



VICTIMES SUR FEU



L'exemple
du feu
d'immeuble
à usage
d'habitation

MCS Laurent DOMANSKI
Service de Santé et de Secours Médical
Brigade de Sapeurs Pompiers de Paris

Objectifs de la présentation

- Connaître les risques pour les personnes exposées à un incendie
- Connaître le feu, sa progression et ses risques évolutifs
- Connaître l'organisation générale des opérations menées par les sapeurs-pompiers
- Connaître l'organisation de la chaîne médicale des secours
- Savoir donner les directives à donner aux personnels de santé
- Savoir réguler le départ de moyens de secours SP et médicaux
- Connaître le rôle de la première équipe médicale sur les lieux
- Savoir gérer les renforts

Spécificités & Secours

Actions simultanées

extinction du feu
secours à victimes

Risques évolutifs

Fuite de gaz, explosion,
Électrification impliqués, intervenants
Panique, trouble de l'ordre public

Contrainte

gestion des flux et de l'espace

Sous-estimation du nombre de victimes

notion de facteur multiplicatif (x 2 à 3)



Historique des feux

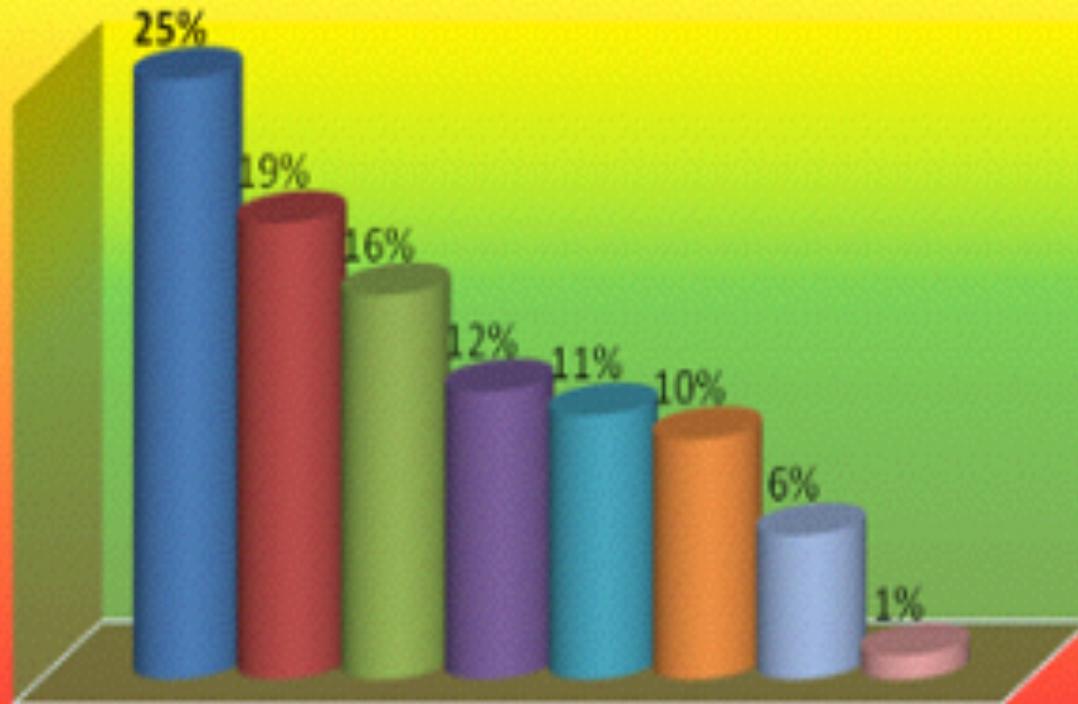
- Guerre et terrorisme
- Troubles urbains
- Habitations & Hôpitaux
- Catastrophes naturels
- Lieux publics et de culture
- Accidents technologiques
- Voies de circulation



Epidémiologie

- Plus de 300 000 incendies en France en 2012
- 27% feux d'habitation
- BSPP: 4% des interventions
- 7 incendies mortels sur 10 nocturnes
- 800 décès (BSPP: 1 pour 100 000 habitants)
- 10 000 victimes
- 4500 hospitalisés
- 300 en Réa spécialisée et 25% y décèdent
- 80% victimes sont intoxiquées

Epidémiologie



- cuisines
- caves et chaufferies
- locaux de poubelles
- escaliers
- toitures et terrasses
- chambres
- salons
- salles de bains

Propagation d'un incendie

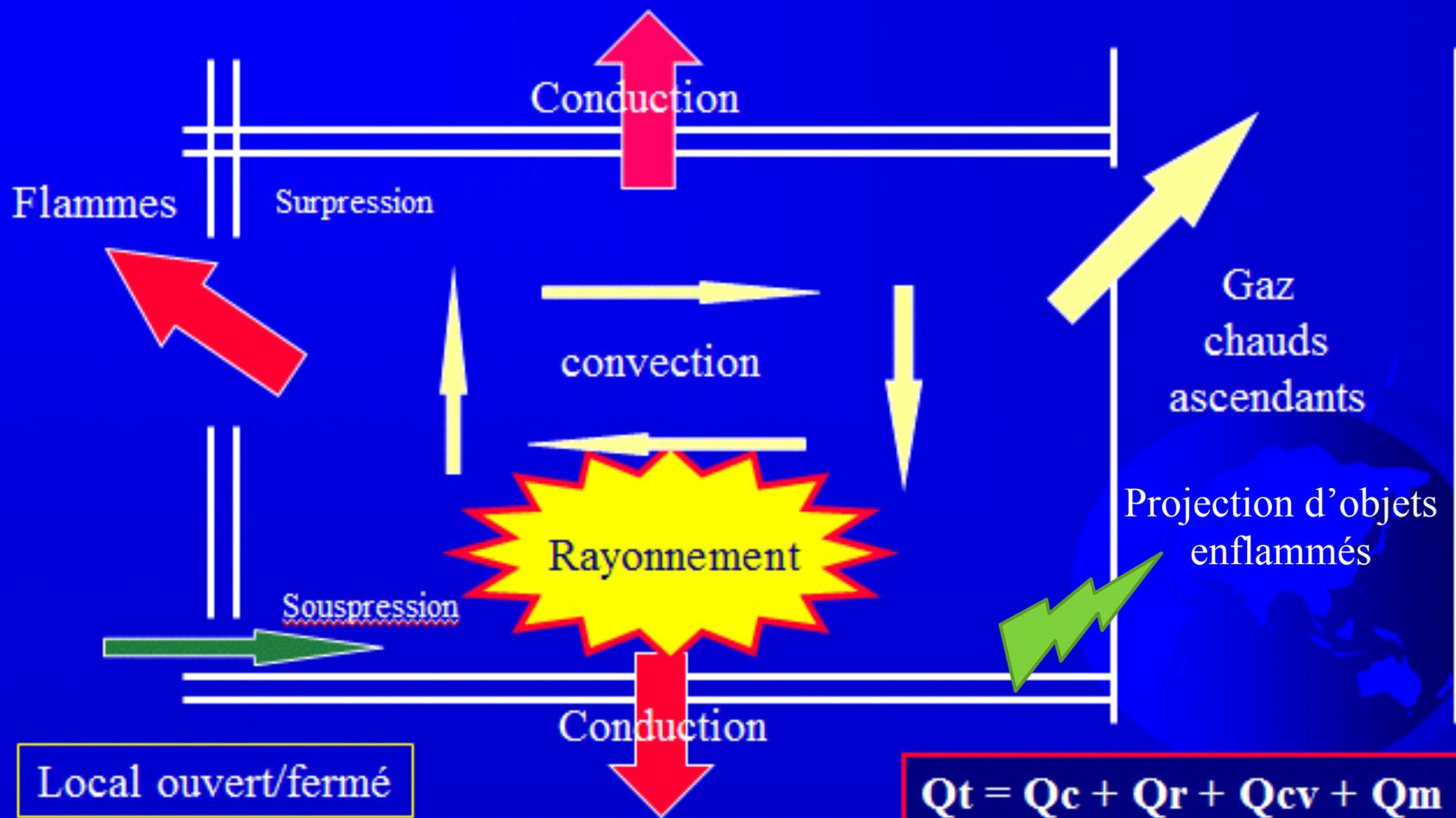




Copyright - Amicale SP Argenteuil - 2005

Cinétique du feu

La propagation



Propagation d'un incendie

➤ Le feu et les fumées

- ✓ Propagation verticale ascendante
- ✓ ± Propagation horizontale (combles)

➤ Importance

- ✓ de (ou des) cage(s) d'escalier(s)
- ✓ de la présence de (ou des) courette(s)

➤ La propagation peut se faire de manière explosive

PROPAGATION

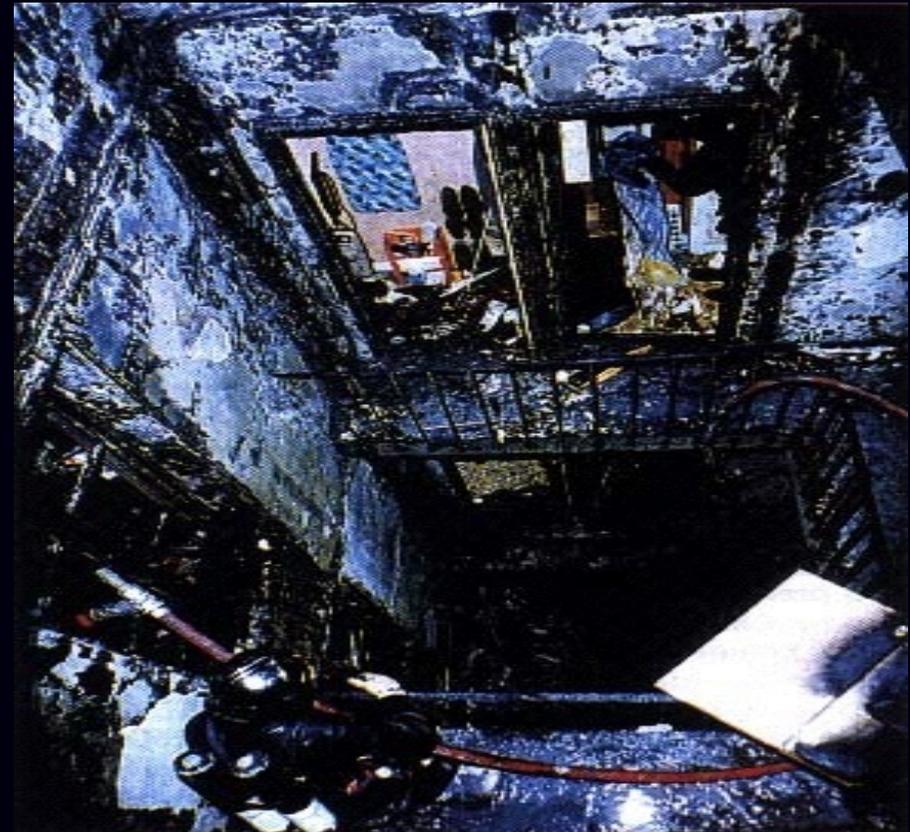
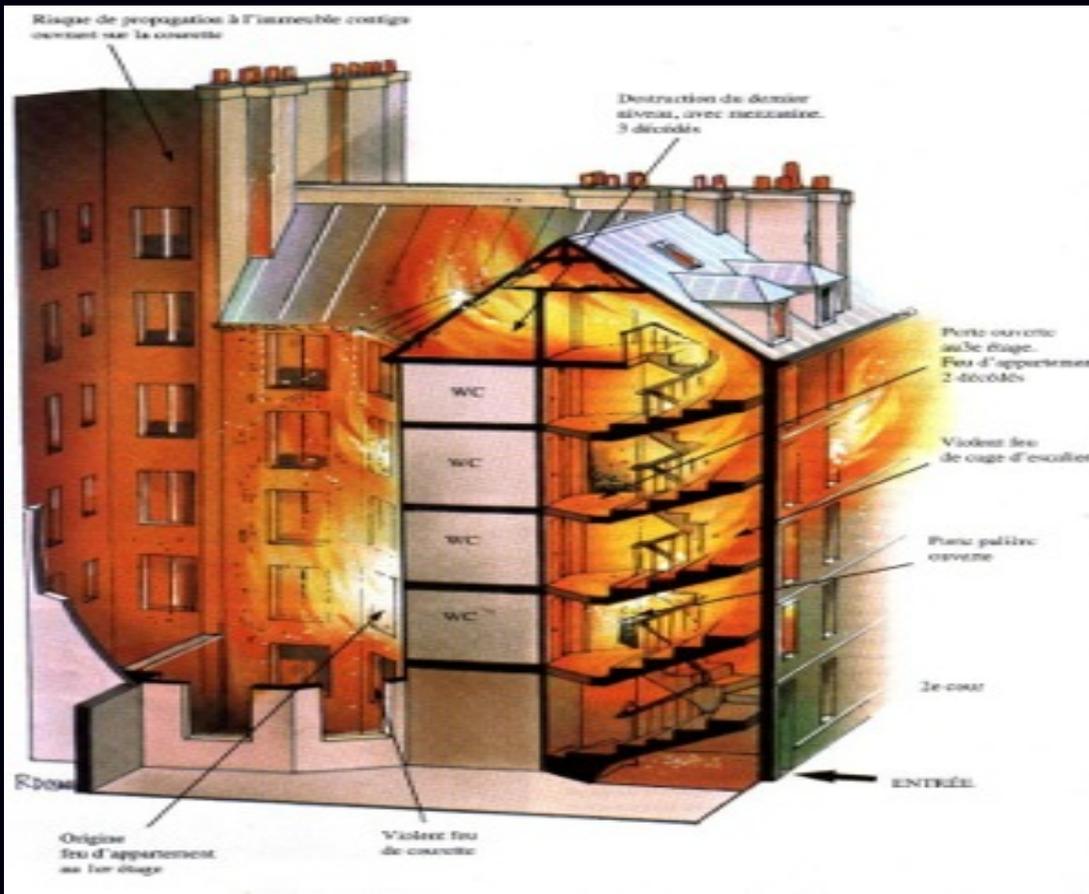
VERTICALE

&

HORIZONTAL

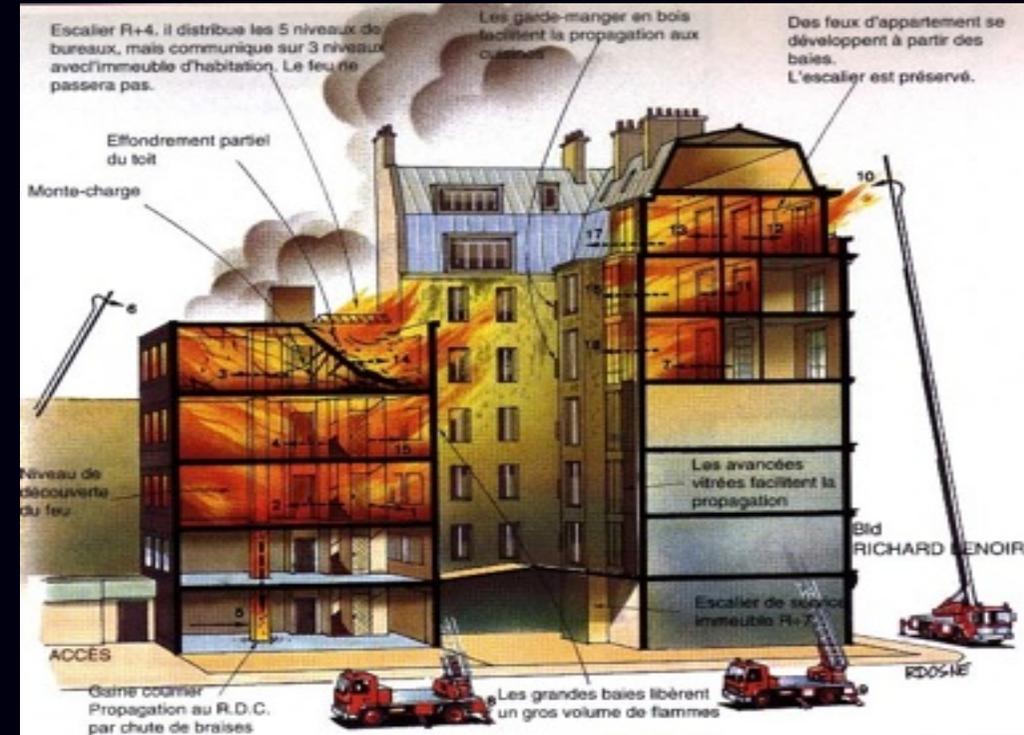
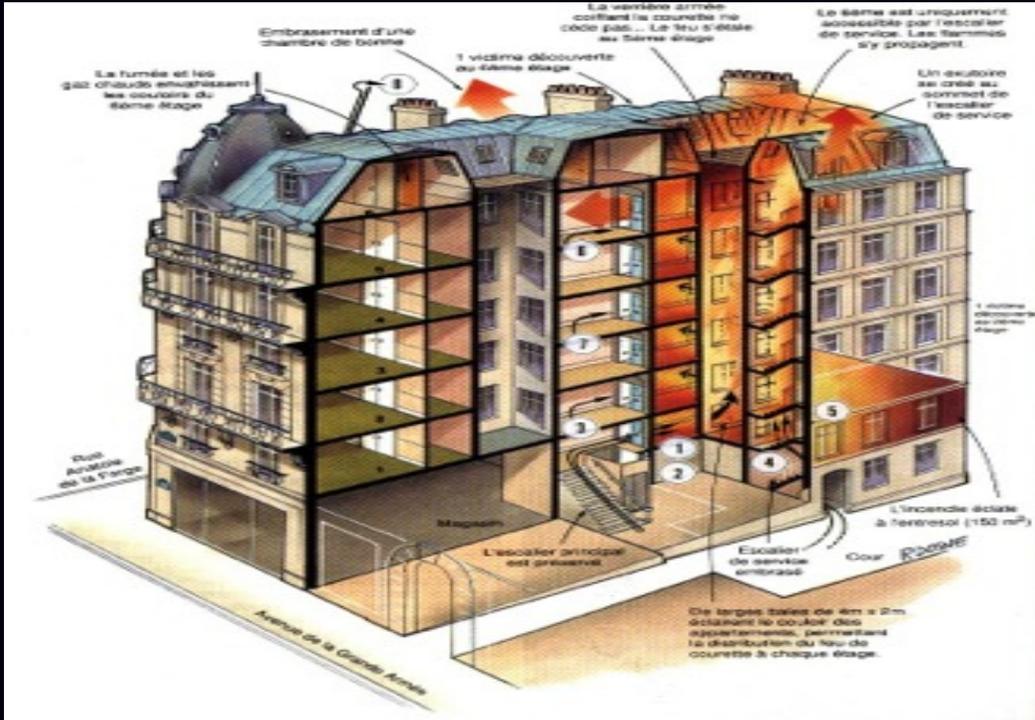


Propagation d'un incendie



Propagation par les courettes et la cage d'escalier

Propagation d'un incendie



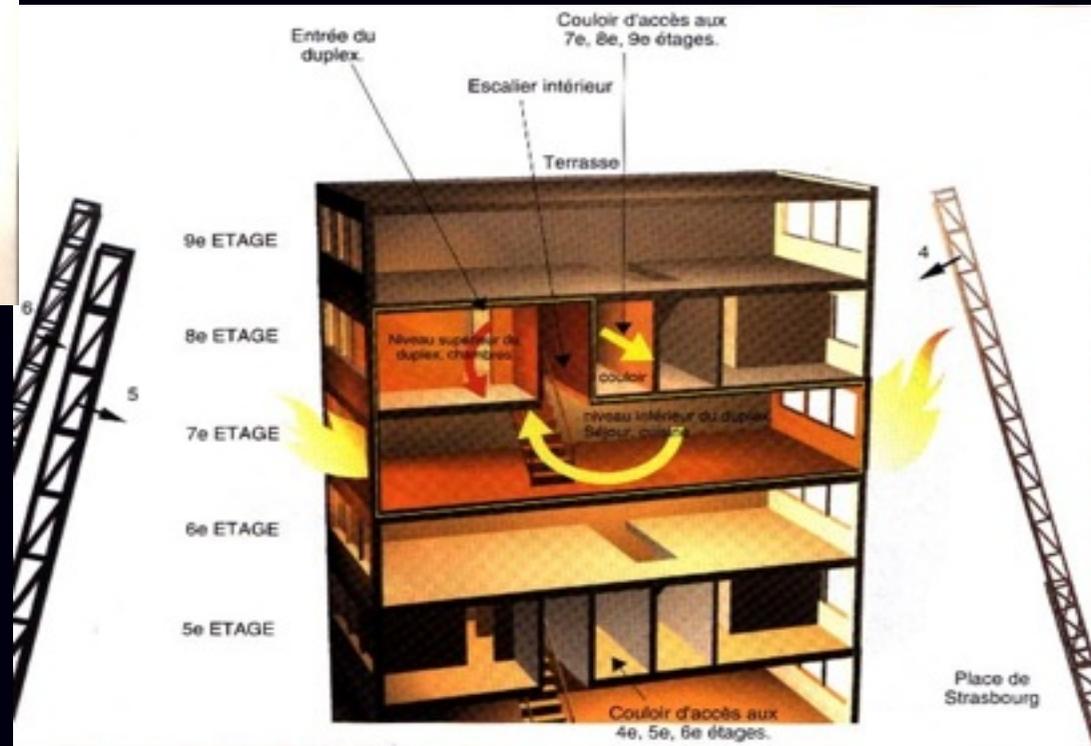
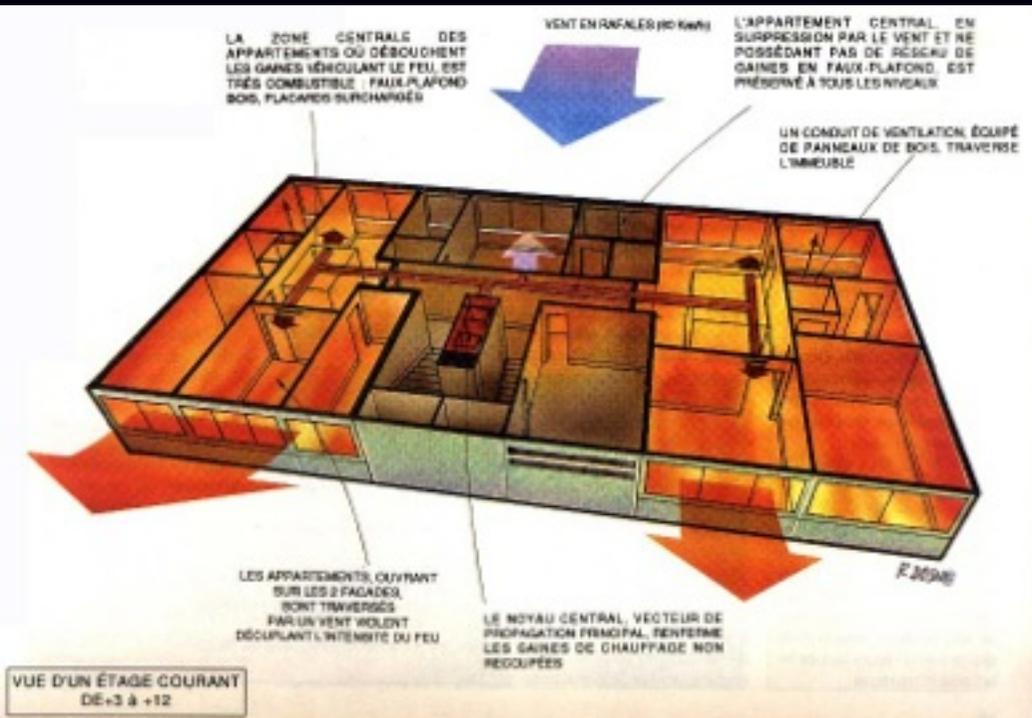
24 Novembre 1991 - Ave de la Grande Armée Paris 17

3 DCD - 1 UA - 3 UR

5 Août 1996 - Passage Saint-Sébastien Paris 4

4 UR (dont 2 SP)

Difficultés d'extinction



Situations à risques

➤ Evolution explosive en relation avec une architecture favorisant les propagations

- ✓ Par les fluides
- ✓ Par les faux-plafonds

➤ Difficultés d'extinction liées

- ✓ Aux difficultés de pénétration (chaleur intense)
- ✓ Aux difficultés de localisation (feux de parking)

Les risques évolutifs du feu

➤ Flashover

Etape d'un incendie au cours de laquelle toutes les surfaces et les objets d'une pièce atteignent leur température d'auto-inflammation. Il se produit alors un embrasement généralisé

500 à 600°C

➤ Backdraft

Explosion de gaz combustibles, accumulés dans une pièce, provoquée par une entrée brutale d'O₂

sup 800°C



Caractéristiques	BACKDRAFT Explosion de fumées	FLASHOVER Embrassement généralisé éclair
Local ou enveloppe bâtiminaire	Espace clos	Espace semi-ouvert
Facteur déclanchant	Apport d'air (oxygène)	Chaleur
Fumées	Très denses, grasses Sortant sous pression (pulsées) De couleurs inhabituelles (jaunâtres, brunâtres, verdâtres)	Denses, créant un matelas de fumées Sortant facilement De couleurs classiques
Flammes	Aucune ou très rarement petites flammes bleues Lueurs colorées Braises	Visibles (bien jaunes) Vives, petites flammes très visibles Rouleaux de flammes
Chaleur	Importante Répartie	Importante et écrasante Provient du haut du volume
Sons	Assourdis	Nets
Signes perceptibles sur les structures	Fenêtres noircies très chaudes Murs, portes et volets chauds Vibrations des portes, baies	Ouvertures importantes alimentant le foyer en air frais et laissant sortir abondamment la fumée
Type de feu	Couvant	Vif
Risques majeurs pour les intervenants	Blast Brûlures Effondrement	Brûlures Propagation

Les victimes



Victimologie

➤ Risque traumatique

- ✓ Défenestration
- ✓ Blast
- ✓ Blessures
- ✓ Crush syndrome

➤ Risque toxique

- ✓ Co
- ✓ HCN

➤ Risque thermique

- ✓ Flammes
- ✓ Gaz chauds et suies

➤ Risque électrique

➤ Risque psychologique

Victimologie

- Les urgences absolues : ACR, brûlées graves, intoxiquées graves, polytraumatisées, électrocutées.
- Les urgences relatives : intoxications aux fumées sans détresse vitale, de blessés
- Les urgences fonctionnelles : ophtalmologiques et des mains ; elles justifient une classification spéciale compte tenu des risques de séquelles invalidantes
- Les urgences potentielles : victimes d'explosions, sans détresse susceptibles de se dégrader ou encore des électrisés,
- Les impliqués : à ne considérer comme telle qu'après avis médical mais à surveiller par des secouristes

Les victimes d'incendie

Données physiopathologiques:

Fumées: milieu complexe et hétérogène

- phase gazeuse (150 principes actifs)
- phase particulaire (les suies)
- vapeur d'eau

Fumées = Suies + Gaz + Vapeurs à haute T°C

L'inhalation de fumées:

- agression thermique
- agression chimique
- atteinte anoxique

L'atteinte anoxique est liée à la déprivation en O₂ & à l'action des gaz asphyxiants

Intoxication oxycarbonée

- Combustion incomplète

- Fixation sur l'Hémoglobine:



- Affinité de l'Hémoglobine pour le CO est 250 fois supérieure / O₂

=> Hypoxie cellulaire et une hypoxémie sanguine

CO tester : intoxication tabagique => faux positif

0 à 10 ppm	Rien
11 à 15 ppm	Tabagisme passif
16 à 25 ppm	1 paquet par jour
25 à 50 ppm	2 paquets par jour
+ de 50 ppm	Très gros tabagisme

Intoxication oxycarbonée : dosages sanguins du CO

CO > 2 mmol/litre

CO > 5 ml/100 ml

HbCO > 20%

Intoxication oxycarbonée

Dosages sanguins : intoxication accidentelle : (% HbCO)

0 à 10%	Rien
11 à 20%	Céphalée frontale
21 à 30%	Céphalée généralisée
31 à 40%	Céphalée, nausées, vomissements
41 à 50%	Malaise, Tachycardie, Tachypnée
51 à 60%	Coma, Convulsions
61 à 70%	Décès probable

Acide cyanhydrique (HCN)



Combustion de matériaux

naturels: laine, soie, coton (Feux de canapés, de matelas ...)

plastiques : polyamide, polyuréthane, polyacrylonitrile, etc...

- Gaz asphyxiant
 - Action synergique avec intoxication CO
 - Blocage de l'utilisation de l'O₂ au niveau cellulaire
 - Combinaison avec le cytochrome oxydase
- => blocage de la respiration cellulaire => Hypoxie histotoxique

Fixation du CN réversible si le traitement spécifique est entrepris rapidement



Syndrome d'inhalation des fumées d'incendie

- Interrogatoire
 - Notion d' exposition à un incendie dans un espace clos
 - Facteurs de risque (asthme, IRC, Grossesse, enfant bas âge)
- Signes cliniques
- Triade du CO: céphalées, vomissements, troubles neurologiques
- Présence de suies: nez, oro-pharynx, CAE....
- Signes cardio- vasculaires: tachycardie, hypotension, angor, ACR, signes ECG
- signe oculaire : conjonctivite
- signes ORL : dysphonie
- signes respiratoires : toux, dyspnée, sibilants, crépitants, détresse respiratoire (pas de cyanose), arrêt respiratoire (CN)
- signes neurologiques : confusion, troubles du comportement, PC, coma, convulsions.
- Signes biologiques: HbCO > 20%, CN > 40mmol/l;lactates > 10 mmol/l*
 - *Interprétation selon d'autres facteurs : brûlures étendues, traumatisme associé, certains médic, ... mais si persistance après oxygénation et correction de la volémie : intox HCN ++

Conduite à tenir

- **Principes:**
 - remplacer le CO et le CN fixés sur l'hémoglobine par de l'O₂
- **Transport en milieu semi ouvert**
- **Actions préhospitalières:**
 - **Extraction**
 - **Gestes d'urgence** en lieu ouvert: LVAS, 3C, DSA ou/et MCE si ACR
 - **Oxygénothérapie normobare** MHC 9-15l/min adulte, 6 enfant, 3 nourrisson
 - **VVP** avec NaCl 0,9%
 - **Antidote HCN:** Hydroxocobalamine 70mg/kg (1 à 2 fois)
 - **Monitoring:** PA, FC, ECG, EtCO₂ (**SpO₂ non fiable**)
 - **Si DFV:** IOT sous ISR, ventilation manuelle puis méca si absence d'épanchement gazeux pleural
 - **Si bronchospasme:** B2 mimétiques
 - **Traitement des lésions associées**
 - **Protection thermique**
- **Orientation vers Réa avec O₂ hyperbare**
si grossesse, PC, troubles neuro, angor, ou signes ECG



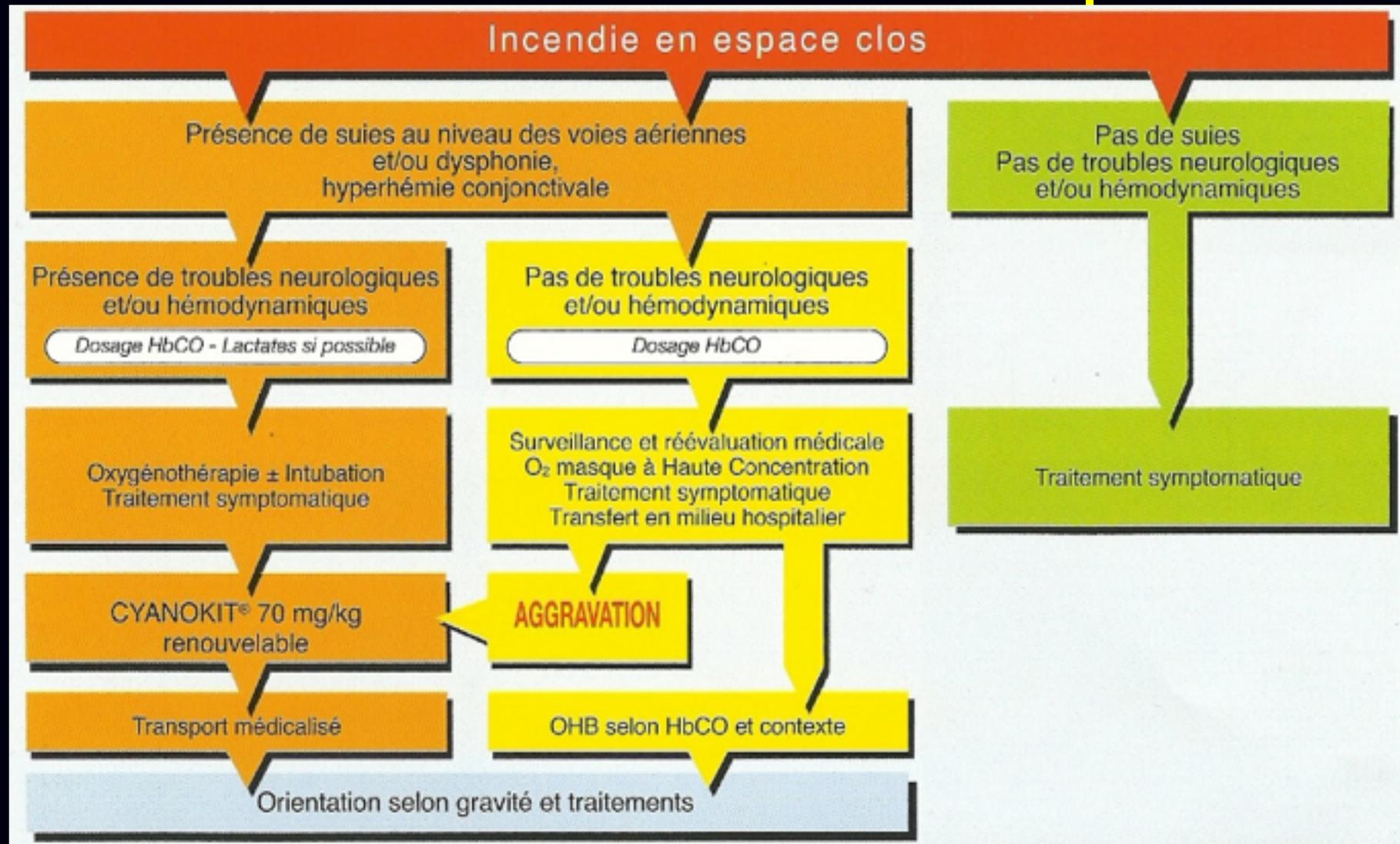
Hydroxocobalamine

- **Traitement spécifique = antidote des cyanures**
 - Complexe les cyanures
 - Cyanocobalamine (CNCo)
 - Non toxique (Vitamine B12)
 - Éliminé dans les urines
 - 70 mg/kg, soit 5 g
 - A renouveler une fois (10 g)



Effacité jugée sur amélioration de la PA, correction de la lactacidémie
Si coma ou collapsus, possibilité de faire une dose supplémentaire

Traitement de l'intoxication par HCN



Prise en charge de l'intoxication par les cyanures lors de l'inhalation de fumées d'incendie. Lapostolle et col.

Conception tactique



- ✓ Analyse de la situation
- ✓ Analyse des problèmes posés
- ✓ Mise en place d'une organisation médicale

Analyse de la situation

- Spécificités du feu d'immeuble
- Analyse des risques
- Analyse de l'environnement
- Les moyens disponibles



Analyse de la situation

➤ Spécificités du feu d'immeuble

✓ Simultanéité des actions

- d'extinction
- de sauvetage
- de reconnaissance
- de soins

✓ Sous-estimation du nombre des victimes

- facteurs multiplicatif par 2 à 3
 - legers
 - graves (intoxiqués)

RISQUES : Immeubles

- **Type de construction**
 - ancienneté, matériaux employés
 - étages, circulations internes
 - Communications (escaliers, couloirs,...)
- **Usage du bâtiment**
 - habitation (risque nuit > jour)
 - commerces et bureaux
- **Population**
 - densité (hôtels, squats...)
 - autonomie (crèche, hospice, hôpital...)

RISQUES : Immeubles

- Hauteur 6 à 8 étages
- Chambres de service dernier niveau
- Escalier en bois
- Escalier de service
- Courette & porche Ateliers
- Monte-charges & gaines d'aération
- Conduites de gaz en plomb
- Gainés électriques tissus et bois
- Ancienne législation de prévention
- Usage d'habitations ou mixte avec bureaux

Analyse de la situation

➤ Analyse du risque

✓ Feu

- Origine
 - Etages inférieurs
- Propagation
 - Cage d'escalier
 - Courette
 - Combles
- Difficultés d'extinction



Analyse de la situation

➤ Analyse du risque

✓ Circonstances

- Horaires
 - Jour
 - Nuit
- Calendrier
 - Semaine
 - Week-end
 - Vacances
- Evolution
 - Progressive
 - « Explosive »



Analyse de la situation

➤ Analyse de l'environnement

✓ PMA déjà en place et en activité ?

✓ Est-il adapté ?

- Proximité ?

- Sécurité ?

- Ergonomie ?

✓ En fonction de l'évolution et des reconnaissances ?

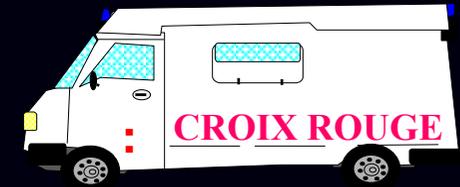
- Y-a-t-il nécessité de positionner une équipe médicale à N-1 (intoxications graves) ?

Analyse de la situation

➤ Les moyens disponibles

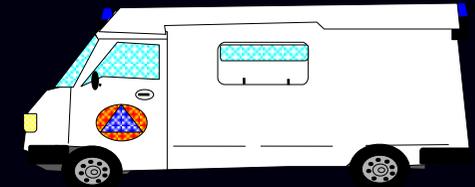
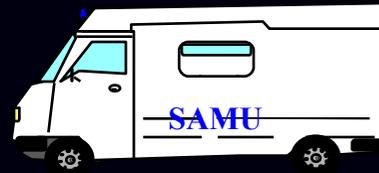
✓ Equipes

- AR
- UMH
- PSR, VSAV
- PS, etc...



✓ Locaux

- PMA ?
- PRV ?
- CAI ?
- Structures gonflables, etc...



Actions et moyens d'intervention

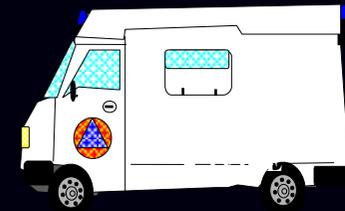
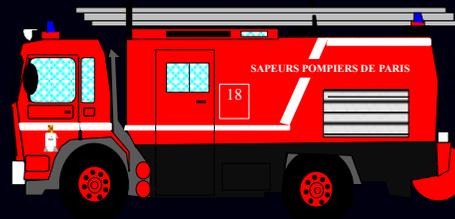
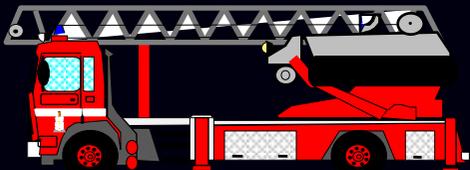




Actions



- ✓ Reconnaissance, sauvetages, mises en sécurité
- ✓ Attaque
- ✓ Lutte contre l'extension du feu
- ✓ Ventilation opérationnelle
- ✓ Prise en charge des victimes et des impliqués
- ✓ Protection des biens



Complément par anticipation

- Dans le cas où la demande de secours laisse présager un sinistre important, que ce soit en raison du nombre d'appels ou de la teneur des renseignements recueillis, le CO renforce le départ normal par 1 EP, 1 MEA avec VO, 1 CRAC et 1 VSAV
- Le médecin coordinateur, prévenu simultanément, renforce également le détachement par un **moyen médicalisé**.
- Prévenu par le CO, le CSO territorialement compétent demande l'intervention d'ErDF – GrDF et engage manuellement *un module commandement constitué d'un officier de garde compagnie et d'un PC TAC de niveau 2*.



1 EP – 1 MEA – 1 AR – 1 CRAC – 1 VSAV – 1 OGC – 1 PCTAC niv 2

Renfort Habitation

- Prévu pour conduire simultanément les opérations de reconnaissances, de prise en charge des victimes et des personnes impliquées et d'extinction, il est composé de :

RENFORT HABITATION



5 EP (dont 2 F) – 2 MEA (dont au moins 1 > 30m) – 1 PEV – 1 CD
2 AR – 2 VSAV - 1 module commandement
1 GRCP (VRCP + CRAC + VSAV)

- Si l'AR est consommée par une victime, demander une autre AR pour la couverture des SP. Anticiper l'AR d'astreinte.
- Engagement systématique DSM, PC DSM, OPC DSM, VAS

Renfort Incendie

- Prévu pour les incendies nécessitant la mise en œuvre d'un dispositif hydraulique important, il est composé de :

RENFORT INCENDIE



2 EP (dont 1 F) – 2 FACA – 3 MEA (dont 1 > 30m) - 1 PEV – 1 CD
1 AR – 1 VSAV – 1 module commandement - 1 GRCP (VRCP + CRAC + VSAV)

- Le renfort incendie peut être modulé en fonction des besoins spécifiques de l'intervention (ex : « Je demande renfort incendie sans échelle ou sans FACA telle adresse »).
- Si les AR sont consommées par des victimes, demander une autre AR pour la couverture des sapeurs-pompiers. Anticiper l'AR d'astreinte

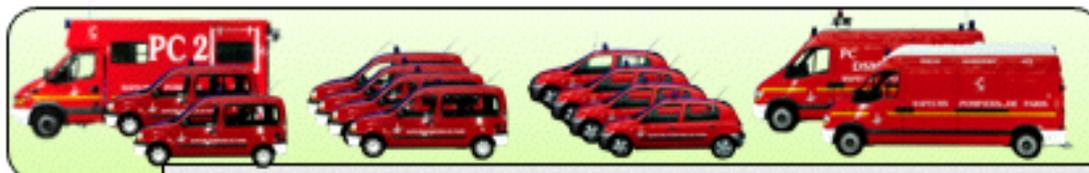
Renfort Secours

- Volume d'engins destiné à la recherche, au sauvetage et à la prise en charge médicale des militaires du corps qui se trouveraient en difficulté à la suite d'un accident.
- Le DSM part au départ du renfort.
- Il est placé sous les ordres d'un officier désigné par le COS.

RENFORT SECOURS



1 F – 1 OGC – 1 GELD (EP ELD + VLR) – 1 GRSD (3^{ème} niveau RSMU)
1 DN de substitution - **1 AR** - **1 DSM**



+ module commandement dont **VAS + VPCDSM + OPCDSM**

L'engagement et organisation des secours médicaux



- La précocité d'engagement du dispositif médical
- Les mesures prises par les intervenants
- L'organisation médicale

Engagement des moyens médicaux

➤ Anticipation

- ✓ Informations dès l'alerte

➤ Adaptabilité

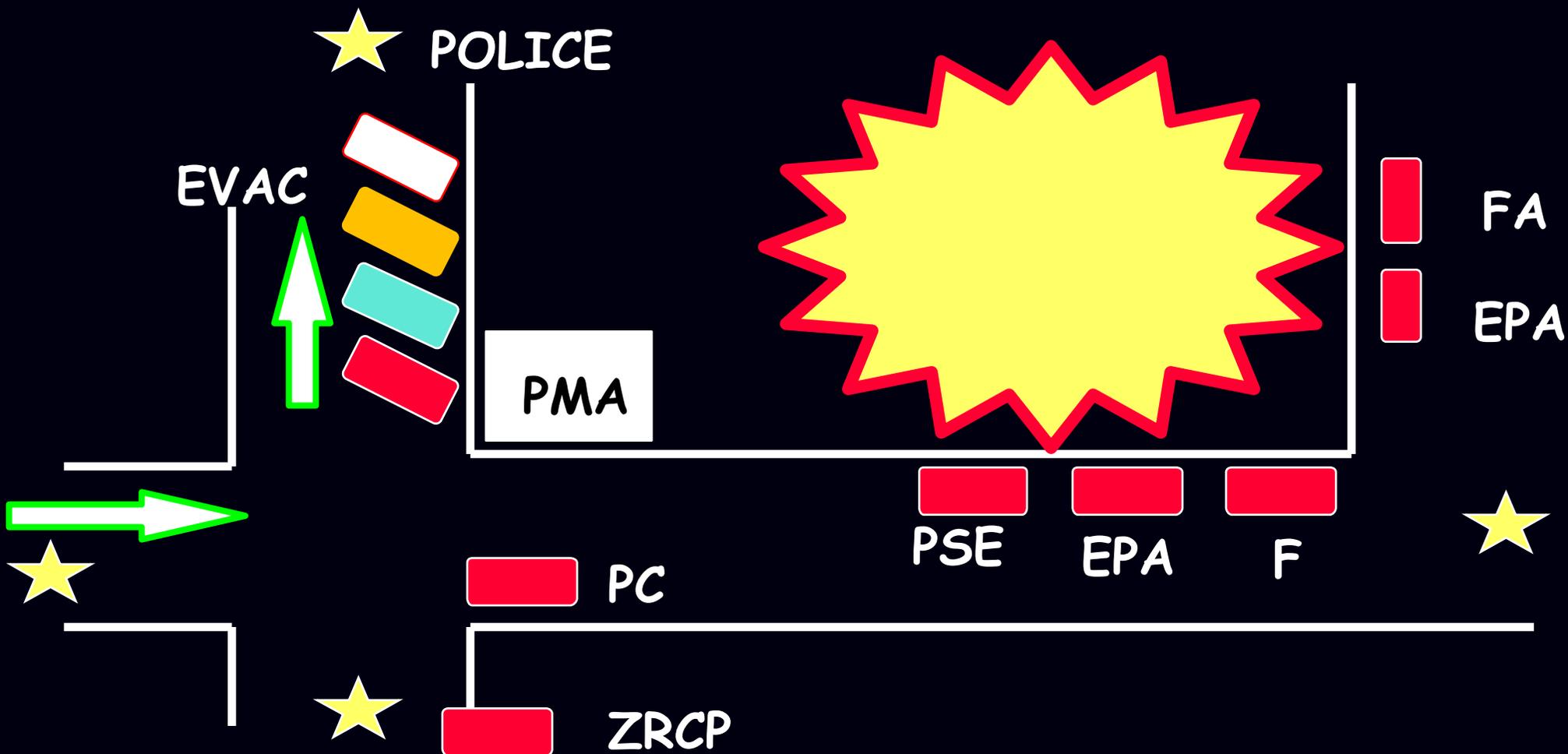
- ✓ Missions du COS et du DSM

L'efficacité de l'organisation médicale est directement proportionnelle à la précocité d'engagement des moyens médicaux

Engagement

- Accéder prudemment sur les lieux
- Préférer l'intersection la plus proche
- Se présenter à la PC
- Se faire présenter la situation par le COS
- Faire regrouper les victimes sur un PRV
- Eviter les évacuations sauvages
- Faire prodiguer les premiers soins
- Rechercher un site de PMA
- (accessibilité, proximité, sécurité, espace, luminosité, 2 accès)

Organisation fonctionnelle et topographique



Organisation médicale

➤ Action des premiers intervenants

- ✓ Eviter les « évacuations sauvages »
- ✓ Regrouper les victimes
- ✓ Effectuer les premiers gestes
- ✓ Recueil des informations
- ✓ Mise en place des liaisons spécifiques
- ✓ Initier l'organisation médicale

Organisation médicale

➤ Initialisée par le premier médecin

- ✓ Faire une évaluation
 - Du risque évolutif
 - Du nombre et de la gravité des victimes
- ✓ Déterminer un axe libre pour les véhicules sanitaires
- ✓ Déterminer, avec le COS, l'emplacement du PMA
- ✓ Adresser un message d'ambiance au médecin-coordonnateur

Assure la direction des secours médicaux avant l'arrivée du DSM

Bilan d'ambiance

- Adresse
- Définition du site
- Type de sinistre
- Localisation et extension du sinistre
- Nycthémère
- Risques immédiats et évolutifs
- Aspect qualitatif et quantitatif des victimes
- Premières mesures prises par le COS
- Premières mesures prises par le premier médecin
- Demande de moyens
- Adresses du PRM & PMA
- Modalités d'accès des moyens de renfort

Organisation médicale

➤ Rôle du DSM : recherche des informations

✓ Le sinistre

- Son évolution
- Sa maîtrise
- Les risques

✓ Les victimes

- Leur nombre et leur gravité
- Leur regroupement
- Leur prise en charge

✓ Les moyens

- Médicaux / non médicaux
- Engagés / disponibles



Organisation médicale

➤ Le ramassage

- ✓ Action conjointe avec les reconnaissances
- ✓ En fonction des risques et des disponibilités :
 - Engagement d'une équipe médicale à N-1 ou N-2 ?
 - Mise en condition dans la cage d'escalier est rarement justifiée

Organisation médicale

➤ Le PMA

- ✓ Le PMA initialement choisi est-il adapté ?
- ✓ Le PMA est un concept et non un lieu
- ✓ Bien différencier les UA et les UR (afin d'éviter l'entropie)
- ✓ Ne pas hésiter à se servir des véhicules (surtout la nuit)

Adnet F et al. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation

22 2003 ; 22 : 5-11



UA



UR



Poste Médical Avancé (PMA)

Lieu de regroupement des victimes,

sous l'autorité d'un **médecin-chef PMA** (désigné par le DSM),

▪ 4 critères fondamentaux pour son implantation :

1. **Sécurité** (à l'abri du sinistre, voir protégé par la police),
2. **Accessibilité** (depuis le sinistre et pour l'évacuation),
3. **Ergonomie** (idéalement vaste, éclairé, chauffé ou climatisé),
4. **Proximité** (du sinistre).

▪ Objectifs :

- Catégorisation des victimes,
- Prise en charge des victimes,
- Mise en condition d'évacuation.

• 3 zones clairement matérialisées :

➤ UA

➤ UR

➤ Dépôt mortuaire

▪ Le MC-PMA est assisté par :

- L'officier PMA (ou le chef de secteur PMA si pas de PR déclenché),
- Le médecin coordonnateur SAMU (MCS),
- Le secrétariat PMA,
- Les personnels de la PC-DSM (si accord DSM),
- Les personnels des moyens médicalisés,
- Les personnels des engins non médicaux désignés par le COS.

Organisation médicale

➤ Evacuations

- ✓ Choisir un axe pour les véhicules sanitaires
 - avec un seul point d'accès (un seul sens de circulation)
- ✓ Ne pas bloquer les véhicules sanitaires par les engins d'incendie
- ✓ Faire garer les véhicules sanitaires en position de départ, en épi, conducteur à disposition de l'officier évacuation

▪ Quelques notions clefs :

- Un Point de regroupement des victimes (PRV) avec un médecin est un PMA (sauf PJ).
- Privilégier une entrée et une sortie différentes.
- Ne pas laisser entrer d'impliqués (ou les familles) pour ne pas se faire déborder.
- Veillez à la mise en place des FMA et des bracelets SINUS.
- Le secrétariat SINUS doit être situé en sortie.
- Une seule et unique personne effectue la numérotation des FMA.
- Attention les restaurants type fast-food ont un mobilier non modulable.

Centre d'accueil des impliqués (CAI)

- Concept issu du plan rouge, mais réalisable en dehors de celui-ci ;
- Sous l'autorité du DSM ;
- **Lieu distinct du PMA ;**
- **Objectifs :** accueillir des personnes sinistrées, mais non blessées. Recueillir leur identité, dénombrer les impliqués et apporter un soutien matériel et/ou psychologique ;
- Placé sous la responsabilité de secouristes associatifs, mais peut être renforcé par un ou plusieurs médecins issus des services de secours ou des associatifs ;
- En cas de problème survenant au CAI, un impliqué peut être redirigé vers le PMA (et inversement).

Organisation médicale

➤ Impliqués directs

➤ Impliqués indirects



Ne pas surcharger le PMA



PMA si doute



Centre d'accueil des
impliqués (CAI)



Entretien de décharge émotionnelle

- Verbalisation des émotions
- Confrontation de son vécu

Organisation médicale

➤ Prise en charge psychologique

✓ Phase initiale : Etat de stress aigu

- Amnésie
- Torpeur
- Troubles du comportement

✓ Secondairement : Etat de stress post-traumatique

- Ravivement du traumatisme initial (cauchemars, souvenirs intrusifs...)
- Activation neurovégétative (sursaut, hypervigilance...)
- Emoussement de la personnalité (sentiment de détachement, réduction des intérêts, évitement des groupes...)

SINUS

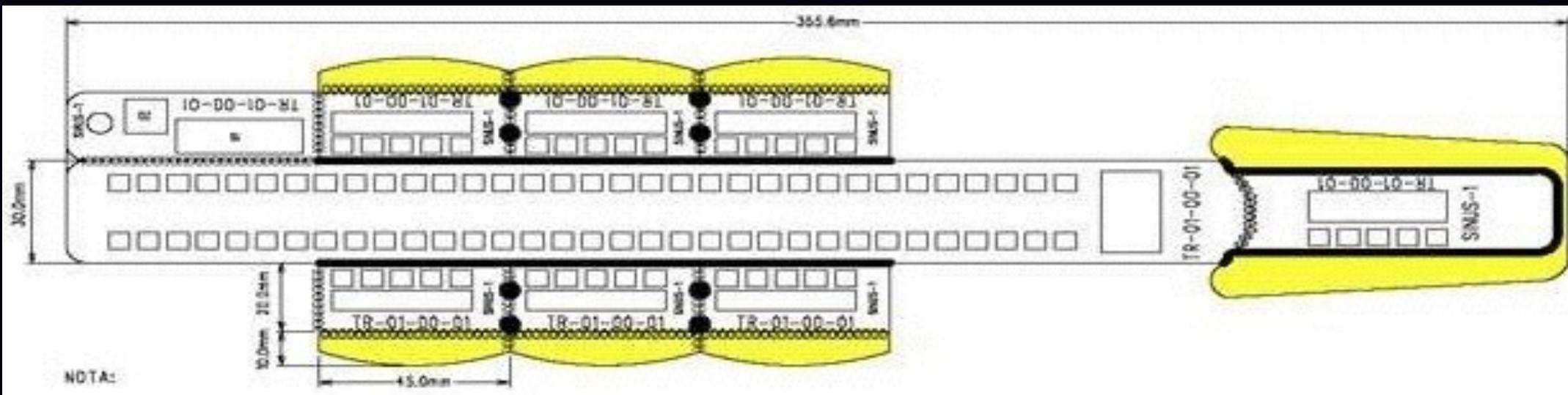
Systeme d'Information NUMérique Standardisé

Outil de gestion de nombreuses victimes.

■ Triptyque :

- Bracelet avec identifiant unique : TR-00-00-00,
- FMA ou FME en situation de DPS ,
- Informatique :
 - ARCSINUS (application locale sur PC)
 - SINUS (interface web du serveur SINUS)
- **Lot SINUS :**
 - 10 bracelet (1 anneau),
 - 10 FMA,
 - 2 Listes intermédiaires du DSM,
 - 1 par sac de prompt secours et 5 par AR et VPC ainsi que le VAS.
- **Kit SINUS :**
 - 1 ordinateur par VLR et VPC dont le VPCM.





- Les bracelets :

- Se présentent par anneau de 10.
- Une étiquette de chaque bracelet reste attachée à l'anneau.
- Chaque bracelet comporte 6 étiquettes autocollantes.
- 2 étiquettes doivent être collées sur la FMA.
- Victimes et décédés doivent dans tous les cas recevoir un bracelet.
- En fonction de la situation (décision DSM), les impliqués recevront ou non un bracelet
- Mettre des bracelets en priorité aux victimes.
- Demander les anneaux utilisés au généticien STN 15 pour

SINUS

Oreillette détachable par un médecin

Oreillette détachable par un médecin

Zone à remplir par les premiers secours

Zone à remplir par le médecin

FICHE MÉDICALE DE L'AVANT

ÉTAT-CIVIL

NOM : _____ PRÉNOM : _____

SEXE : FEMMIN MASCULIN

ÂGE ou DATE DE NAISSANCE : _____ 0-24 MOIS 2-24 ANS ADULTE

NATIONALITÉ : _____ PROFESSION : _____

ADRESSE : _____

N° antécéd. PMA _____ N° SINUS (autocollant)

Victime(s) / proche(s) : nom(s) SINUS (à coller au verso de la FMA)

PATHOLOGIE/TRAIITEMENT

DCD _____ PR _____ / _____ FC _____ AB _____ SpO2 _____ T°C _____ CD _____

ANTHROLOGIE DOMINANTE : GR (EU-U3) UA (EU-U2)

CRÂNE THORAX ABDOMEN BRÛL INTOXIQUE BLESSÉ FRACTURE(S)

POLYTRAUMATISÉ BACS AUTRE (préciser) _____

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT : VVP INTUB GARROT

ÉVOLUTION : AMÉLIORATION STABILISATION AGGRAVATION

GR (EU-U3) UA (EU-U1) DCD

TRANSPORT/DESTINATION

TRANSPORT : NON MÉDICALISÉ MÉDICALISÉ COLLECTIF À transporter allongé

DESTINATION : _____ SERVICE : _____ VECTEUR : _____

FICHE NAVETTE (PRV / PMA / TRISAGE) → RÉGULATION SAMU → ÉVACUATION

GR (EU-U3) UA (EU-U1) N° antécéd. PMA _____ N° SINUS (autocollant)

SEX : F M Âge : _____

Synthèse pour régulation : VVP INTUB GARROT

CRÂNE THORAX ABDOMEN BRÛL INTOXIQUE BLESSÉ FRACTURE(S)

POLYTRAUMATISÉ BACS AUTRE

Préciser : _____

À transporter allongé

TRANSPORT : NON MÉDICALISÉ MÉDICALISÉ COLLECTIF NOMBRE de DÉPART : _____

DESTINATION : _____ SERVICE : _____ VECTEUR : _____

Emplacement pour les étiquettes issues du bracelet de la victime

Fiche navette détachable par un médecin

La FMA :

- Une FMA par victime avec 2 étiquettes de son bracelet ;
- Détacher l'oreillette ne correspondant pas à la catégorisation (médecin) ;
- Remplir la FMA avec un stylo à bille ;
- Numérotation PMA par une seule personne ;
- Remplir la fiche navette (FN) au moment de la régulation par le SAMU ;
- Détacher la FN pour régulation par le SAMU ;
- La FN reste au secrétariat PMA au départ du patient ;
- Vérifier que l'identité du patient est remplie dans ARCSINUS
- Si évènement NRBC : ne mettre de FMA qu'aux victimes médicalisées.

La sécurité des personnels



Sécurité des personnels

➤ Conditions d'exposition et protection

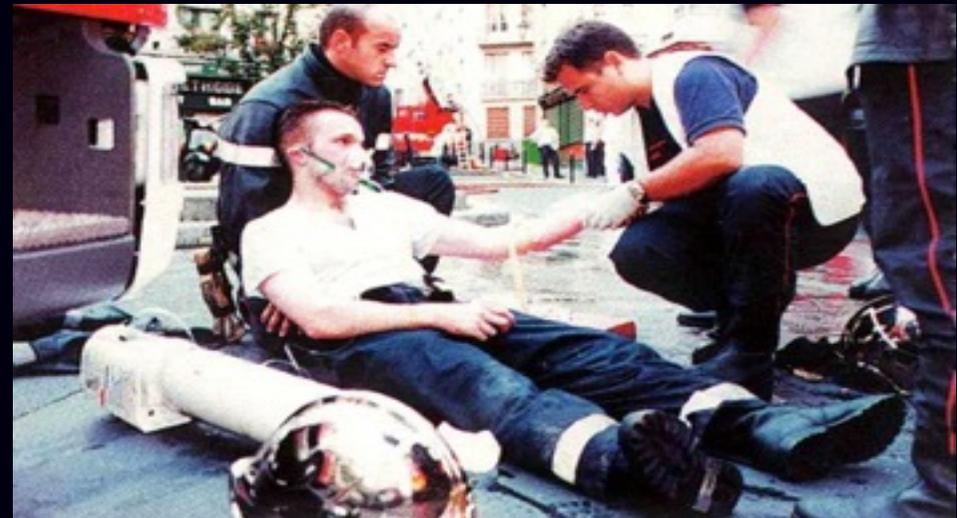
- ✓ Condition ordinaire ($< 60^{\circ}\text{C}$) : 10 à 20 min
- ✓ Condition dangereuse (60 - 100°C) : < 30 sec
- ✓ Condition d'urgence ($> 100^{\circ}\text{C}$) : danger immédiat

➤ Autonomie respiratoire

- ✓ ARI classique : 10 à 20 min
- ✓ ARI nouvelle génération : 40 à 60 min

➤ Risques

- ✓ Hyperthermie
- ✓ Déshydratation
- ✓ Epuisement énergétique



Sécurité des personnels

- Moyens de protection individuels
 - ✓ Zones à risques
- Attention aux chutes de vitres
 - ✓ Création d'exutoire
- Attention aux risques d'explosion



**Penser aux personnels non sapeurs-pompiers
(SAMU, Police, Associatifs...)**

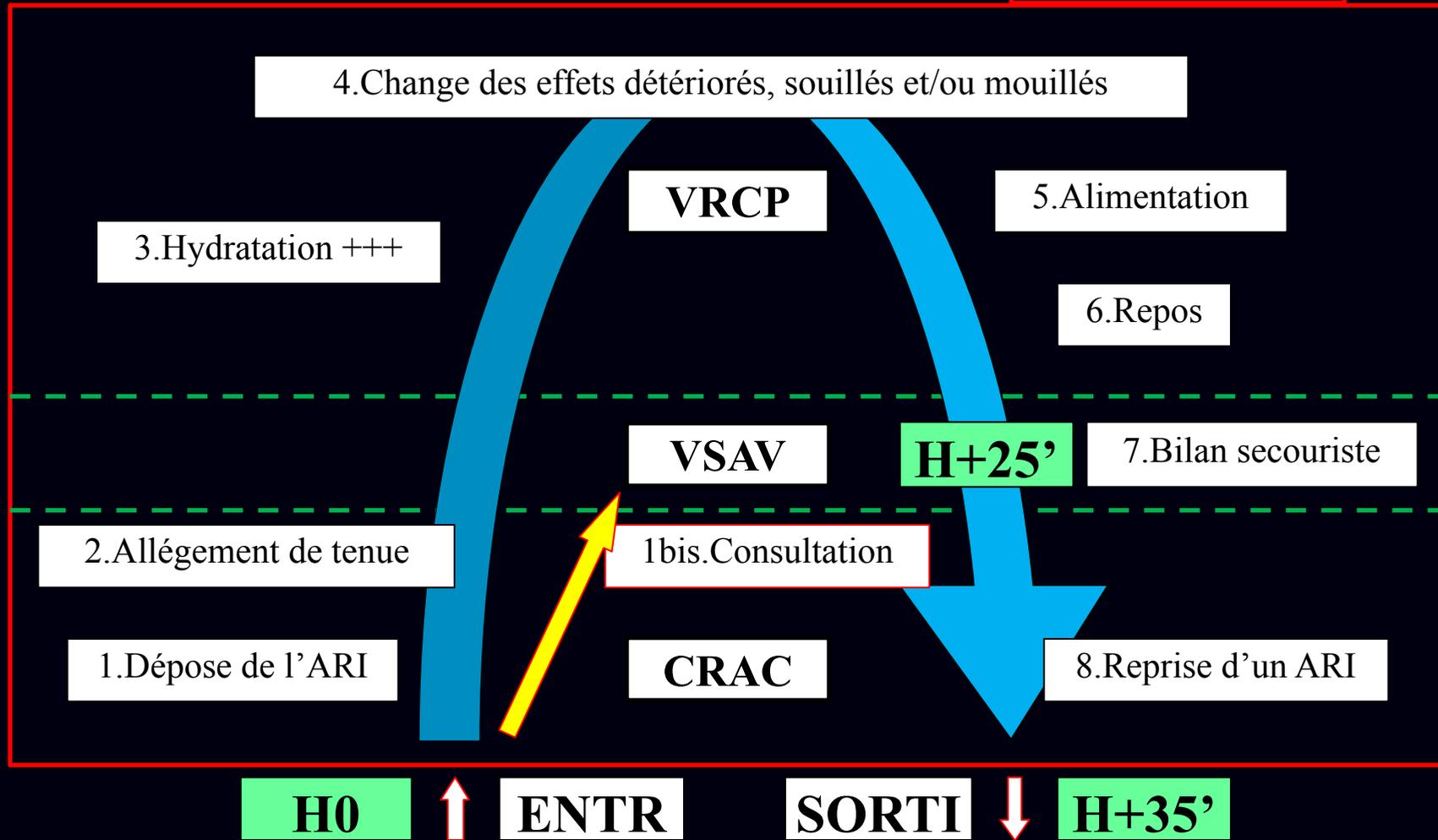
Remise en Condition du Personnel

- Objectif :
 - permettre la poursuite en sécurité de l'activité opérationnelle entre 2 phases d'engagement de 25 min ;
 - favoriser la récupération physique et physiologique du personnel engagé sur une intervention longue et/ou difficile avant réengagement ou retour au CS.
- Le groupe remise en condition du personnel (GRCP), sous l'autorité de l'officier contrôle de zone, est composé :
 - 1 CRAC
 - 1 VSAV
 - 1 VRCP, dont le chef d'agrès devient chef du GRCP ;
 - Éventuellement renforcé par 1 AR, 1 VES et/ou des moyens logistiques associatifs.
- Bilan secouriste à H+25 min : « **feuille de suivi des SP en zone de reconditionnement** ».
 - **Réengagement** si : $T^{\circ} \leq 38$; $FC \leq 100$; $FR \leq 18$; $TA \leq 140/90$; $SpO_2 \geq 96$; absence de trouble du comportement.
 - **Avis médical obligatoire** (AR ou DSM) si : $T^{\circ} \geq 39$; $FC \geq 120$; $FR \geq 24$; $TA \geq 160/90$; $SpO_2 \leq 92$; présence de troubles du comportement.
 - **Entre les 2 situations : repos de 15 min**, puis nouveau bilan secouriste. Toute anomalie conduit impérativement à un avis médical.

Organisation de la zone de RCP

Zone de soutien

Zone de RCP



Organisation des secours médicaux

