

Secours Collectifs - Tactique

LE POSTE MEDICAL AVANCE (Hors risques NRBC)

Les Cahiers du SSSM n° 1 - Benoît FROMENTIN

Lors d'un accident collectif, les secours doivent dès la confirmation d'un nombre conséquent de victimes, ou de très haut risque de survenue, adopter une configuration exceptionnelle.

Sur le site même du sinistre, le Commandant des Opérations de Secours (COS) veille à l'établissement de deux organisations complémentaires : une **chaîne incendie sauvetage** et une **chaîne médicale**. Le **Poste Médical Avancé** (PMA) est le maillon central de cette dernière. Le PMA se veut être un lieu de passage obligatoire des victimes. Il a pour rôle l'accueil, l'abri, le regroupement et le recensement de celles-ci mais surtout le **triage** et les premiers soins essentiels des blessés pour permettre leur **évacuation** sur les hôpitaux d'accueil les plus adaptés.

Si l'établissement du PMA peut précéder l'arrivée des blessés, il fait le plus souvent suite à la réorganisation d'un **Point de Rassemblement initial des Victimes** (PRV). Les blessés sont transportés du sinistre au PMA par des moyens de **ramassage** qui constituent la **petite noria**. A l'entrée de ce PMA doivent se tenir un secrétariat et un poste de triage.

Le secrétariat est le point clef du recueil des informations destinées au **Directeur des Secours Médicaux** (DSM) et *in fine* aux autorités. Il vérifie l'attribution à chaque victime d'une fiche de renseignement

(**Fiche Médical de l'Avant** ou FMA) et d'un identifiant SINUS pour les secours qui disposent du Système Informatique NUMérique Standardisé.

Après le triage réalisé par un médecin, les victimes sont dirigées vers le **secteur de soins** sectorisé en fonction de leur catégorisation en **Urgences Relatives** (UR) ou **Urgences Absolues** (UA). Le secteur des UA, doté en matériel et en personnels de réanimation est un lieu de soins intensifs. Les UR dont les soins ne sont pas prioritaires sont soumises à une surveillance stricte en prévision d'éventuelles complications.

La sortie du secteur de soins donne sur le **secteur des évacuations**.

Celles-ci doivent se faire vers des établissements hospitaliers adaptés aux traumatismes de chacun en veillant à ne pas « saturer » ces services. Cette **régulation** est le plus souvent la mission du SAMU. Ces transferts sont réalisés généralement par ambulances et par moyens hélicoptérés et constituent la **grande noria**.

La direction opérationnelle du PMA comprend un **Officier PMA** désigné par le COS et un **Médecin chef PMA** désigné par le DSM.

Annexes du PMA : Les secours doivent pouvoir disposer les cas échéants, d'un dépôt mortuaire, d'un lieu de rassemblement des impliqués et d'un magasin de distribution.

- Le dépôt mortuaire est un lieu de recensement et d'identification des dépouilles. Cette mission est dévolue aux autorités judiciaires.
- Le rassemblement des « simples » impliqués, souvent confiée aux secours associatifs, permet un décompte précis des personnes et d'aboutir soit à la poursuite des reconnaissances en cas de personne(s) portée(s) manquante(s) soit au contraire au désengagement des personnels de reconnaissance et limiter les risques de « sur-accident ». Ce rassemblement participe aussi au « désamorçage » de mouvements de panique et facilite la surveillance des impliqués et le « reclassement » éventuellement de certains éclopés en UR. Enfin, c'est un lieu où les psychologues peuvent « initier » une prise en charge des sinistrés.
- Le magasin est un comptoir de distribution de petits matériels et de médicaments, pour le secteur de soins et pour les équipes de l'avant. La mise en œuvre de cette distribution doit être rationnelle sans pour autant tomber dans l'écueil du rationnement.

Emplacement

Le choix de l'emplacement du PMA ne doit pas relever du hasard mais d'une concertation entre le DSM et le COS avisés si besoin par des techniciens et sous autorisations éventuelles des autorités locales. Les premiers intervenants doivent idéalement anticiper ce choix et donc en connaître les critères.

L'installation doit à la fois se faire à **proximité** du sinistre par soucis « d'économie de noria » mais aussi en **sécurité** hors d'atteinte de tout risque évolutif, de menace persistante ou d'intempéries. Le PMA doit être **accessible**, positionné au mieux près des axes routiers usuels et d'une aire de posée d'hélicoptères.

Le PMA est avant tout un abri. Si des structures en dure sont disponibles, il faut préférer **l'ergonomie et le confort** de grandes surfaces non cloisonnées offrant autant que possible éclairage, chauffage ou climatisation, énergie électrique, points d'eau et sanitaires. Elles doivent offrir si possible deux accès (entrée et sortie du PMA) mais assurer un isolement efficace contre les « nuisances extérieures » : familles, média, curieux... Ainsi font souvent office de PMA les salles des fêtes, les écoles, les gymnases, les commerces, les gares et halls d'aéroport... Mais le bon sens doit prévaloir. Si les conditions climatiques sont favorables et que les évacuations s'annoncent relativement rapides, il faut s'avoir se « contenter » d'un PRV répondant à l'essentiel. Ainsi le PMA n'est parfois qu'une simple étendue de pelouse, une cour d'immeuble, un quai de métro...

Si le sinistre a lieu en « rase campagne », les secours peuvent faire le choix de systèmes modulaires.

Système modulaire : Ce sont des tentes en toile plastifiée avec un sol étanche. L'identification de ce PMA doit être possible à tout moment, par chacun et depuis les airs.

Les contraintes des systèmes modulaires sont liées à leur conditionnement et leur acheminement sur le site. Le poids et le volume des tentes, même démontées, sont considérables et il faut faire appel à des moyens de transport conséquents. Les délais d'édification de ces modules (éclairage, chauffage, annexes et balisage compris) sont une autre contrainte mais sont de nos jours inférieurs à 30 minutes par des personnels entraînés (hors temps d'acheminement sur site).

La capacité des tentes les plus courantes permet la prise en charge de 10 UA ou 20 UR simultanément et les retours d'expérience font état de « débit » de 120 victimes dont 40 UA en 8h.

Autonomie

L'autonomie des PMA est généralement calibrée pour une durée de fonctionnement de 24h même si en pratique les interventions excèdent rarement quelques heures. Les « lots PMA » comprennent des groupes électrogènes pour assurer notamment l'éclairage d'ambiance et de chaque poste de travail, la climatisation et l'alimentation des appareils médicaux. L'oxygène est l'autre facteur limitant l'autonomie. En effet, les besoins en oxygène peuvent être considérables, notamment quand il s'agit de victimes d'incendie. Ces lots proposent également de l'eau pour les boissons et les lavages (environ 1000L par PMA), des caisses isothermes pour les médicaments thermolabiles et pour le sang destiné à être transfusé.

C'est en 1981, lors d'un exercice de la sécurité civile à Gap que serait né le concept du PMA avec l'idée du médecin-chef de la UIISC7, P. Chevalier de dresser à l'arrière d'une ambulance un auvent de forain pour l'accueil des victimes d'un séisme.

Cette installation provisoire et de mise en œuvre relativement rapide permet donc de couvrir « la montée en puissance » des secours et des établissements d'accueil et de « réguler » les victimes. La catastrophe ne doit pas être déplacée dans l'hôpital de secteur. À ce titre, nos aînés ont qualifié le PMA de structure « tampon ». Le PMA bien plus qu'un lieu est avant tout une centralisation des moyens médicaux et un concept : le triage.