

**(A302) Le Feu Dans Un Hôpital, De L'incident À La Catastrophe**

F. Lévy

Service De Santé et De Secours Médical, Colmar, France

Le feu dans un hôpital ou une maison de retraite présente des caractéristiques de risque particulier. A propos de la combustion d'un mètre cube de couches culottes pour adulte au Centre hospitalier de Pfaffstatt dans le Sud de l'Alsace, ces risques particuliers seront montrés. Ce feu globalement insignifiant en terme de quantité de comburant a cependant entraîné quatre morts par inhalation des fumées et plusieurs intoxiqués ainsi que l'évacuation de tout une aile de l'hôpital avec hospitalisation d'une cinquantaine de patients dans d'autres structures de soins sans compter les pertes matérielles et financières liées à la réparation des dégâts. Les opérations d'extinction, de triage et d'évacuation des patients se sont déroulées simultanément nécessitant la mise en oeuvre du plan rouge pour nombreuses victimes, une opération de mise en sécurité des patients hospitalisés et l'évacuation vers les structures adaptées avec une coopération et une coordination entre les différentes structures de secours intervenantes. Les investigations médico-légales secondaires ont permis de montrer chez tous les patients décédés une forte intoxication aux cyanures liée à la nature du comburant et responsables du décès rapide. Ceci pose le problème du stockage de ce type de produit et surtout de la disponibilité d'Hydroxocobalamine, antidote spécifique, en quantité suffisante pour des établissements à risque possédant beaucoup de produits synthétiques. Enfin il convient de signaler que le personnel hospitalier doit être entraîné à avoir les bonnes réactions devant un développement de fumées car c'est en premier de leurs attitudes que dépend la vie des patient en particulier s'ils sont alités.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s85  
doi:10.1017/S1049023X1100286X

**(A303) Aspects Actuels Du Triage, Pour Une Synthèse**

H. Julien

Ile De France, Paris, France

Le triage des victimes en nombre s'impose aujourd'hui comme une nécessité opérationnelle. Les deux actions complémentaires qui le caractérisent: catégorisation des blessés et dispensation des soins d'urgence sont universellement admis. Il a plusieurs buts: repérer les blessés les plus graves pour leur donner les soins dans les meilleurs délais, les regrouper par niveaux de soins afin d'y consacrer les sauveteurs-soignants correspondants, mieux gérer les flux de blessés et dans le même temps administrer les premiers soins. Le triage de victimes de catastrophes civiles, a longtemps été considéré en France comme un acte médical, réalisé par les seuls médecins placés à l'entrée du Poste Médical Avancé, où sont dispensés les soins d'urgence et la mise en condition des victimes, nécessaires à leur évacuation vers les structures d'accueil et de soins. Aujourd'hui, notamment sous l'influence anglo-saxonne un triage préalable est effectué par les sauveteurs sur le terrain, afin de catégoriser les victimes du ramassage avant leur transfert sur le PMA: ce pré-triage, premier triage, est connu sous le nom de « Simple Triage And Rapid Treatment ». Une synthèse est nécessaire afin notamment que dans des conditions d'intervention internationalisées, les personnels de sauvetage et de soins d'urgence disposent

d'une méthode à application universelle. Cela est rendu possible en soulignant l'aspect dynamique du triage qui se réalise et se complète d'étape en étape: sur le terrain au moment du ramassage par les sauveteurs, médicalisés ou non, au niveau du PMA ou du module de chirurgie vitale où seront pratiquées « damage control », réanimation et mise en condition d'évacuation, à la structure d'accueil ou sera réalisé le triage de vérification. Les critères retenus pour le triage des enfants, des brûlés, des victimes irradiées ou contaminées chimiques, les blessés psychiques viennent compléter les critères fonctionnels et lésionnels classiquement retenus.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s85  
doi:10.1017/S1049023X11002871

**(A304) Catastrophe Biologique Dans La Ville De Rio**L.T. Silveira,<sup>1</sup> L.M. Plotkowski,<sup>2</sup> I.A.G. De Souza,<sup>3</sup> D.P. Borghi,<sup>1</sup> H. Julien<sup>4</sup>

1. GSE, Rio De Janeiro, Brazil
2. Prehospital and Disaster Medicine, Rio De Janeiro, Brazil
3. Assessoria, Rio De Janeiro, Brazil
4. Ile De France, Paris, France

Catastrophe Biologique dans la Ville de Rio. Silveira L, Plotkowski LM, Arouche I, Borghi D, Julien H. Secrétariat d'Etat de la Santé et Defense Civile.. Au début de l'été de 2007 la ville Rio a subi une catastrophe responsable de 232 morts (42% d'enfants ) et 150.00 malades. En quelques semaines, l'épidémie de dengue a bloqué toute la structure de soins de Rio. Les hôpital pourtant dotés de plans blancs, n'ont pu faire face à l'afflux massif de patients. La gravité était due au choc hypovolémique par perte de plasma, plus qu'aux hémorragies. La diffusion alarmiste de la presse a augmenté les réactions de panique populaire. En février 2008, chaque heure des centaines de nouveaux cas ont été enregistrés. Les autorités réunies (Secrétariat d'Etat de la Santé et Sécurité Civile, Le Service de santé du Sapeur Pompier, de l'Armée de Terre, de la Marine et de l'Armée de L'Air) ont décidé d'installer 12 PMA (Hôpitaux de Campagne) pour trier les malades et les hydrater sur place. Chaque "Tente d'Hydratation" a été équipée d'un laboratoire d'analyse (hémogramme et plaquettes) de 30 lits pour l'hydratation en perfusion, deux lits de réanimation et une ambulance, pour le transfert vers l'hôpital de référence. Près de 1000 professionnels de santé y ont travaillé. Dans le premier mois, 49 700 consultation ont été assurées dans les PMA. Les patients étaient tous triés et 10 % ont eu besoin d'une hydratation par perfusion pendant 12 heures en moyenne. Seulement 2% des malades ont été hospitalisés. Le diagnostic précoce et l'hydratation rapide a permis aux PMA de renvoyer les malades chez eux, de réduire efficacement l'afflux hospitalier et la mortalité par dengue. Les PMA ont été démontés progressivement à mesure du contrôle de l'épidémie, jusqu'à 2 mois plus tard.

*Prehosp Disaster Med* 2011;26(Suppl. 1):s85  
doi:10.1017/S1049023X11002883

**(A305) Un Outil Pour La Maîtrise De L'accident Collectif**

J. Pitteloud

Anesthesiology, Sion, Switzerland

Le tableau croisé, un outil pour la maîtrise de l'accident collectif  
Dr J.-C. Pitteloud, Sion (Suisse) Lorsqu'on est confronté À un