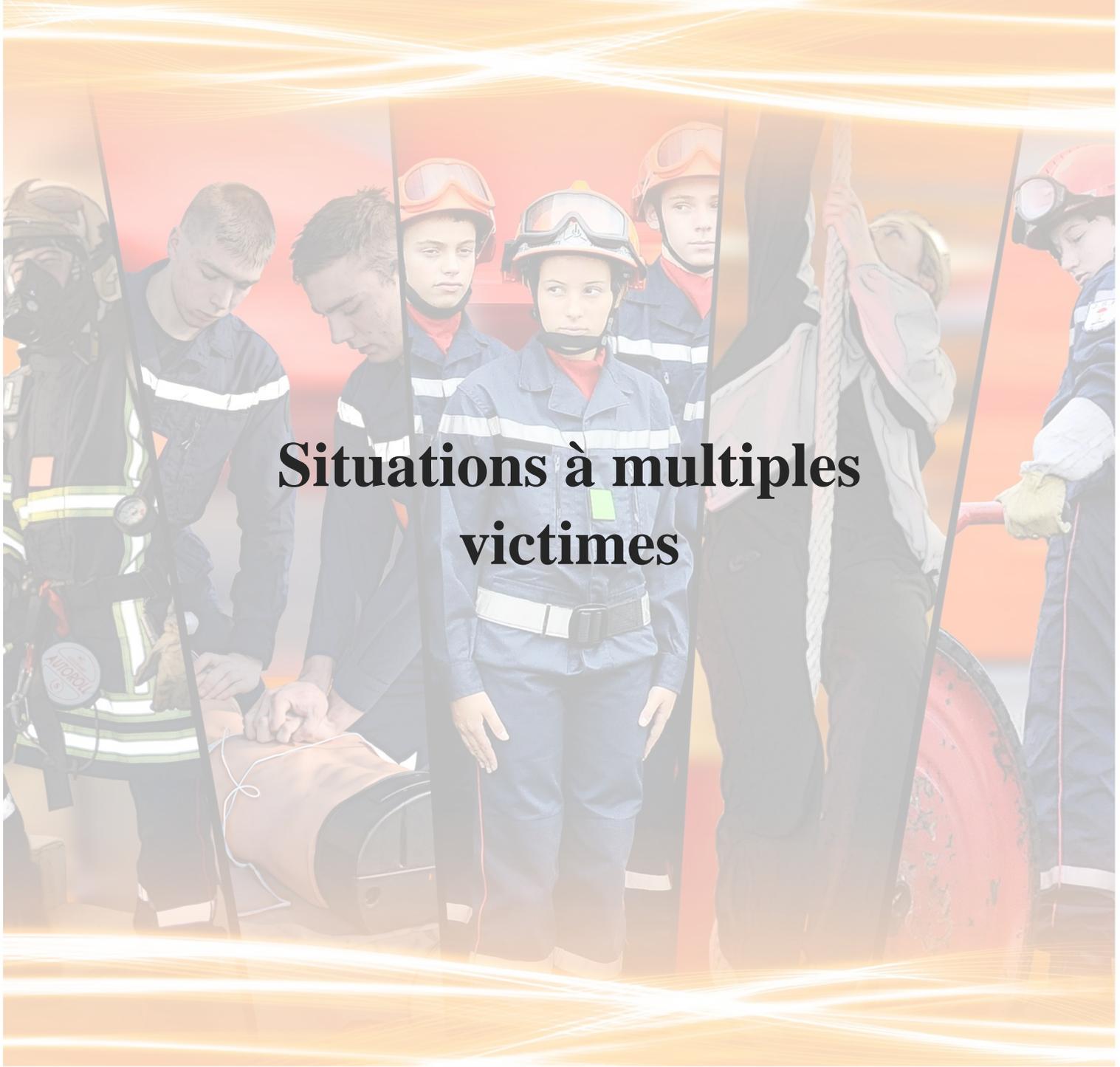




ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

UV J.S.P. 3

Module : PS



**Situations à multiples
victimes**



I. DEFINITIONS – GENERALITES :

L'équipe de secouristes peut se trouver dans des situations où il existe plusieurs victimes. On parle alors de situation à multiples victimes (SMV).

La SMV se définit comme un accident ou une situation avec un nombre de victimes plus élevé que peut prendre en charge la première équipe de secours sur place.

ACCIDENT CATASTROPHIQUE à EFFET LIMITE (ACEL) :

C'est une **SMV particulière** qui se définit comme :

- ↪ Un accident ou une situation unique (explosion, accident de bus, épidémie, etc.) entraînant un afflux brutal mais relativement limité de victimes (10 à 100), plus ou moins gravement atteintes, au plan physique et/ou psychique auquel les secours ne peuvent faire face immédiatement du fait de l'inadéquation entre les besoins et les moyens immédiatement disponibles ou de l'inhibition de ces moyens par l'accident.
- ↪ Une situation évolutive (feu de maison de retraite, etc.) susceptible d'entraîner un nombre potentiellement élevé de victimes (moins de 100) et qui nécessite rapidement l'envoi de moyens de secours suffisants.

A. CAUSES D'UNE SMV :

Plusieurs types de sinistres peuvent être à l'origine d'une SMV :

- ↪ Les accidents de trafic de différentes natures,
- ↪ Les incendies de grande intensité entraînant des risques immédiats pour la population,
- ↪ Les effondrements d'immeubles,
- ↪ Les accidents sociaux,
- ↪ Les catastrophes naturelles,
- ↪ Les catastrophes technologiques,
- ↪ Les accidents infectieux.

B. CONSEQUENCES :

Les conséquences d'un « accident » peuvent être les suivantes :

- ↪ Présence de nombreuses victimes réelles ou potentielles,
- ↪ Dégâts matériels,
- ↪ Disproportion initiale et temporaire entre les besoins et les moyens disponibles.



1. Présence de nombreuses victimes réelles ou potentielles :

Les blessés sont suffisamment nombreux pour que la situation soit inhabituelle. Leur nombre est souvent difficilement appréciable, au début, car les blessés valides ont toujours tendance à fuir les lieux avant l'arrivée des secours.

Les lésions qu'ils présentent sont uniques ou multiples, visibles ou non, et leurs conséquences immédiates ou retardées.

L'accès aux victimes est aussi un élément important. Certaines victimes seront accessibles immédiatement, d'autres au contraire difficilement repérables (enfouissement en profondeur, sous des gravas, etc.).

Un grand nombre de personnes non blessées seront quand même considérées comme victime de la catastrophe (impliquées).

Des victimes seront retrouvées en arrêt cardio-respiratoire ou mortes.

2. Dégâts matériels :

Les dégâts engendrés par un accident sont souvent importants et étendus. Ils dépendent de la cause du sinistre.

Ils touchent habituellement les véhicules, les habitations, les constructions ou bâtiments à usage administratif ou privé et, parfois, des établissements industriels ou sanitaires.

Ils 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.

3. Disproportion initiale et temporaire entre les besoins et les moyens disponibles :

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 NOVI qui intègre et coordonne en son sein tous les maillons de la chaîne de secours.



II. RÔLE DE LA PREMIERE EQUIPE :

Témoin de l'accident et, parfois, elle-même impliquée, l'équipe isolée doit savoir que son action est essentielle et qu'elle peut, par la qualité des actions mises en œuvre, déclencher l'arrivée de renforts adaptés, réaliser les gestes de secours prioritaires et permettre le déclenchement du dispositif ORSEC secours à nombreuses victimes, appelé de manière commune NOVI.

Les actions de la 1^{ère} équipe sont :

- ↪ Réaliser la reconnaissance et assurer la sécurité,
- ↪ Rendre compte,
- ↪ Repérer les victimes qui nécessitent des gestes de secours en priorité,
- ↪ Réaliser les gestes de secours prioritaires.

Dans tous les cas l'équipier doit se conformer aux ordres de son responsable.

REALISER LA RECONNAISSANCE ET ASSURER LA SECURITE:

Rester calme !

Effectuer une reconnaissance visuelle du sinistre. Cette reconnaissance succincte permet de :

- ↪ Rechercher et d'évaluer l'existence de dangers particuliers qui menacent les victimes ou les équipes de secours et d'agir en conséquence (protection, dégagements d'urgence...);
- ↪ Donner une idée générale de la nature du sinistre (feu, explosion...), notamment le nombre apparent de victimes et parfois même la nature de leurs lésions.

Limitier les éventuels phénomènes de panique et les évacuations, en regroupant les personnes impliquées (PRI : point de regroupement des impliqués)

B. RENDRE COMPTE :

Transmettre, par téléphone ou par radio, l'état des lieux et les premières constatations :

- ↪ **Rester calme**, utiliser un langage clair et concis ;
- ↪ **Donner à l'interlocuteur une image précise de la situation.**

En règle générale, c'est le responsable de l'équipe sur les lieux qui transmet ces informations :

Annoncer qu'il s'agit d'une « **SITUATION AVEC DE MULTIPLES VICTIMES** »



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Donner les informations concernant :

- ↻ **La nature du sinistre** : Accident mettant en cause plusieurs véhicules (VL, PL, autocar, etc.), accident d'avion, de chemin de fer, etc. ;
- ↻ **Le lieu de l'accident** : L'adresse exacte du sinistre, ses repères cartographique ;
- ↻ **Les risques particuliers** : Indiquer la présence de risques particuliers (incendies, fumées, odeurs, épandage de liquide...) présents ou suspectés ;
- ↻ **Les mesures de sécurité à prendre** : Préciser si des mesures de sécurité évidentes immédiates doivent être prises (arrêter la circulation, coupure de gaz ou d'électricité, etc.),
- ↻ **Les victimes** : Indiquer le nombre approximatif de victimes (décédées, valides ou invalides, etc.).
- ↻ **L'accessibilité du sinistre** : Préciser les voies accès au sinistre qui permettent l'intervention des renforts au plus vite et sans encombre. Indiquer les points de rendez-vous ou de transit ;
- ↻ **Les secours déjà sur place** : Indiquer les services de secours ou autres qui sont déjà sur place ou qui sont nécessaires sur les lieux.

C. REPERER LES VICTIMES QUI NECESSITENT DES GESTES DE SECOURS EN PRIORITE :

Lorsque la reconnaissance montre que le nombre de victimes est plus élevé que celui que peut prendre en charge la première équipe de secours sur place, il est indispensable de réaliser un repérage des victimes.

Le repérage a pour objectif de localiser et d'identifier l'ordre dans lequel les victimes doivent recevoir les gestes de secours indispensables, de façon à bénéficier au plus grand nombre. Pour cela, il faut examiner et séparer rapidement les victimes en fonction de la présence ou non d'une détresse vitale et de l'urgence des gestes de secours à réaliser.

Le repérage secouriste des victimes se fait souvent dans un environnement difficile. C'est pourquoi, il doit être **simple, rapide** et basé uniquement sur les compétences techniques de l'équipier, à savoir :

➔ **L'examen de l'état de conscience, de la respiration et de la circulation.**

Au cours de ce repérage, l'équipier ne doit pas s'arrêter pour réaliser des gestes de secours qui risquent de l'immobiliser plusieurs minutes, à l'exception :

- ↻ De l'arrêt d'une hémorragie par pansement compressif ou garrot ;
- ↻ De la libération des voies aériennes ;
- ↻ De la position latérale de sécurité.



Dans un premier temps : « Lève toi et marche ! »

Demander aux victimes, qui sont debout ou qui peuvent se lever et se déplacer, sans douleur intense, de se regrouper à l'écart du sinistre. Dès qu'une zone sûre sera trouvée, les blessés y seront dirigés, accompagnés si possible par un équipier secouriste.

Cette zone sécurisée s'appelle le **point de rassemblement des victimes** (PRV). Dès que possible, et en fonction des moyens disponibles, le PRV est placé sous la surveillance d'un ou plusieurs intervenants secouristes.

Les victimes évacuées vers le PRV par leurs propres moyens sont des **éclopés** (blessés très légers).

Dans un deuxième temps : « Je commence là où je suis...(bilan succinct)»

L'équipier commence à examiner les autres victimes, en commençant par la victime la plus proche de l'endroit où il se trouve. Cet examen ne doit pas prendre plus de 1 à 2 minutes.

Il aboutit à un **bilan succinct**, dont l'objectif est :

↳ **De réaliser les gestes de survie immédiats** (voir ci-dessus) qui n'immobilisent pas l'équipier secouriste ;

↳ **De repérer les victimes et d'apprécier leur état de gravité**, afin d'identifier les victimes qui nécessitent des gestes de secours en priorité.

La mise en place d'un bracelet SINUS s'effectuera dès que possible :

- ↳ Soit au PRV, PRI,
- ↳ Soit à l'avant.

Si l'équipier trouve un repère sur la victime (victime déjà examinée), il passe alors à la victime suivante.

Le **bilan succinct** est basé sur l'examen de la conscience, de la fréquence respiratoire, et de la fréquence cardiaque.

Comme tout bilan, il débute par :

1 - La recherche d'une hémorragie externe afin de l'arrêter en utilisant une technique d'arrêt des hémorragies qui n'immobilise pas l'équipier (pansement compressif, garrot) ou en demandant à un témoin (ou victime valide) de maintenir la compression à sa place ;



2 - Puis, une évaluation de **l'état de conscience**, de la même façon que dans le bilan secouriste :

a) La victime est inconsciente :

Contrôler sa respiration, après avoir réalisé une bascule prudente de la tête en arrière et le maintien temporaire du menton vers le haut. En présence de multiples victimes, la LVA ne doit pas tenir compte d'un traumatisme du rachis cervical ;

- ↪ **La victime ne respire pas** : Dans le cadre d'un SMV, la prise en charge d'une victime inconsciente, en arrêt respiratoire, ne pourra se faire que si le nombre d'équipiers secouristes est suffisant.
- ↪ **La victime respire** : La placer en PLS, si possible. Elle nécessite une prise en charge en priorité.

b) La victime est consciente :

Compter la fréquence respiratoire :

- ↪ Si la fréquence respiratoire est ≥ 30 **mouvements** par minute, la victime présente une détresse vitale. Elle nécessite une prise en charge en priorité.
- ↪ Si la fréquence respiratoire est < 30 **mouvements** par minute → **prendre le pouls carotidien.**

Compter la fréquence cardiaque au niveau du pouls carotidien.

- ↪ Si le pouls carotidien est difficilement perçu ou rapide (≥ 120), la victime présente une détresse vitale. Elle nécessite une prise en charge en priorité. La garder allongée.
- ↪ Si le pouls carotidien est bien perçu et régulier (< 120) et que la victime ne peut se déplacer (fractures, plaies graves, etc.), elle bénéficiera de gestes de secours **secondaires** dès que le nombre d'équipiers secouristes sera suffisant. Cette victime nécessite une prise en charge différée.

Dans un dernier temps : rendre compte et poursuivre les soins réalisés :

Dès que l'équipier a terminé le repérage des victimes du secteur confié, il rend compte à son chef en lui indiquant le nombre de victimes triées et leur gravité.

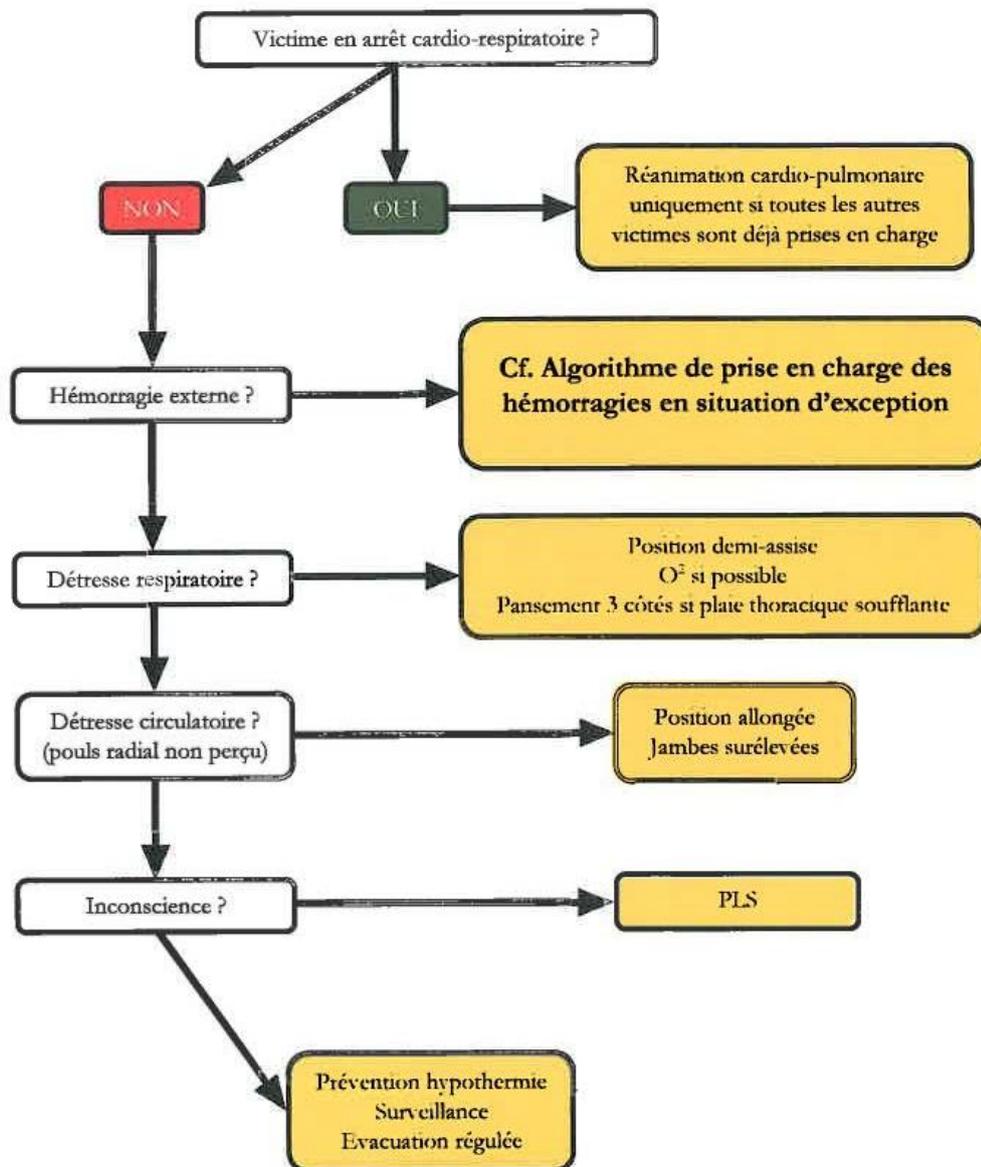
Ce bilan permet au chef d'équipe :

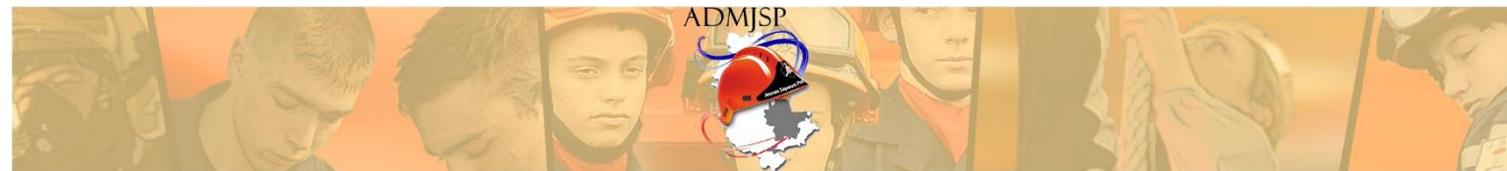
- ↪ De réaliser et de transmettre un bilan global et initial des victimes présentes sur les lieux du sinistre ;
- ↪ D'attribuer une mission à chaque équipier, notamment pour prendre en charge les victimes les plus graves en priorité.

Les annexes de la NS 2016-044 résumant bien la prise en charge des victimes en SMV :

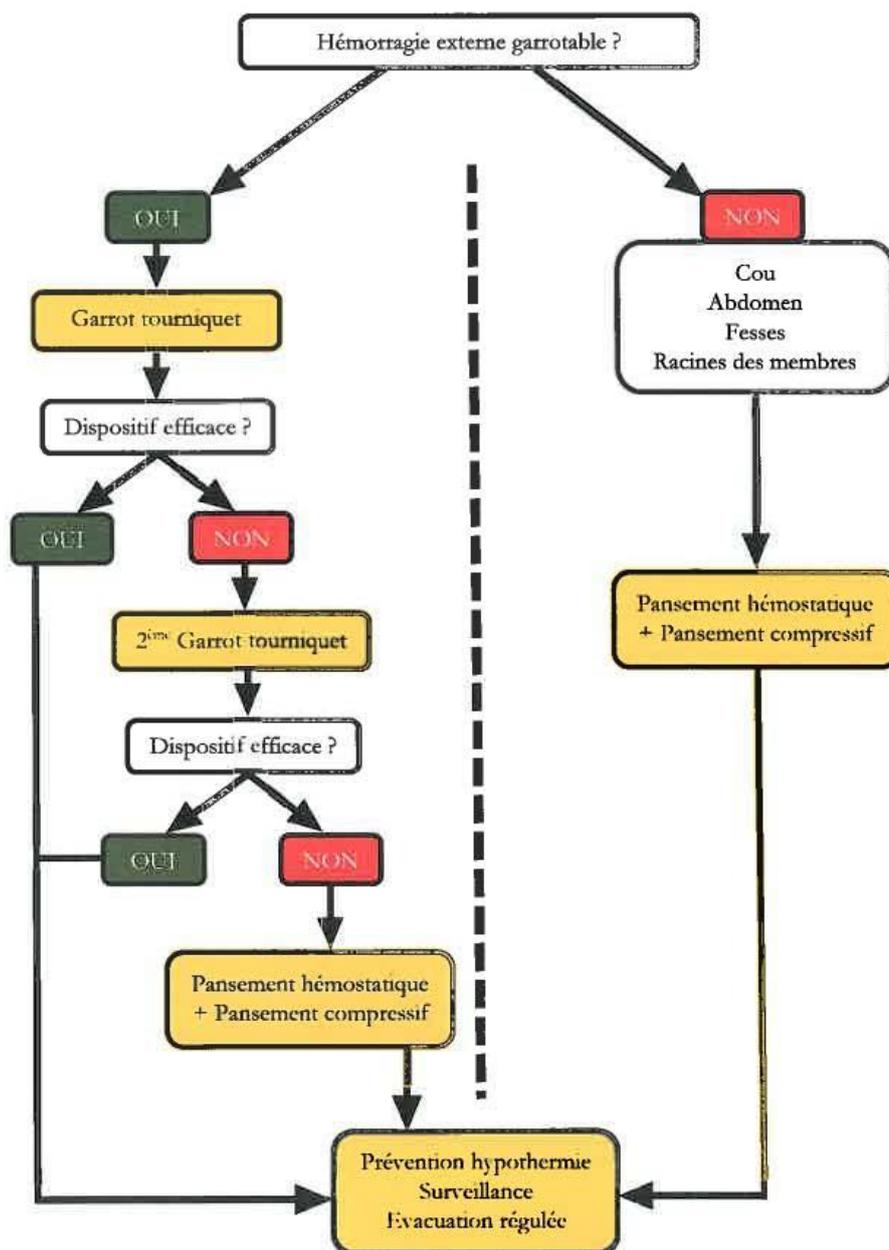
Annexe n°1

ALGORITHME D'AIDE A LA DECISION POUR LA PRISE EN CHARGE DES BLESSES EN SITUATION A MULTIPLES VICTIMES





ALGORITHME D'AIDE A LA DECISION POUR LE CONTRÔLE HEMORRAGIQUE EN SITUATION D'EXCEPTION



- NB :**
- En cas de fracture ouverte du crâne ou de plaie thoracique soufflante, ne pas utiliser de pansement hémostatique et mettre directement un pansement compressif
 - Les garrots coton doivent être utilisés chez les nourrissons, les petits enfants ou après utilisation de tous les garrots tourniquet



D. REALISER LES GESTES DE SECOURS PRIORITAIRES :

Le repérage permet aux équipiers, dans l'attente d'un renfort médicalisé, de rentabiliser leur action en réalisant les gestes de secours au profit des victimes qui nécessitent des soins prioritaires, avant de s'occuper des autres dont les soins peuvent être différés sans risque. Les victimes inconscientes qui ne respirent pas seront prises en charge dès que possible.

Il ne faut cependant pas oublier que l'état d'une victime peut s'aggraver. Après avoir réalisé les gestes de secours prioritaires et, toujours dans l'attente des secours supplémentaires, l'équipier secouriste doit surveiller attentivement toutes les victimes prises en charge.

A l'arrivée des secours médicalisés, un tri médical est alors réalisé par le médecin pour déterminer la priorité de traitement et d'évacuation des victimes. Après avoir rendu compte de son action, l'équipe réalisera alors la mission qui lui sera confiée par le responsable des secours au sein de la chaîne « médicale » des secours.

E. INTEGRATION DANS LE DISPOSITIF ORSEC :

Le mode d'action nombreuses victimes, appelé « NOVI ».

Le mode d'action nombreuses victimes du dispositif ORSEC NOVI 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.
- ↻ De secourir rapidement et traiter un nombre important de victime,
- ↻ De coordonner l'action des secours,
- ↻ D'organiser et faciliter l'évacuation,
- ↻ De permettre un accueil hospitalier organisé,
- ↻ La répartition judicieuse du travail de chacun.

Dès l'arrivée du COS ou de la prise de contact avec un chef de secteur :

Le chef d'équipe rendra compte en lui indiquant le nombre de victimes triées et leur gravité, gestes de secours réalisés, les moyens nécessaires pour le dégagement des victimes (moyen SR par exemple).



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Si l'équipe arrive en renfort sur un SMV, l'équipe se présente au Centre de Regroupement des Moyens (CRM) (ou sur site : tenir compte de l'ordre de départ) 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.

Sur demande du COS via l'officier CRM, **l'équipe 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 graves, etc.
- ↪ Participer aux transports des victimes vers un PRV ou le PMA.

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

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 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 :

L'équipier peut être amené, en fonction de son organisme d'appartenance, 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.

III. PLAN ORSEC SECOURS A NOMBREUSES VICTIMES :

Acronyme NOVI signifie = **NO**mbreuses **V**ictimes.

Depuis 2014 ce plan a remplacé le plan rouge (en vigueur de 1987 à 2013).

Le plan ORSEC (NOVI) a pour objet de définir l'organisation permettant la prise en compte de nombreuses victimes sur les lieux d'un événement dès lors que le fonctionnement dans le cadre ordinaire des missions des services de secours n'est plus adapté. Il peut être activé en complément d'un plan ORSEC spécifique.

Il définit la structure de commandement et la chaîne de secours permettant d'extraire les victimes des lieux du sinistre, de les prendre en charge médicalement et de les évacuer vers des établissements de santé.

Il appartient au Préfet, sur proposition du commandant des opérations de secours (COS), d'activer le plan ORSEC NOVI.

En cas d'afflux d'un nombre très important de victimes sur un ou plusieurs lieux de sinistre (nombre de victimes supérieur à 100), le dispositif « TRES NOMBREUSES VICTIMES » (T.NOVI) ou « MULTI SITES » devra s'appliquer.

La mise en œuvre de ce dispositif s'appuie sur le dénombrement des victimes, l'appréciation de la gravité de leurs atteintes et les difficultés liées à leur prise en charge de sorte que soient définies les priorités de soins qui leur sont accordés.

Ainsi, est organisée une catégorisation des victimes en 2 temps :

1. En fonction d'un bilan secouriste rapide effectué à l'avant, c'est « **le REPÉRAGE SECOURISTE** ».
2. Puis, par un médecin à l'entrée du PMA, c'est le « **TRI MEDICAL** ».

Dimensionnement d'une chaîne de traitement de base :

Une chaîne de traitement de base se définit en fonction **d'un débit horaire** de traitement. De manière forfaitaire, une chaîne de traitement est susceptible de prendre en charge en moyenne 20 victimes par heure.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Il s'agit d'un objectif unitaire de dimensionnement et en fonction des circonstances, la mise en œuvre du dispositif prévu dans le plan ORSEC NOVI pourra permettre la juxtaposition de plusieurs chaînes de traitement.

A. COMMANDEMENT :

↳ **Directeur des Opérations de secours (D.O.S.) :**

C'est le préfet ou son représentant qui assure la direction des secours avec comme conseillers le C.O.S. et le D.S.M.



➤ **Commandant des Opérations de Secours (C.O.S.) :**



C'est le Directeur Départemental et Métropolitain du S.D.M.I.S. ou son représentant qui assure la coordination et la mise en œuvre de tous les moyens de secours.

Il porte une chasuble de couleur JAUNE avec les lettres C.O.S.

↳ **Directeur des Secours Médicaux : (D.S.M.) :**

C'est le médecin responsable du S.A.M.U. ou le médecin-chef départemental du S.D.M.I.S. ou leur représentant, qui est le seul compétent pour prendre des décisions d'ordre médical. Il est responsable des aspects médicaux de la chaîne de traitement des victimes et conseille notamment le COS pour toutes les questions d'ordre médical.



Il porte une chasuble de couleur JAUNE avec les lettres D.S.M.

↳ **Le P.C.O.** (poste de commandement opérationnel) est installé au plus près du sinistre. Là se trouve le préfet qui assure la direction générale des opérations, assisté d'un état major composé des chefs des services et placé sous le commandement du D.D.M.S.I.S. chargé de :

- ✓ Diriger les opérations sous l'autorité du préfet,
- ✓ Centraliser et exploiter les renseignements,
- ✓ Demander et répartir les renforts.





ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

↳ **Le C.O.D.** (centre opérationnel départemental) se situe à la préfecture et rassemble les représentants du préfet et de chacun des différents services.

Sa mission consiste à :



- ✓ Assurer les liaisons entre le PCO et les divers services régionaux ou centraux compétents,
- ✓ Exploiter les renseignements recueillis et les instructions reçues,
- ✓ Coordonner et diriger les renforts sur les lieux du sinistre,
- ✓ Informer le public et la presse.

B. LE DENOMBREMENT ET LA TRAÇABILITE DES VICTIMES :

1. Généralités et concept :

Le dénombrement et la traçabilité des victimes sont des éléments clés de l'organisation « secours à nombreuses victimes ».

Ces actions reposent sur la mise en œuvre d'un outil national baptisé « SINUS » pour **S**ystème d'**I**nformation **N**UMérique **S**tandardisé.

Tout au long du parcours de la victime, les données sont consolidées garantissant une information unique, centralisée, et partagée en interservices.



Les informations renseignées sont partagées par les services acteurs des

- ↳ Ministère de l'intérieur (sapeurs-pompiers, police nationale, gendarmerie nationale),
- ↳ Ministère de la santé (SAMU, ARS, hôpitaux),
- ↳ Ministère de la justice (service enquêteur, parquet, parquet de Paris) et
- ↳ Ministère des affaires étrangères pour le compte de la Cellule d'Information et d'Aide aux Victimes (CIAV).

Les différents niveaux de renseignements et d'accès sont qualifiés de **tactique, opératif et stratégique.**

Ce système sera mis en œuvre pour tout déclenchement d'un plan ORSEC NOVI.

Il relève de la responsabilité du COS.



2. Descriptif :

Ce système repose sur 3 éléments fondamentaux :

- ↪ Un bracelet disposant d'un numéro SINUS, identifiant unique d'une victime, composé d'un numéro national unique normé (NF 399),
- ↪ Une fiche médicale de l'avant (FMA), adaptée à la mise en œuvre du système,
- ↪ Un système informatique de saisie et de traitement des données.



Doctrine d'emploi :

Initialisation d'un évènement opérationnel : Niveau Opératif.

Le CODIS 69 a la responsabilité d'initialiser un évènement sur le dispositif SINUS. Dès l'ouverture d'un évènement, il est immédiatement partagé avec l'ensemble des services autorisés ; le CODIS est chargé de rattacher les victimes renseignées dans SINUS sur le terrain à chaque évènement correspondant créé dans la base de données.

Renseignement du système SINUS sur le terrain : Niveau tactique.

La pose des bracelets et de la fiche médicale de l'avant se fait à l'avant et au PRV (Point de Regroupement des Victimes), mais peut être faite également à l'entrée du PMA.

Un premier point de saisie informatique est mis en place à proximité.

Un second point de saisie est ensuite positionné à la sortie du PMA afin de qualifier définitivement l'état de la victime (UA, UR ou DCD) et de renseigner l'hôpital de destination.

Définition et priorisation des données à renseigner :

Données	Dénombrement	Catégorisation secouriste	Tri médical et Hôpital de destination	Age 0-24 mois 2 à 14 ans adulte	sexe	Pré-identification (Nom, Prénom)	Nationalité
Service chargé de l'action et de renseigner SINUS	SDMIS	SDMIS	SDMIS + SAMU	SDMIS	SDMIS	SDMIS	SDMIS
	Priorité 1			Priorité 2			



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Dans un contexte hostile, les équipes de secours s'attacheront à renseigner les données de priorité 1.

En dehors de cette situation, les priorités 1 et 2 sont à collecter.

Catégorisation secouriste : Relève de l'action d'un sapeur-pompier. Il s'agit d'un premier niveau d'évaluation de la gravité des blessures.

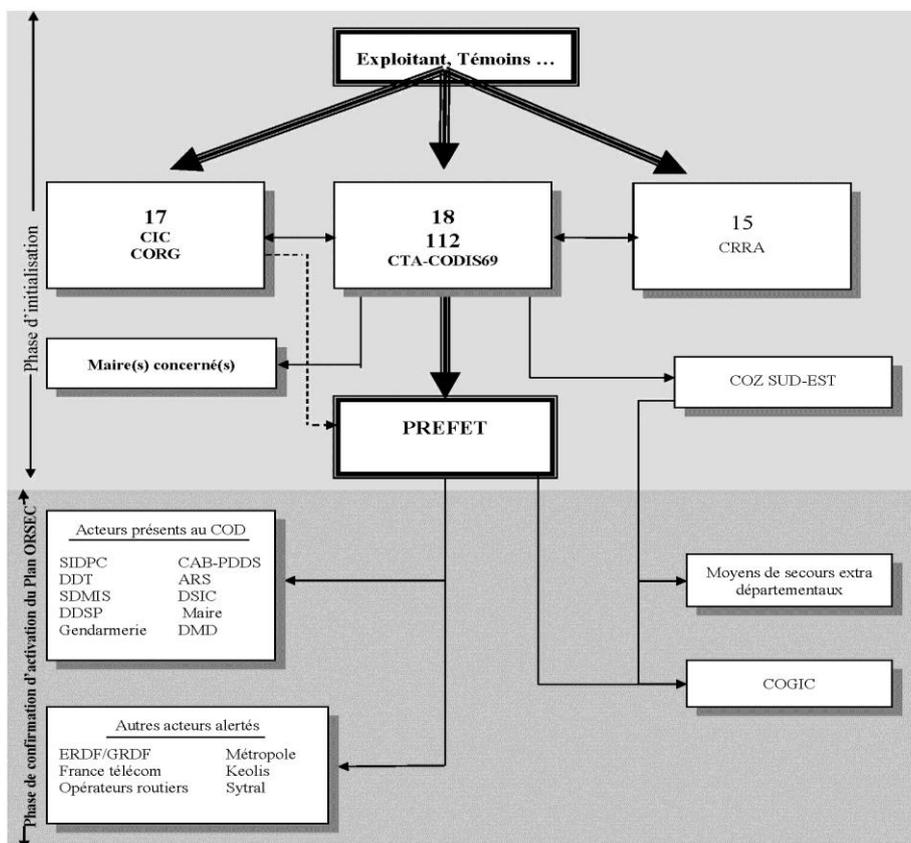
Tri médical : Relève de l'expertise d'un médecin.

Pré-identification : Les informations renseignées dans ce champ sont indicatives et doivent être contrôlées par les services de police ou de justice.

Suivi en temps réel de la liste unique des victimes (LUV) : Niveau stratégique.

Les autorités et les représentants des services acteurs des ministères de l'intérieur, la santé, la justice, et des affaires étrangères peuvent suivre la liste unique des victimes et les différentes données s'y rapportant.

C. SCHEMA DE TRANSMISSION DE L'ALERTE



D. LES FORCES DE POLICE OU DE GENDARMERIES :



Les forces de police ou de gendarmerie, représentées par un détachement de liaison auprès du P.C.O. et en liaison permanente avec lui, veilleront notamment à la protection du périmètre, à faciliter l'arrivée sur les lieux des moyens de secours demandés ainsi que l'évacuation des victimes, par la mise en place d'escortes et l'établissement d'itinéraires avec un plan de circulation, dont elles assurent la mise en œuvre.



E. GESTION DES DECEDES :

↳ Victimes décédées sur les lieux de l'évènement :

Dans un objectif de préservation des traces et indices et dans la limite des certitudes permises par les conditions opérationnelles, les victimes décédées sur les lieux de l'évènement ne sont pas manipulées, dans la mesure du possible, afin que les services compétents puissent remplir leurs missions.

↳ Victimes décédées au PRV ou au PMA :

Les victimes décédées au PRV ou au PMA sont transportées dans une zone de dépôt mortuaire, aménagée à cet effet. Cette zone est sous le contrôle des autorités de police compétentes.

Ce dépôt mortuaire est localisé en un endroit retiré et déterminé par le DOS sur proposition du COS en lien avec le commandant des opérations de police et de gendarmerie. Il est destiné à recueillir les corps des victimes décédées sur le site ou au PMA.

Il est placé sous la responsabilité des services compétents auxquels sont associés, en fonction des disponibilités un ou plusieurs médecins, des personnels secouristes et des agents des entreprises spécialisées.

Le recensement des victimes décédées est réalisé sous le contrôle des autorités judiciaires qui procèdent aux formalités d'identification et d'état civil nécessaires.

Il est porté à la connaissance du DOS et du COS.

En cas de nécessité le préfet pourra déclencher le plan de gestion des décès massifs.

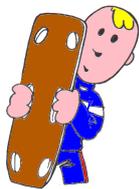


F. ORSEC NOVI TRADITIONNEL :

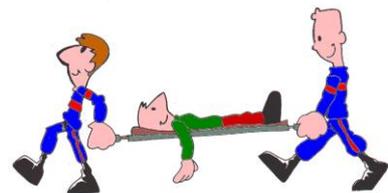
Il comporte trois groupes d'action :

a. Mise en sécurité, gestes de premiers secours,

Action primaire : Action des moyens de secours dans **la zone d'exclusion** permettant de supprimer les causes de l'évènement (extinction du feu, désincarcération, etc.), d'en limiter ses effets et d'effectuer l'extraction des victimes et regrouper les impliqués (PRI : point de regroupement des impliqués). Elle s'arrête au Point de Regroupement des Victimes (PRV).



Petite noria de ramassage : Consiste à installer le point de regroupement des victimes permettant ainsi **d'initialiser la traçabilité** (SINUS) et d'organiser le transfert des victimes entre le PRV et le Poste Médical Avance (PMA).



Les personnels concourant à ces actions sont équipés de chasubles et de brassards rouges.

Afin de coordonner ces 2 actions, un trinôme est constitué comprenant :

- ↪ L'officier de « l'action primaire »,
- ↪ Le médecin « responsable de l'avant »,
- ↪ L'officier « ramassage ».

b. **Tri et soins des victimes**, au sein du Poste Médical Avancé (PMA) :

Un binôme, composé **d'un officier PMA et d'un médecin responsable PMA**, s'établit.

Le médecin responsable du PMA a pour mission :

↪ De définir les priorités :

- **U.A. : Urgences Absolues :** Victimes les plus graves,
- **U.R. : Urgences Relatives :** Blessés légers.



↪ D'organiser la prise en charge médicale des victimes avant leur transfert vers les structures d'accueil adaptées.

L'officier se doit de veiller à l'acheminement des victimes en lien avec le médecin PMA et de s'assurer du montage et de la pérennité logistique de la structure médicale.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

À l'entrée du PMA un secrétariat, dont l'objet est Tri médical, assiste le médecin trieur.
À la sortie du PMA, un second secrétariat poursuit la traçabilité. Il prend notamment en compte le bilan médical de sortie et les éléments relatifs à leur évacuation.

Les personnels concourant à ces actions sont équipés de chasubles et de brassards blancs.

Au P.M.A. se rattache le dépôt mortuaire ;

Les impliqués pourront, s'ils le désirent, rencontrer un médecin de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP ou PUMP).

c. **Transport des victimes**, évacuations du P.M.A. vers les centres hospitaliers (noria d'évacuation ou grande noria).

Cette action est coordonnée par un binôme composé **d'un officier évacuation** et d'un **médecin responsable évacuation**.

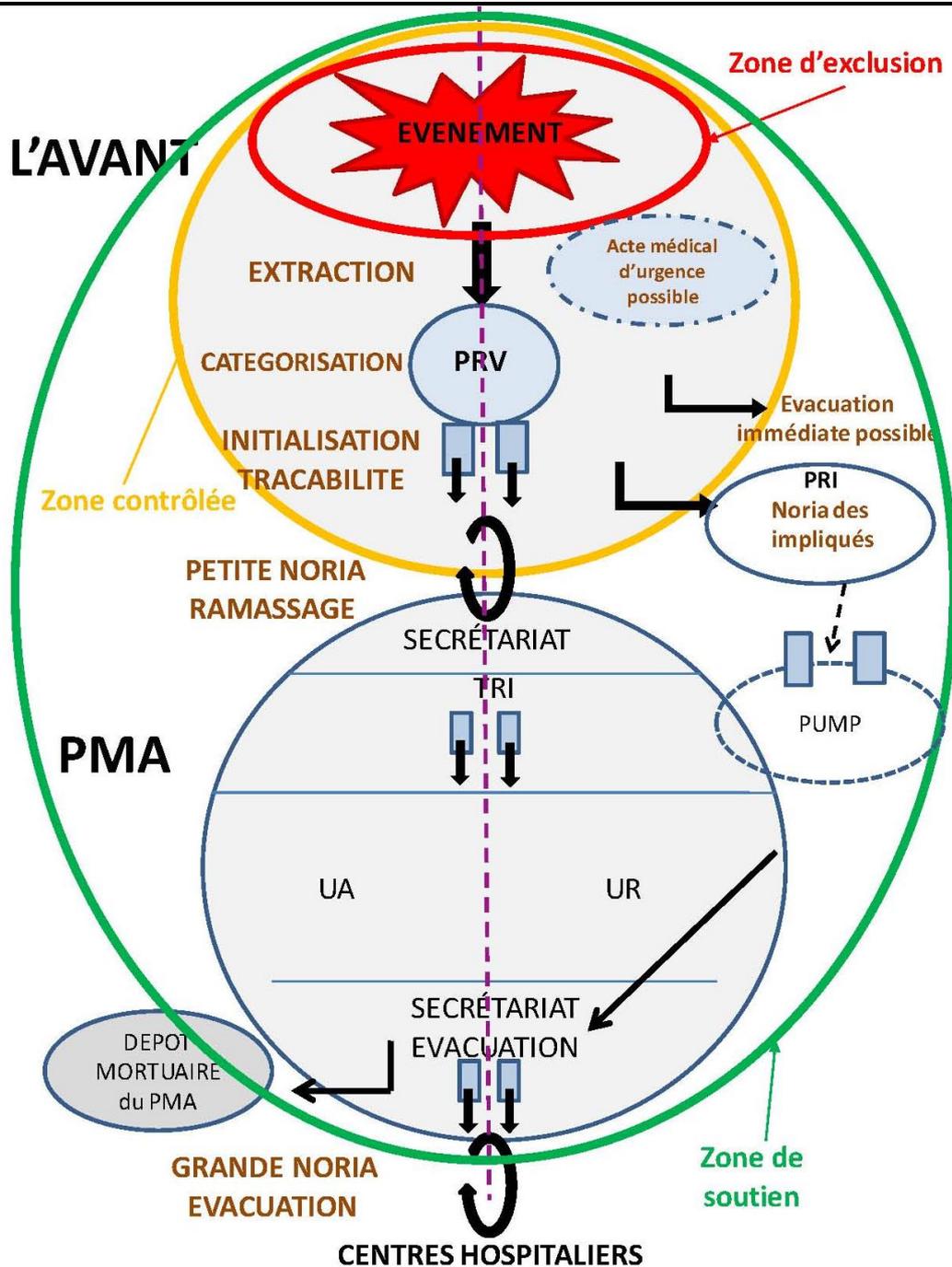
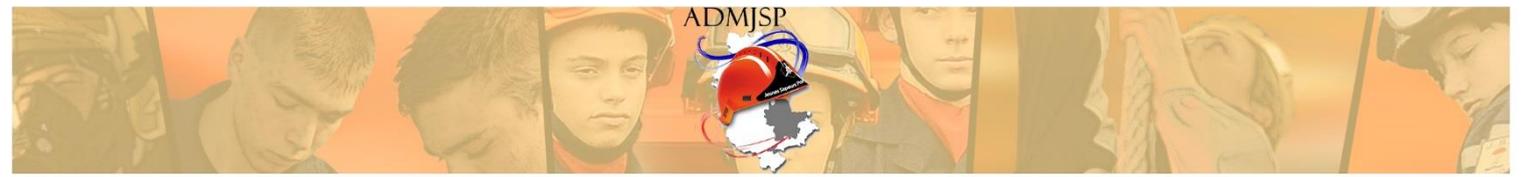
C'est une mutualisation des ressources dont l'objet est d'organiser les évacuations avec les moyens qui lui sont affectés conformément aux prescriptions de sorties.

Consiste à organiser les évacuations avec les moyens qui lui sont affectés.

Les évacuations sont effectuées à l'aide des moyens du SDMIS, des moyens du SAMU (SMUR terrestres ou hélicoptés), des associations conventionnées ainsi que des entreprises privées de transports sanitaires agréées, des moyens de l'État (DRAGON 69) ou de tout autre moyen réquisitionné par le DOS sur proposition du COS.



Les intervenants portent un brassard ou une chasuble de couleur bleue.



Si les conditions de l'intervention le permettent, la zone contrôlée peut être confondue avec la zone de soutien.



H. NOVI ALPHA :

Le plan ORSEC NOVI défini précédemment fait l'objet d'une adaptation spécifique afin :

➔ De répondre à un contexte opérationnel atypique :

- ↺ De nombreuses personnes décédées,
- ↺ Des blessés graves par armes de guerre,
- ↺ Des victimes et des impliqués en fuite,
- ↺ Des tireurs en action et un risque de sur-attentat,
- ↺ Des zones non sécurisées,
- ↺ Des accès interdits, difficiles,
- ↺ De nombreuses fausses alertes,

➔ De mettre en œuvre une stratégie priorisant l'évacuation régulée des victimes dans le but d'une prise en charge médico-chirurgicale précoce avec :

- ↺ Des traitements simplifiés face au nombre et à la nature des blessures,
- ↺ Des évacuations rapides vers les établissements de santé identifiés par la régulation du SAMU à l'instant T (capacité d'accueil, compétences spécifiques, etc.) pour effectuer des actes principalement chirurgicaux.

Cette variante est dénommée NOVI ALPHA.

La régulation médicale par le SAMU et le triage médical précoce sont des éléments clés.

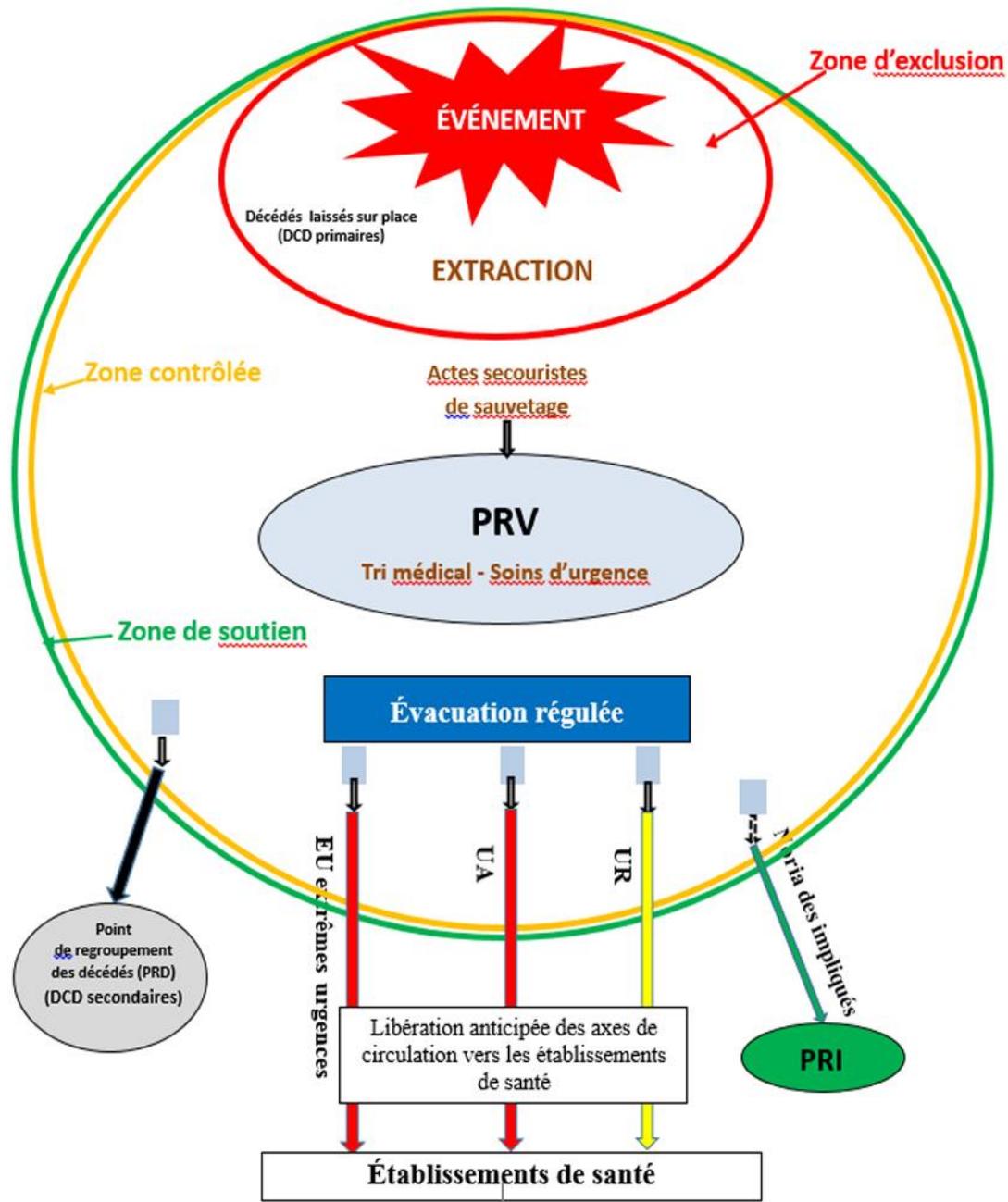
Les évacuations régulées se feront rapidement vers les établissements de santé adaptés, sur la base des informations actualisées fournies par la régulation du SAMU et des données de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ces informations seront transmises aux structures de commandement

➔ Sur les lieux de l'événement de mettre en place une organisation particulière conformément à la fiche n° 4 ter « Organisation des secours – Variante Alpha priorisant l'évacuation régulée ».

Permettant d'adapter l'organisation opérationnelle à un contexte particulier, cette variante NOVI ALPHA est une option supplémentaire à disposition du DOS, sur proposition du COS, et après avis du DSM.

Elle peut être mise en œuvre en tant que besoin totalement ou partiellement que ce soit dans le temps ou dans l'espace.

Le PMA n'est pas mis en place.



I. NOVI TRÈS NOMBREUSES VICTIMES (T NOVI) :

Face à un très grand nombre de victimes sur un seul site et en fonction des configurations géographiques de l'intervention, l'organisation mise en place repose sur la base des dispositions générales.

Afin de faire face à un flux plus important de victimes, un ou plusieurs PRV peuvent être établis et plusieurs chaînes médicales sont activées en parallèle.



J. NOVI MULTISITES :

Le retour d'expérience (attentat du 11 mars 2004 à Madrid notamment) permet d'établir des scénarii complexes induisant simultanément ou à intervalle réduit un ou plusieurs lieux de sinistre affectant une foule importante de plusieurs milliers de personnes (environ 2 000 personnes).

L'analyse de la typologie des flux de personnes à traiter, dans ces situations, démontre la répartition suivante :

- ↳ **50 % de flux spontané** de personnes plus ou moins atteintes ne passent pas par la chaîne des secours et se présentent spontanément dans les structures hospitalières.
- ↳ **50 % de flux dirigé** de personnes sont prises en charge par les secours.

Ainsi, sur une base d'environ 2 000 personnes :

- ↳ 10 % de décédés (environ 200 personnes),
- ↳ 15 % d'urgence absolue (environ 300 personnes),
- ↳ 25 % d'urgence relative (environ 500 personnes).

Ce concept dénommé « Plan NOVI MULTISITES » ne se substitue pas au plan nombreuses victimes mais en constitue une modalité.

Le présent dispositif détermine une organisation et fixe des procédures destinées à faire face à un grand nombre de victimes sur plusieurs sites.

Dans le cas où les sinistres impactent un grand nombre de victimes sur plusieurs sites, l'événement est conduit sous l'autorité du directeur des opérations de secours (DOS) et sous le commandement du COS assisté du Directeur des Secours Médicaux (DSM).

Cette opération de secours s'inscrit dans les principes nationaux qui consacrent l'unicité du commandement des opérations de secours dans la mise en œuvre opérationnelle des moyens publics ou privés.

Afin de coordonner et diriger l'opération de secours, le COS désigne par lieu de sinistre un officier supérieur de sapeur-pompier, chef de site, comme représentant. En l'absence du COS sur le site, cet officier assure la coordination interservices et décline le plan d'action que celui-ci aura élaboré.

Ce chef de site est assisté d'un médecin responsable de site en charge des aspects médicaux de la chaîne de traitement des victimes.

K. NOVI PARTIEL :

Si les circonstances laissent présumer qu'il pourrait résulter d'un attentat, le COS peut proposer au Préfet l'activation du plan NOVI PARTIEL.



Ce plan NOVI partiel est composé d'un volume de moyens suffisants, inférieur au volume initial, prévu dans le plan NOVI. Ce dispositif permet notamment de se prémunir du risque de sur-attentat.

L. SMV AVEC LIBERATION DE SUBSTANCES DANGEREUSES :

Des sinistres, qu'ils soient accidentels ou volontaires, peuvent exposer de nombreuses personnes, y compris les premiers équipiers secouristes, à une intoxication et/ou une contamination par des produits radiologiques, chimiques ou biologiques.

Le produit toxique peut pénétrer par la peau, les muqueuses, les voies respiratoires et l'appareil digestif et entraîner une intoxication de la victime.

La gravité de cette intoxication dépend de la nature du produit, de la durée d'exposition et de la victime.

Pour limiter les conséquences de la libération d'un produit toxique, éviter un transfert de contamination et assurer une prise en charge correcte des victimes et des personnes exposées, l'action de la première équipe de secours est primordiale.

Ce chapitre est développée dans les cours sur les risques technologiques :

- ↪ Risques chimiques,
- ↪ Risques radiologiques,
- ↪ Risques biologiques.



ANNEXE 1

Définitions des termes

Zone d'exclusion : c'est la zone de danger. Ne peuvent y pénétrer que les intervenants autorisés par le COS, revêtus des équipements de protection individuelle adaptés et sous la responsabilité de leur hiérarchie.

Zone contrôlée : c'est la bande qui sépare la zone d'exclusion et la zone de soutien. C'est une zone de sécurité et de préparation technique des intervenants en zone d'exclusion. L'accès est soumis à l'autorisation du COS.

Zone de soutien : c'est la zone d'implantation des moyens des sapeurs pompiers et des services autorisés. Elle est tenue par les forces de l'ordre. L'accès est soumis à l'autorisation du COS.

Zone de l'avant : zone où se déroule l'action primaire qui permet de supprimer les causes de l'accident, du sinistre ou de la catastrophe ou d'en limiter ses effets, d'extraire et mettre en sécurité les victimes et les impliqués (extraction) et de les regrouper de manière rapide au point de regroupement des victimes (PRV).

Impliqué : personne qui n'ayant subi à priori aucun dommage physique ou psychique immédiat apparent et directement liée à l'événement (témoins). Elle ne rentre pas à priori dans la chaîne médicalisée des secours sauf si son état de santé vient à évoluer.

Victime : personne concernée directement ou indirectement par l'événement dont l'état nécessite la prise en charge par la chaîne médicalisée des secours. Elles sont catégorisées selon leur état en victime décédée (DCD), en urgence absolue (UA) ou urgence relative (UR).

On peut distinguer le cas de la victime non prise en charge par la chaîne médicalisée des secours et pouvant le cas échéant se présenter spontanément à une structure hospitalière. Elle sera néanmoins prise en compte dans le bilan du DOS.

Victime décédée (DCD) : le décès est constaté par un médecin.

Urgence dépassée (UD) : Etat pré mortem ne justifiant pas une prise en charge médicale au regard des moyens disponibles.

Urgence absolue (UA) : victime dont le pronostic vital est immédiatement engagé.

Urgence relative (UR) : victime dont le pronostic vital n'est pas immédiatement engagé. Les victimes identifiées comme urgence médico-psychologique sont classées UR.



Catégorisation des victimes : la notion de catégorisation des victimes est déterminée :

- ↪ En fonction d'un bilan secouriste rapide effectué soit à l'avant, soit au niveau du PRV. C'est « le REPÉRAGE SECOURISTE »,
- ↪ En fonction d'un bilan médical au niveau du PMA. C'est le « TRI ».

La catégorisation des victimes est un des éléments de dimensionnement de l'intervention.

Petite noria de ramassage : circuit des victimes effectué entre le PRV et l'entrée du PMA.

Poste médical avancé (PMA) : situé au plus près du chantier et préservé des évolutions du sinistre. Il permet la prise en charge médicale et la stabilisation des victimes avant leur évacuation vers une structure d'accueil adaptée.

Grande noria d'évacuation : circuit des victimes effectué entre le PMA et les structures d'accueil.

Dénombrement - Traçabilité : action permettant de dénombrer les victimes, et de connaître leur parcours dans la chaîne des secours. L'initialisation de la traçabilité se fait en principe au PRV.

Secrétariat PMA : point de passage obligatoire pour toute victime entrant ou sortant du PMA. Cette fonction se décline en 2 fonctions :

- ↪ Secrétariat TRI,
- ↪ Secrétariat ÉVACUATION.

La traçabilité des victimes est également établie au secrétariat EVACUATION.

Point de Regroupement des Impliqués (PRI) : lieu préservé des évolutions du sinistre où sont rassemblés tous les impliqués identifiés par les acteurs du secours. En cas d'afflux important d'impliqués un centre d'accueil des impliqués (CAI) peut être mis en place.

Tri : le tri entre dans le champ de la catégorisation médicale des victimes.

- ↪ Il est effectué par un médecin, à priori à l'entrée du PMA.
- ↪ Les priorités de soins seront déterminées à ce stade.



Annexe II

3 Exemples de fiches missions composantes de l'IT ORSEC NOVI

FICHE MISSIONS	PRÉFET (dispositions générales ORSEC AP du 18/10/2012)	CHAPITRE F
		FICHE N°2
Préfet ou son représentant	Alerté par le SIDPC	
		Présence au COD et PCO

PRÉSENTATION ET RÔLE

Le préfet a la charge des intérêts nationaux, du contrôle administratif et du respect des lois. Représentant de chacun des membres du Gouvernement dans le département, il est le garant de la conduite, de la continuité et de la cohérence des actions de l'État.

Il assure la permanence de l'Etat et la sécurité des citoyens.

Autorité de police administrative générale, le préfet de département assure la direction des opérations de sécurité civile destinées à assurer la protection des populations dès que la dimension de l'évènement le justifie et/ou dépasse les compétences du maire. Il assure notamment, dans ce cadre, la fonction de « directeur des opérations de secours » (DOS) en substitution du maire, qui est DOS en première intention.

Il approuve les dispositions générales et spécifiques du plan « organisation de la réponse de la sécurité civile » (ORSEC) et décide leur activation. Il peut alors mobiliser et/ou réquisitionner l'ensemble des moyens publics et privés nécessaires (Cf. fiche Préfet, directeur des opérations de secours).

ACTIONS IMMÉDIATES

- Décider de l'Organisation de la Réponse de Sécurité Civile au regard de la situation de crise.
- Décider de prendre la direction des opérations de sécurité civile dont celle des opérations de secours.
- Décider de prendre en charge la communication.

ACTIONS À ANTICIPER

- Mobiliser les acteurs concernés au regard de la gestion de crise.
- Décider de l'ouverture d'un COD si la situation l'exige.
- Demander d'activer la CIP si la situation l'exige.
- Organiser la communication.



FICHE MISSIONS	SDMIS Service départemental - métropolitain d'incendie et de secours	CHAPITRE F
		FICHE N°3
		dispositions générales ORSEC - AP du 18/10/2012
Directeur départemental – métropolitain d'incendie et de secours ou son représentant		

PRÉSENTATION ET RÔLE

Conseiller technique du préfet, il est placé sous son autorité dans le cadre de ses pouvoirs de police administrative.

Le SDMIS assure :

- Les missions de prévention, de protection et de lutte contre les incendies.
- Les missions de prévention, de protection et de lutte contre les autres accidents, sinistres, catastrophe.
- Les missions de prévention, de protection contre les risques technologiques ou naturels.
- Les secours d'urgence aux victimes et leur évacuation.

Le DDMSIS ou son représentant assure le COS.

ACTIONS IMMÉDIATES

- Désigner le commandant des opérations de secours (COS).
- Par l'intermédiaire du CODIS, alerter le SIDPC et les maires concernés de l'activation du plan.
- Informer le COZ et ouvrir « un événement » dans l'application SYNERGI.
- Prévoir la montée en puissance du CODIS et des moyens engagés.
- Participer au COD.

ACTIONS À ANTICIPER

- Désigner un officier de liaison PCO → COD chargé de transmettre des informations au COD sur la situation et l'ambiance générale de l'intervention, les moyens engagés, les perspectives d'évolution de l'évènement, l'environnement médiatique (mission CODIS).
- Proposer au COS les renforts nécessaires (mission CODIS).
- Préserver, dans la mesure du possible, des traces et indices pour l'enquête judiciaire.
- Participer au retour à la normale.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

FICHE MISSIONS	SAMU	CHAPITRE F
	(Dispositions générales ORSEC AP du 18/10/2012)	FICHE N° 5
	+ Actions spécifiques ORSEC NOVI	
Responsable du SAMU ou son représentant		Alerté par le SIDPC ou CODIS
		Présence au PCO

PRÉSENTATION ET RÔLE (cf. référentiel secours à personne arrêté du 24 avril 2009)

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui "a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état", le SAMU, service hospitalier, a pour mission "de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, le SAMU joint ses moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SDIS".

Le SAMU comporte un centre de réception et de régulation des appels (CRRA).

Le SAMU assure la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre cet objectif il :

- assure une écoute médicale permanente,
- détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient,
- organise, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- veille à l'admission du patient.

Dans ce cadre, et sans préjudice des prérogatives de ses autorités de tutelle, outre ses moyens propres et ceux des SDIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont :

- les transports sanitaires privés,
- les médecins et paramédicaux libéraux.

ACTIONS IMMÉDIATES

- Être présent au PCO et participer à la mise en place du dispositif.
- Coordonner et mettre en œuvre l'action de ses moyens conformément aux orientations du COS.
- Prendre en charge la médicalisation des victimes, en cohésion avec les éventuelles équipes SSSM paramédicales ou médicales disponibles.
- Participer dans le périmètre d'exclusion avec les médecins du SDMIS à la médicalisation de victimes dans les conditions fixées par le COS, sauf dispositions particulières contraires.
- Réguler les transports des victimes vers les établissements de santé adaptés à l'état et la pathologie de celles-ci (interface avec le CRRA centre 15).
- Tenir à disposition du DOS et du COS le bilan des victimes prises en charge et évacuées.
- Mobiliser, le cas échéant, la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).

ACTIONS À ANTICIPER

- Rendre compte à son autorité de tutelle.
- Tenir à jour l'état des possibilités d'accueil hospitalier en lien avec la cellule de crise des HCL et ARS.
- Préparer la montée en puissance des moyens médicaux.

ACTIONS SPECIFIQUES NOVI

Le SAMU et les SMUR

- Assure la fonction de Directeur des Secours Médicaux (DSM).
- S'intègrent dans les structures de commandement et aux points clés de la chaîne de traitement des victimes.