une situation unique qui entraîne un petit nombre de victimes (inférieur à 15) qui normalement peuvent être rapidement prises en charge par une demande de renforts restreinte.

- l'accident catastrophique à effet limité (ACEL) est une situation unique entraînant un afflux brutal mais assez limité de victimes (de 15 à 100) avec une inadéquation momentanée entre les besoins et les moyens.

- l'accident catastrophique à effet majeur (ACEM) est une situation entraînant une inadéquation dans le temps entre les besoins et les moyens car :
 - le nombre de victimes est particulièrement élevé
 - les sites d'interventions sont nombreux
 - l'accessibilité pour les secours est difficile...

18.2. Les différentes causes d'une SMV

Les SMV sont souvent causées par :

- des accidents de trafic : routier, ferroviaire, aérien, maritime ou fluvial.
- des incendies : feux d'immeubles d'habitation, d'établissements de soins (hôpitaux, maisons de retraite...), d'établissements recevant du public (ERP : salles de spectacle, immeubles à usage de bureaux...), de tunnels, de forêts...
- des effondrements d'immeubles (explosion, glissement de terrain, avalanche, vétusté).
- des accidents sociaux : manifestations avec mouvements de foule, agressions collectives (explosions, armes à feu, prises d'otages).
- des actes de terrorisme : explosions, bioterrorisme, armes chimiques ou radiologiques, kamikaze...
- des catastrophes naturelles : tremblements de terre, glissements de terrain, inondations, cyclones, tsunamis...
- des accidents technologiques : sites industriels chimiques, nucléaires, transport de matières dangereuses (TMD), feux d'hydrocarbures.
- des accidents infectieux : intoxications collectives, épidémies.

18.3. Les facteurs aggravants

Les dégâts matériels

Les dégâts engendrés par un accident sont souvent importants et étendus, ils dépendent de la cause du sinistre et peuvent désorganiser l'action des secours. Ils touchent habituellement les véhicules, les habitations, les constructions ou bâtiments à usage administratif ou privé et, parfois, des établissements industriels ou sanitaires.

Ces dégâts peuvent être à l'origine de risques persistants, notamment, pour les équipiers secouristes (incendie, fuite de produits toxiques, éboulements...).

Ils peuvent rendre l'accès au site de la catastrophe et aux victimes difficile et laborieux.

L'importance de ces dégâts aura un impact direct sur le sauvetage des victimes, leur dégagement et la nature des gestes de secours qui seront délivrés.

La présence de nombreuses victimes réelles ou potentielles

Le nombre de blessés évalué de prime abord doit être

pondéré en prenant en compte le fait que :

- certains blessés valides vont spontanément quitter les lieux après l'événement avant de revenir secondairement après l'arrivée des secours, ou être retrouvés tardivement.
- l'état des blessés peut évoluer rapidement en bien ou en mal.
- certaines victimes ensevelies ou incarcérées ne sont pas accessibles et nécessitent des moyens de recherche et de secours spécifiques.

Les comportements inhabituels inhérents à ce genre de situation doivent être anticipés. En effet :

- certaines victimes qui ne sont pas blessées, nécessitent une prise en charge psychologique (état de choc, personnes ayant perdu un proche...).
- certaines victimes sont d'emblée en ACR et peuvent poser des problèmes de conscience aux sauveteurs dont le nombre ne permet même pas la prise en charge de tous les blessés les plus graves...

L'environnement

D'autres facteurs peuvent aggraver l'état des victimes et perturber le travail des sauveteurs :

- les conditions météorologiques : pluie, froid, neige ou chaleur excessive.
- la nuit.
- la fumée, des émanations toxiques.
- les mouvements de panique, les mouvements ou l'agressivité de la foule.

Une inadéquation initiale

Les ressources humaines et les moyens disponibles à la lutte contre les effets de la situation sont en inadéquation avec les besoins liés.

Pour limiter au maximum les effets du sinistre, il faut :

- Prévoir, en imaginant le pire.
- Prévenir, en utilisant les moyens disponibles humains et techniques.
- Organiser les secours, en se fondant sur la planification ORSEC (Organisation de la Réponse de Sécurité Civile) qui intègre et coordonne tous les maillons de la chaîne des secours.

Conduite à tenir

• Déterminer la nature du sinistre et rechercher la présence d'un danger

En recherchant en priorité des signes d'intoxication directement visibles (malaise collectif, odeur inattendue, animaux malades ou mort...)

• Rendre compte

Le plus rapidement, le chef d'agrès informera le CODIS de la nature du sinistre, du lieu et de son accessibilité, du nombre approximatif de victimes, des risques particuliers et des mesures spécifiques à prendre (gaz, électricité...)

• Réaliser les gestes de secours prioritaires

Si nécessaire, un ou des dégagements d'urgence pourront être réalisés.

Les sapeurs-pompiers devront faire preuve de calme et de sang-froid car des décisions difficiles peuvent

devoir être prises concernant des patients qui ne seront pas nécessairement en état critique, par rapport à d'autres qui, au vu de leurs blessures, ont peu de chance de survie.

En fonction du sinistre, on ne pourra pas porter assistance à tout le monde, le but sera donc de faire le maximum de bien à un maximum de personnes.

L'objectif est d'assurer la meilleure prise en charge pour chaque individu, cela signifie trouver et traiter le patient pour lequel, dans un délai très bref, une aide importante pourra être apportée.

La première équipe sur place devra donc effectuer un triage des victimes, dans le but de rapidement mettre en œuvre des gestes d'urgence, uniquement pour les personnes pour qui ce sera bénéfique dans l'immédiat. Il conviendra donc de rester auprès de chaque victime un espace de temps réduit pour réaliser un bilan d'urgence vitale, et de réaliser à l'issu, un geste d'urgence uniquement s'il peut être réalisé rapidement de façon à sauvegarder l'intégrité physique de la victime (PLS, position d'attente, garrot).

Les victimes ne présentant pas de détresse vitale pourront être prises en charge ultérieurement au fur et à mesure de l'arrivée de moyen adapté.

De la même manière, si les sapeurs-pompiers doivent divulguer des gestes d'urgence ou continuer le repérage des victimes, celles trouvées en arrêt ventilatoire ne seront pas prioritaire et ne pourront être prise en compte que plus tardivement.

- **Définir un point de rassemblement des victimes**

Dans la pratique, afin de faciliter leur prise en charge, les victimes sont regroupées si possible en un lieu appelé initialement point de rassemblement des victimes (PRV).

Il pourra être défini en fonction de la proximité, de la sécurité et de l'accessibilité du site.

18.4. Intégration dans le dispositif ORSEC

Le mode d'action NOmbreuses Victimes, appelé « Plan NOVI »

Principe :

Le mode d'action nombreuses victimes du dispositif ORSEC est un plan d'organisation des secours destiné à lutter contre les conséquences d'un ACEL et assurer une prise en charge rapide et correcte des nombreuses victimes, tout en évitant un engorgement des hôpitaux.

Il permet d'engager, simultanément, de nombreux moyens de secours, de sauvetage et de soins médicaux appartenant à différentes structures.

Sous l'autorité du Préfet, qui assure la direction opérationnelle des secours, le **Commandant des Opérations de Secours**, officier sapeur-pompier désigné, identifié par une chasuble jaune portant le sigle « **COS** », met en place deux chaînes de secours :

- « **Sauvetage incendie** », qui assure la lutte contre le sinistre et ses effets immédiats (sauvetages et, éventuellement, dégagement des victimes).
- « **Médicale** » qui permet la prise en charge des victimes avant leur évacuation programmée vers une structure hospitalière d'accueil.

Ces deux chaînes sont commandées respectivement par :

- **Le Directeur du Service Incendie et Sauvetage**, identifié par une chasuble jaune portant le sigle « **DSIS** ».
- **Le Directeur des Secours Médicaux**, identifié par une chasuble jaune portant le sigle « **DSM** ».

Le mode d'action permet d'anticiper les moyens à mettre en oeuvre devant un ACEL et il constitue une base unique de travail avec les différents intervenants. Il détermine avec précision le rôle et les fonctions de chacun.

Sur le plan secouriste et médical, il définit la doctrine opérationnelle de prise en charge de nombreuses victimes, basée sur la création d'une chaîne de secours et de soins médicalisés composée de 3 maillons essentiels :

- A l'avant : découverte, recherche et **ramassage** des victimes.
- Au milieu : **rassemblement** des victimes en un point : le Poste Médical Avancé (PMA).

- A l'arrière : évacuation régulée des victimes vers la structure hospitalière la plus adaptée à leur état, en utilisant des moyens de transport appropriés.

Les différents services participants

Différents services de secours participent à la mise en oeuvre de ce mode d'action. Pour cela, à chaque service sont attribuées des missions spécifiques qui concourent à un objectif commun :

« Prendre en charge le plus grand nombre de victimes ».

- Les sapeurs pompiers : fournissent les spécialistes et le matériel pour les recherches, la désincarcération, le déblaiement ou les soins aux victimes, ainsi que du personnel médical et paramédical.
- Le service d'aide médicale urgente : participe à la médicalisation des victimes. Son rôle consiste également à rechercher des places hospitalières en fonction de la nature et de la gravité des lésions des victimes.
- Les associations agréées de sécurité civile : aux ordres du COS, peuvent apporter leur concours dans toutes les phases du dispositif.
- Les ambulanciers publics ou privés : aux ordres du DSM, ils participent essentiellement aux norias d'évacuation.
- Les forces de police et de gendarmerie : elles assurent le balisage et la sécurisation du site, l'accompagnement éventuel des ambulances, la mission d'identification des victimes et, bien sûr, d'investigation pour déterminer, si nécessaire, les causes de la catastrophe.

La zone de l'avant ou « chantier »

Le site de la catastrophe est le premier lieu des opérations de secours.

A l'avant, sur le lieu de l'accident, on opère :

- Une reconnaissance pour évaluer la composante principale de l'intervention (feux, personnes incarcérées...), l'importance des conséquences de l'accident, le nombre et la qualité des victimes, les risques particuliers créés par le sinistre et, éventuellement, ses effets persistants puis, une demande de moyens particuliers d'intervention pour permettre le dégagement des victimes et la lutte contre le sinistre.
- Le balisage afin de délimiter une zone d'accès réglementée, autorisée seulement au personnel

de secours adapté et, éventuellement, équipé de vêtements de protection particuliers.

- Le repérage des victimes de surface et la recherche des victimes enfouies.

- Le ramassage des victimes, en commençant par les victimes les plus graves, et en assurant les gestes d'urgence et de sauvetage en fonction des moyens dont disposent les équipes de secours et qui fait souvent appel, au début, à des techniques improvisées.

Une fois organisé, le ramassage des victimes est dirigé par un officier « Ramassage », désigné par le COS, qui porte une chasuble rouge « Officier Ramassage ». Tous les personnels qui participent au ramassage des victimes portent un brassard rouge. Sur l'ordre du DSM, un ou plusieurs médecins sont affectés à cette zone. Ils sont alors chargés de définir l'ordre de transport des victimes vers le PMA et la qualité des gestes de secours que les équipiers secouristes doivent réaliser.

Cette zone peut, suivant l'importance de la

catastrophe, être découpée en plusieurs secteurs. Chaque secteur est sous la responsabilité d'un chef de secteur aux ordres de l'officier ramassage.

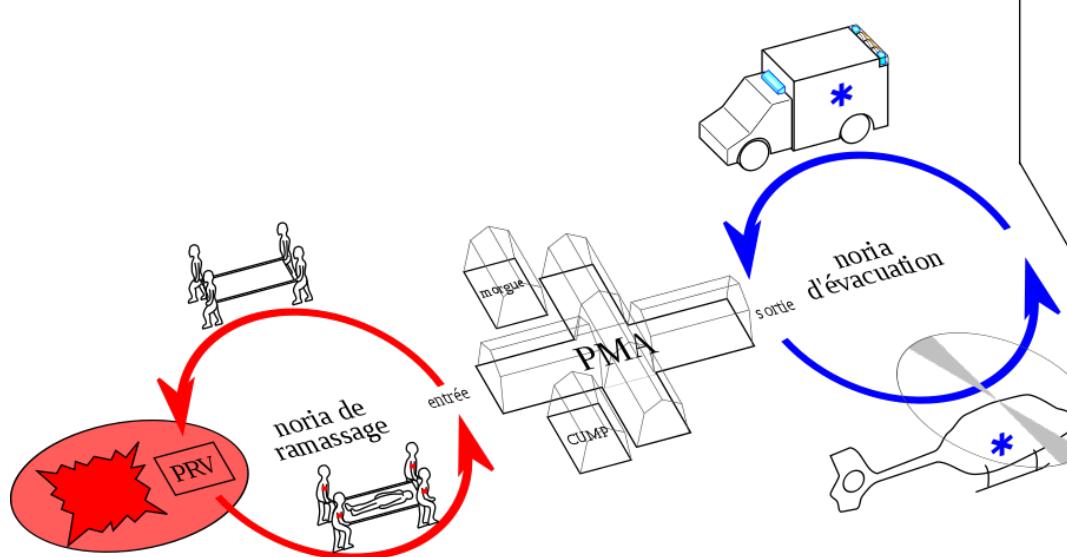
La noria de ramassage (ou petite noria)

La noria de ramassage permet de transporter les blessés recueillis sur le site de la catastrophe, du chantier ou du PRV vers le poste médical avancé (PMA).

Ce transport s'effectue en utilisant tous les moyens de portage à disposition, parfois improvisés.

Après avoir déposé les blessés au PMA, les équipes de secouristes retournent vers les chantiers en apportant, en règle générale, du matériel de secours nécessaire à la prise en charge de nouveaux blessés. Dans certains cas, les blessés peuvent bénéficier d'un accompagnement médical.

La chaîne de secours médicalisée :



Le poste médical avancé (PMA)

Le PMA est une structure de regroupement, de catégorisation, d'identification et de soins des victimes avant leur évacuation vers un hôpital. Il est justifié par la volonté de prendre en charge toutes les victimes et de leur assurer les soins que nécessite leur état, le plus précocement possible, pour éviter toute aggravation. Le PMA permet, en rapprochant les victimes des moyens de secours et de santé mis en oeuvre, de rentabiliser ces moyens et de permettre aux hôpitaux de se préparer à recevoir les victimes.

Le PMA se situe, en règle générale, à proximité immédiate de l'accident mais en zone de sécurité. Il est accessible aux équipes de ramassage et d'évacuation.

Le PMA est un concept qui répond à des critères précis. Il peut être installé dans une structure existante (bar, hall, salle de sport...) voire sous structure mobile de type tente. Il est repéré par un marquage « PMA » ou « Poste médical avancé ». Un balisage et un fléchage rendent plus facile son accès aux équipes de secours.

Le PMA comprend plusieurs parties distinctes :

- Une zone d'accueil où est réalisée la catégorisation de la victime par un médecin trieur, avec un secrétariat « Entrée ».
- Une zone de traitement des victimes graves repérée « UA » ou « urgences absolues ».
- Une zone de traitement des blessés légers repérée « UR » ou « urgences relatives ».
- Une zone d'évacuation repérée par la présence du secrétariat « Sortie » chargé de vérifier le numéro, l'identité, la destination et les vecteurs d'évacuation des victimes.

A proximité du PMA, on trouve :

- Un dépôt mortuaire, un peu à l'écart des 2 autres zones et gardé par la police.
- Une zone de rassemblement des indemnes ou éclopés, qui ne nécessitent pas d'évacuation et qui peuvent être pris en charge par la cellule d'urgence médico-psychologique.

Le fonctionnement du PMA est assuré par :

- Une direction opérationnelle comprenant :
 - Un officier de sapeurs pompiers « **Officier PMA** » désigné par le COS.
 - Un « **Médecin chef PMA** » désigné par le DSM. Ces personnels portent une chasuble blanche avec la mention « **Officier PMA** » et « **Médecin chef PMA** ».
- Des médecins.
- Des infirmiers.
- Des équipiers secouristes qui assistent le personnel médical et para médical.

Tous les personnels concernés portent un brassard blanc.

La noria d'évacuation (ou grande noria)

La noria d'évacuation a pour objectif le transport de blessés, ayant bénéficié d'une mise en condition préalable au PMA, vers une structure hospitalière d'accueil.

Cette noria ne peut se faire que si est mise en place :

- Une gestion des moyens d'évacuation médicalisés et non médicalisés.
- Une zone d'embarquement des victimes dans les ambulances.
- Eventuellement, une zone de poser des hélicoptères.

Chaque victime évacuée doit être en possession d'une fiche d'évacuation. Cette fiche est attribuée, soit sur site, soit au secrétariat d'entrée du PMA. Elle est renseignée par le personnel médical et paramédical qui a pris en charge la victime et par

le médecin du SAMU chargé de rechercher un lieu d'hospitalisation. Elle précise le vecteur d'évacuation nécessaire et la destination de la victime.

Elle est composée de plusieurs feuillets ou parties. Le dernier, souvent cartonné, accompagne la victime jusqu'à l'hôpital. Aucune victime ne peut quitter le PMA sans cette fiche et sans qu'une destination hospitalière ne lui ait été attribuée.

La noria d'évacuation est dirigée par un officier de sapeur-pompier désigné par le COS, il porte une chasuble bleue avec la mention « Officier Evacuation ». Tous les personnels affectés à l'évacuation portent un brassard bleu.

La cellule d'urgence médico-psychologique

Elle est normalement distincte du PMA, sous la responsabilité du DSM. Elle est constituée de psychologues et de psychiatres chargés de la prise en charge immédiate des victimes valides et pouvant être psychiquement traumatisées par l'événement violent qu'elles viennent de vivre.

Mais elle peut ultérieurement servir aux équipiers secouristes eux-mêmes.

Les véhicules postes de commandement

Ils peuvent appartenir aux sapeurs-pompiers, à la police, à la gendarmerie ou au SAMU.

Ils se situent au plus près de l'intervention, en zone sécurisée.

Ils assurent la coordination des moyens sur le site et les liaisons avec les PC arrières (CODIS, CCRA, COD de la préfecture...)

Rôle de l'équipe secouriste au sein d'un SMV

Si l'équipe de secouristes arrive en renfort sur un SMV, son chef doit se présenter dès son arrivée sur les lieux au responsable des opérations de secours, en l'occurrence le COS, pour se voir attribuer une mission.

La mission est en règle générale attribuée à l'équipe entière en fonction de ses compétences et des moyens dont elle dispose.

Pendant toute la durée de la mission, l'équipier secouriste reste aux ordres de son chef d'équipe et exécute strictement et calmement les consignes qui lui sont données.

Au fur et à mesure de l'arrivée de personnels de secours plus qualifiés (chefs d'équipes, infirmiers, médecins), le responsable de l'équipe de secours sur place réalisera un rapport détaillé de l'action qui a été menée par l'équipe comme :

- Nombre de victimes prises en charges.

- Nombre de victime par gravité.
- Gestes de secours réalisés.
- Autres informations importantes.

L'équipe de secouriste peut se voir attribuer les missions suivantes :

1. Sur le chantier :

- Renforcer les équipes de reconnaissance et rendre compte
- Effectuer des actions de sauvetage et de dégagement d'urgence.
- Apporter les premiers soins aux victimes sur les lieux du sinistre : mise en position d'attente, arrêt d'hémorragies grave.
- Participer aux transports des victimes vers un PRV ou le PMA.

2. Au PMA :

- Assister ponctuellement une équipe médicale (déshabillage de victimes, identification de la victime, ventilation au ballon, avant et après une intubation...)
- Brancarder ou aider au déplacement des victimes

valides dans le PMA.

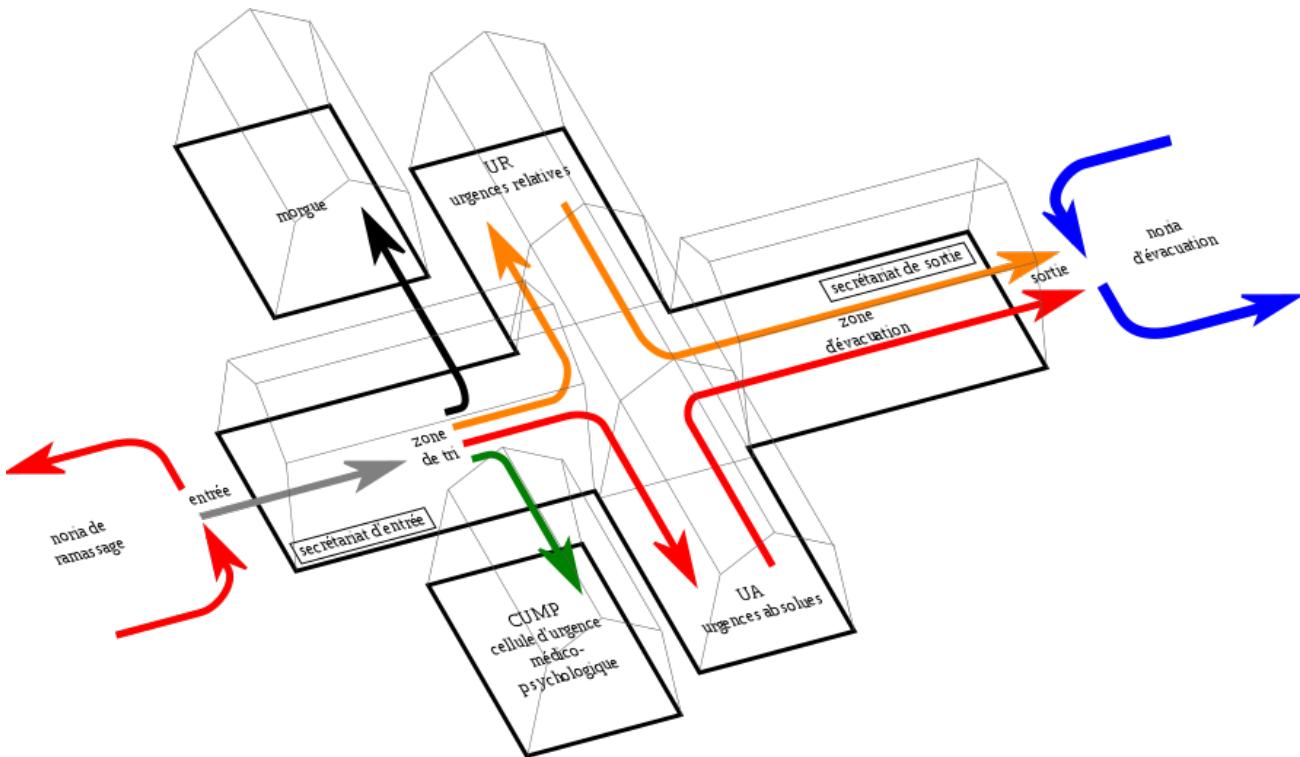
- Participer au support logistique des équipes médicales (approvisionnement en oxygène, en matériel de soins...)
- Participer aux brancardages du PMA vers les vecteurs d'évacuation.

Dans tous les cas, l'équipier secouriste reste aux ordres de son chef d'équipe qui recevra sa mission soit de l'officier PMA soit du médecin chef du PMA.

3. A l'évacuation :

- Assurer, suivant les décisions de son responsable d'équipe, le transport et la surveillance des victimes vers un établissement d'accueil.
- Dès la fin de l'intervention, participer à la remise en état rapide du véhicule pour, éventuellement, retourner prendre en charge une autre victime au niveau du PMA (noria d'évacuation).

Le conducteur ne doit pas quitter son engin, sauf autorisation de l' « officier évacuation », afin de permettre, au niveau du point de regroupement des moyens (PRM), les mouvements et le rangement des véhicules en position d'évacuation.



4. Autres missions :

- Le sapeur-pompier peut être amené à soutenir des victimes impliquées ou s'occuper, en collaboration avec les autorités municipales ou départementales, du relogement et de la nourriture des personnes évacuées dans l'urgence.

Fonction des personnes	Moyen de reconnaissance	Couleur
Commandant des opérations de secours	Chasuble «COS»	Jaune
Directeur des services d'incendie et de sauvetage	Chasuble «DSIS»	Rouge
Directeur des secours médicaux	Chasuble «DSM»	Jaune
Officier évacuation	Chasuble «Officier évacuation»	Bleu
Personnel d'évacuation	Brassard	Bleu
Officier PMA	Chasuble «Officier PMA»	Blanc
Médecin chef du PMA	Chasuble «médecin chef PMA»	Blanc
Personnel du PMA	Brassard	Blanc
Officier ramassage	Chasuble «Officier ramassage»	Rouge
Personnel de ramassage	Brassard	Rouge