

LA NOUVELLE URGENCE MARITIME

Pour faire face à la **course au gigantisme** des armateurs – et après l'expérience, fondatrice, du **nauffrage du Costa Concordia en 2012** – mais aussi pour préparer une possible **attaque terroriste de masse en haute mer**, l'urgence médicale maritime s'adapte. Elle change d'échelle, forme ses acteurs, se structure et se dote de moyens. En l'espace de quelques années la médecine d'urgence maritime a fait sa **révolution**. Et ce n'est pas fini.



Acteurs, référentiels, organisation, moyens... La mue express de l'urgence maritime

À ses débuts, cantonnée à la médecine embarquée et à la télémédecine avec le Centre de consultation médicale maritime – CCMM (SAMU 31) –, l'urgence maritime connaît aujourd'hui une évolution rapide : ses acteurs médicaux spécifiques se développent ; les pouvoirs publics, via la DGOS, la reconnaissent ; des moyens de financement sont dégagés.

● Un accident maritime majeur obéit aux principes de l'aide médicale urgente. Mais pour prendre en charge, éventuellement à des milles de toute côte, les victimes de naufrage de nouveaux paquebots-mastodontes qui peuvent désormais embarquer près de 10 000 personnes, les dispositifs ont dû s'adapter. Et vite.

Les acteurs médicaux montent en puissance

La création des SMUR maritimes (SMUR-M) date de 2013. On observe aujourd'hui leur montée en puissance, avec les SAMU de coordination médicale maritime (SCMM), véritables « centres 15 et SAMU des mers » et le renforcement de leurs moyens capacitaires.

Par ailleurs, il existe depuis 2013, un référentiel de l'aide médicale en mer, élaboré par SAMU-Urgences de France et la Société française de médecine d'urgence (SF-MU), avec l'aide active de la Société française de médecine maritime (SFMM) et de MedSubHyp (médecine subaquatique).

Ces recommandations, selon certains opérationnels, mériteraient déjà d'être mises à jour tant les choses évoluent vite. Depuis le naufrage du Costa Concordia (13 janvier 2012), sont parus : une instruction du Premier ministre (datée du 13 mai 2013) sur le secours maritime de grande ampleur (SMGA) ; l'instruction DGOS du 22 novembre 2013 relative à la désignation des SAMU de coordination médicale maritime et des SMUR maritimes ; le décret du 7 janvier 2013 relatif aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) ; l'instruction DGS du 15 mai 2014 relative à la préparation

du système de santé à la gestion des SSE (schéma ORSAN).

Enfin, le directeur du centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage (CROSS), est aujourd'hui assisté par un médecin conseiller pour l'aide médicale en mer (MCAM) qui est dépêché à ses côtés. Il représente le SAMU de coordination médicale maritime au sein de l'Équipe de Gestion d'Intervention (EGI) et sert d'interface médicale durant un plan ORSEC maritime.

Création de postes sanitaires mobiles maritimes (PSM-M)

Les SAMU maritimes se dotent progressivement de postes sanitaires mobiles maritimes (PSM-M) qui sont des lots médicaux de catastrophe conditionnés en caisses étanches destinés à être hélitreuillés sur les navires.

Chaque PSM-M permet la prise en charge de 25 urgences absolues. Ces postes sanitaires spécifiques, répartis sur l'ensemble des façades maritimes, sont mis en œuvre par les SMUR-M à la demande des SAMU maritimes. Les moyens sont financés par les agences régionales de santé qui disposent de ligne de crédits dédiés à l'intervention médicale en mer. À titre d'exemple, il existe des postes sanitaires mobiles maritimes pour les SAMU maritimes du Havre et de Brest. Ces moyens sont mutualisés avec les lots médicaux du Service de Santé des Armées à Landivisiau (Finistère) et à Marseille au sein de l'Unité médicale d'intervention maritime du Bataillon des marins-pompiers de Marseille.

Une évolution des menaces

Les plans ORSEC maritimes sont revus tous les 5 ans. À ce sujet, la doctrine médicale est très différente selon la taille du navire. En effet, dans le cas d'un sauvetage de grande ampleur, un poste médical avancé est projeté directement à bord du navire, parfois situé à 6 heures de navigation des côtes. Alors que les passagers sont évacués vers un poste médical à terre pour un navire de taille plus modeste.

Pour le Dr Matthieu Coudreuse, responsable du SCMM 64 Atlantique, l'ORSEC maritime mériterait d'être décliné en deux types de plans afin de répondre à ces deux problématiques différentes. À 150 milles nautiques (278 km) des côtes, avec un gros paquebot, la cinétique est beaucoup plus longue.

Et puis, dans le contexte des attaques terroristes, des scénarii de tueries de masse à bord de navires à passagers sont également envisagés. Une doctrine d'intervention pour ces situations est en cours de rédaction par la Direction Générale de la Sécurité Civile à l'attention des SDIS.

Denis Jeant



Après le « naufrage » du Vindilis, victimes et passagers valides débarquent à terre dans le port du Palais

ORSEC grandeur nature à Belle-Île-en-Mer

● Tous les ans a lieu un entraînement au plan ORSEC maritime pour secours à passagers. En 2016, c'est à proximité de Belle-Île-en-Mer, dans le Morbihan, qu'un exercice de « niveau majeur » (niveau 3) a été organisé, le 10 novembre dernier, par la préfecture maritime de l'Atlantique.

Précieux retour d'expérience

Le scénario (évolutif, à proximité d'une île du large du Morbihan) était le suivant : tout a commencé par la collision fictive entre le Vindilis (48 m, capacité de 399 passagers), navire de la compagnie Océane, et le baliseur l'Atlantique (43 m). Un plastron de 92 passagers était à bord, comprenant des témoins relevant des « Affaires maritimes » et des observateurs « médicaux ». Après la collision, le Vindilis devait couler et tous ses occupants être évacués dans un radeau de survie.

Les moyens de secours mobilisés comprenaient dix navires (3 vedettes SNS, douanes...), deux hélicoptères (Caiman NH 90 Marine Nationale et Dragon 56), 50 sauveteurs en mer et 50 personnels mobilisés (SAMU 29, SAMU 64, SCMM 64, SAMU 56, marins-pompiers de Brest, préfecture, mairie du Palais, gendarmerie nationale, CROSS Etel, CODIS, Hôpital Yves Lanco de Belle-Île...).

Le but était de tester l'organisation opérationnelle du dispositif en interface avec les autorités terrestres : coordination des moyens en mer et coordination médicale ; capacité de projection de moyens terrestres et mise en œuvre par le SMUR-M de Brest ; à terre, au niveau de l'hôpital local, l'entraînement des équipes médicales (SCMM 64, SMUR-M 64, SMUR-M 56 et 29) et l'interface mer-terre du

dispositif ORSEC maritime SAR dans le cadre du débarquement de naufragés sur Belle-Île.

Les clefs de la réussite

Pour le Dr Matthieu Coudreuse, responsable du SCMM 64 Atlantique, la clef de la réussite d'un ORSEC maritime tient, entre autres, à la formation du personnel pour qu'il s'intègre bien dans le plan. Chacun a un rôle bien déterminé.

Particularité de l'exercice 2016, l'interface mer-terre et le débarquement sur une île du large ont rendu plus difficile la projection de moyens sur place. De même, l'ORSEC est plus complexe à gérer en mer, du fait de la situation d'éloignement et de l'interface mer/terre. Les habitudes « monopatient » de SMUR ne sont plus adaptées et les zones ne sont plus définies comme à terre. Il est également nécessaire d'acquiescer une sensibilité maritime, de perdre ses réflexes de terrien et de se « mariner ». Pour finir, seule l'analyse du retour d'expérience (REX ou RETEX) permet de progresser.

Quelle analyse ?

Le Dr Klervi Monnerie du SMUR-M 56 a été hélitreuillée à bord du Vindilis, suite à la demande du SAMU maritime 64 qui l'a engagée via le SAMU 56, après avoir reçu l'alerte du CROSS Etel.

C'était son premier exercice de cette ampleur. Elle était à ce titre directrice des secours médicaux mer (DSM Mer), lequel est chargé, en liaison permanente avec le commandant du navire et le SCMM via le CROSS, d'organiser puis de diriger les actions médicales à bord.

Aujourd'hui, le SMUR-M 56 qui

a environ un an d'existence est bien équipé. Il lui manque juste un infirmier pour compléter son équipe. Pour cette raison, un IDE du SMUR-M 64 jouait donc ce rôle dans l'exercice à ses côtés. Le Dr Klervi Monnerie s'est retrouvée face à des participants à bord qui n'étaient pas toujours faciles à identifier, ce qui fut un peu déstabilisant au départ. Bien évidemment, cela se rajoute au stress induit par ce type d'opération majeure. Après triage, son premier bilan d'évaluation pour dimensionner les besoins médicaux a été communiqué au CROSS.

Quant au personnel navigant, il a bien réussi à canaliser le plastron. Deux médecins du SAMU maritime l'animait pour préparer les rôles des victimes. Le Dr Klervi Monnerie a utilisé la radio VHF du bord et était également équipée d'un téléphone satellitaire. Elle a surtout rencontré des difficultés pour joindre la terre. Depuis, elle s'est dotée d'une radio VHF portable, pour être en mesure d'utiliser un canal de dégagement en opération.

D.J.

Pour se former

Tout savoir sur la médecine maritime, c'est ici : www.medecine-maritime.fr. Et pour aller plus loin :

- **DU médecine maritime** de l'UFR de Brest
- **DUI et DESIU Aide médicale d'urgences en milieu maritime** des UFR d'Aix-Marseille, Montpellier-Nîmes Nice et Toulouse.
- **Capacité de médecine de catastrophe** de l'UFR de Bordeaux avec un enseignement de 2 heures sur l'ORSEC maritime.

8000

C'est le nombre de passagers que transporte le paquebot « Harmony of the Seas », le plus grand du monde actuellement en service. À titre de comparaison, « Le France » n'en transportait pas 1 800 à son lancement en 1960, puis il en convoya 2 500 au meilleur de sa forme (devenu le Norway dans les années 1990).