



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

UV J.S.P. 3

Module : PS



Version 2



I. - DEFINITIONS – GENERALITES :

A. - DEFINITIONS :

Victime : personne présente sur le lieu de l'événement, pouvant présenter un dommage physique ou psychologique, directement causé par celui-ci. Elle est catégorisée selon son état par les secours en "blessée" ou "décédée" ou "impliquée".

Blessé : victime non décédée, dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes d'aide médicale urgente. Elle est catégorisée selon son état par les secours en :

UA ➔ Urgence absolue : victime dont le pronostic vital est immédiatement engagé

UR ➔ Urgence relative : Victime dont le pronostic vital n'est pas immédiatement engagé.

Impliqué : victime non blessée physiquement, exposée à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique.

Décédé : victime dont le décès est constaté par un médecin.

L'avant : lieu de l'événement fixé par la limite des impacts dévastateurs de celui-ci et de son évolution possible, sur les personnes et les biens.

Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) : structure médicale d'urgence, rattachée au SAMU, assurant la prise en charge médico-psychologique immédiate et post-immédiate des victimes. La CUMP est composée de personnels et professionnels spécialistes ou compétents en santé mentale (psychiatres, psychologues, infirmiers), formés sur la base d'un référentiel national, et volontaires.

Centre d'accueil des familles (CAF) : lieu d'accueil unique pour les victimes et leurs proches. Il a pour objectif de permettre aux personnes recherchant un proche de se signaler, d'être informées de la situation de la personne qu'elles recherchent, de bénéficier d'un soutien et d'une prise en charge médico-psychologique adaptée et de fournir les éléments nécessaires à la cellule ante mortem de la police judiciaire le cas échéant. Il se met généralement en place à la fin des opérations de secours.

Centre d'accueil des impliqués (CAI) : structure d'accueil de toute personne non blessée physiquement, présente ou à proximité immédiate du lieu de l'événement, et ayant éventuellement besoin d'une prise en charge médico-psychologique. Le CAI est mis en place par le COS, en lien avec le COPG, sur un site proche de l'événement et dans une zone sécurisée. Il est fermé à la fin des opérations de secours.



Corridor d'extraction : Sous l'autorité du COPG, et en lien avec le COS et selon la situation rencontrée, il peut être mis en place un ou plusieurs corridors d'extraction de victimes. Ce ou ces corridors s'établissent entre le ou les points d'extraction de victimes (PEV) situés en zone contrôlée et le ou les points de regroupement des victimes (PRV) situés en zone de soutien

Damage control : doctrine de soin consistant à prodiguer en première intention les soins immédiatement indispensables (arrêt des grandes hémorragies, sécurisation des voies aériennes...) pour assurer la survie du blessé sans chercher à traiter définitivement la totalité de ses lésions dont le traitement médical est différé de quelques heures. Le damage control peut être réalisé sur le site de l'événement (damage control pré hospitalier) et/ou au sein d'un établissement de santé (damage control chirurgical).

Dénombrement : production, durant le temps de la gestion de la crise de l'avant, d'une liste unique numérotée et catégorisée des victimes de l'événement, pouvant être enrichie de renseignements complémentaires.

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

GRES : groupe de reconnaissance, d'extraction et de sauvetage du SDMIS, Ce groupe dispose d'équipements de protection balistique et peut, après validation du COPG et sous protection des FSI, s'engager dans les corridors d'extraction.

Liste des victimes (LV) : recense les personnes décédées à la suite du ou des accidents collectifs ou actes de terrorisme, les personnes blessées ayant subi un dommage physique et/ou psychique directement lié à l'événement et éventuellement les personnes impliquées exposées directement à un risque immédiat de mort ou de blessure et pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Elle est établie par le procureur de la République compétent.

Nids de victimes : Les victimes sont extraites de la zone de contact et regroupées en zone de reprise au sein d'un ou de plusieurs nids de blessés où elles reçoivent, dans la mesure du possible, des secours d'urgence notamment par le médecin du GIGN/RAID.

ORSAN « AMAVI » : Le dispositif ORSAN (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles) organise et adapte les soins au niveau régional afin de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les personnes malades puissent bénéficier des soins appropriés.

Un des volets, concerne l'accueil massif de victimes non contaminées (« ORSAN AMAVI »).

Parcours de soins : succession des étapes de la prise en charge de la victime par un professionnel de santé au plus près de l'événement et jusqu'à la réhabilitation du patient. Le parcours de soins est adapté aux victimes et au contexte.

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



Point d'extraction des victimes (PEV) : Situé en zone contrôlée, ce point permet au FSI de regrouper les victimes qui peuvent être mobilisé afin de faciliter leur extraction vers le PRV.

Point de Regroupement des Impliqués (PRI) : lieu préservé des évolutions du sinistre où sont rassemblés tous les impliqués identifiés par les acteurs du secours.

Point de regroupement des moyens (PRM) : zone de regroupement de tous les moyens opérationnels n'ayant pas reçu de mission (réserve susceptible d'être engagée en tout point du dispositif).

Point de rassemblement des victimes (PRV) : lieu de mise à l'abri des victimes (blessées et impliquées) avant leur transfert vers un établissement de santé, le PMA ou le CAI. Le PRV peut être éventuellement médicalisé et permet la réalisation de gestes de soins extrêmement urgents notamment en l'absence de PMA.

Point de passage obligé (PPO) : point par lequel doit transiter l'ensemble des moyens opérationnels, avant tout engagement sur zone ou envoi vers le PRM. Il est déterminé par le COS et le COPG et est en lien direct avec les postes de commandement (PC) services.

Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) : tout lieu où intervient la CUMP lors d'un événement pour prodiguer les soins médico-psychologiques (ex : PMA, CAI, CAF, IML, établissement de santé, PUMP téléphonique au niveau du SAMU...).

Poste médical avancé (PMA) : site de prise en charge médicale initiale ou complémentaire et de stabilisation des victimes avant leur évacuation, après régulation médicale par le SAMU, vers un établissement de santé adapté. Il est situé au plus près de l'événement, en zone sécurisée et préservé des évolutions du sinistre.

Secours médicaux à victime : chaîne pré hospitalière des secours et des soins médicaux prodigués aux victimes durant la gestion de crise de l'avant.

Témoin : dans le cadre d'un attentat ou d'un accident collectif, tout blessé et tout impliqué est susceptible d'être entendu comme mis en cause ou comme témoin. Sa prise en charge judiciaire variera selon la nature de leur implication.

Triage des victimes : détermination des degrés de priorité dans lesquels les victimes vont être traitées et évacuées. Il est mis en place tout au long de la chaîne de prise en charge des victimes, du terrain jusqu'à l'établissement de santé.

Zone d'exclusion (rouge) : zone de danger immédiat, c'est un espace non sécurisé dans lequel le sinistre n'est pas contrôlé ou dans lequel la menace n'est pas maîtrisée ou neutralisée. Seules les unités désignées par le responsable de cette zone sont autorisées à y pénétrer. Cette zone est définie d'initiative et dès le début de l'intervention par le responsable de la zone (dispositif sommaire), mais son périmètre peut être modifié à tout moment, en cours d'action, par le responsable de la zone en fonction de la cinétique de l'événement (mode d'action des terroristes, évolution du sinistre...).



Zone contrôlée (orange) : zone-tampon mobile et évolutive qui protège la zone d'exclusion de toute présence indésirable afin de pouvoir disposer de l'espace et de la profondeur nécessaires à la manœuvre des forces de sécurité intérieure et/ou des secours.

Zone de soutien (verte) : portion de terrain la plus étendue située à la périphérie de la zone contrôlée. Cette zone est sécurisée par les forces de l'ordre (contrôle des accès), mais peut aussi l'être par les armées (bouclage). Les PC services, le PRV, le PMA, le PUMP, le CAI, les drop zone (DZ) et le PRM sont mis en œuvre dans cette zone de soutien.

B. - CHAMP D'APPLICATION :

Le dispositif ORSEC est organisé en dispositions générales et en dispositions spécifiques (se reporter au cours sur les plans de secours).

Le plan ORSEC « nombreuses victimes » ou NOVI, a pour objet de définir l'organisation permettant la prise en compte de nombreuses victimes sur les lieux d'un événement.

Le dispositif s'inscrit dans la doctrine française de secours et de soins médicaux en situation de catastrophe, il prend en compte la totalité des mesures à mettre en œuvre :

- L'alerte des acteurs ;
- La préservation de la sécurité et l'accès aux abords de sites ;
- La prise en charge pré hospitalière des blessés ;
- La prise en charge des impliqués ;
- Le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes.

L'ensemble de ces missions est coordonné par une structure de commandement connue de tous et placée sous l'autorité du préfet de département (DOS)

Le plan ORSEC NOVI intéresse l'ensemble des acteurs mobilisables (publics, privés et associatifs), y compris les moyens militaires, pour mettre en œuvre les mesures mentionnées ci-dessus. La pierre angulaire de ce dispositif est la prise en charge de toutes les victimes.

1. - Articulation du dispositif ORSEC NOVI avec l'ORSEC « Tuerie de masse » :

Le dispositif ORSEC NOVI vient en complément de l'organisation prévue dans l'ORSEC « tuerie de masse » qui apporte des spécificités sur l'action primaire et le commandement des opérations.

Il est notamment précisé :

- La définition et sécurisation de la zone d'intervention ;
- L'interface Force de Sécurité Intérieure (FSI) / SDMIS ;
- L'extraction des victimes ;



- Le commandement (force menante / concourante) ;
- La prise en charge spécifique des blessés intervenants.

2. - Articulation du dispositif ORSEC NOVI avec le dispositif ORSEC « NRBC » :

L'ORSEC NOVI est complémentaire de l'organisation prévue dans l'ORSEC « NRBC » qui apporte des spécificités sur l'action primaire, la mise en œuvre du PRV et la décontamination.

Le dispositif NOVI est mis en œuvre en aval du PRV ou de la décontamination. Ce mode d'action définit également le commandement des opérations.

3. - Articulation du dispositif ORSEC NOVI avec les autres dispositifs ORSEC :

Le dispositif ORSEC « NOVI » a pour objectif de définir l'organisation permettant la prise en charge de nombreuses victimes dans toutes les circonstances. Il doit être capable de s'adapter au contexte de l'événement.

Selon la gravité et la nature de la situation, tout autre dispositif ORSEC prévu dans les dispositions générales peut être mise en œuvre simultanément par l'autorité préfectorale, notamment :

- Alerte et information des populations ;
- Cellule d'information du public ;
- Soutien des populations.

S'inscrivant dans le dispositif ORSEC du Rhône, il pourra être complété en tant que de besoin par l'activation des plans ORSEC spécifiques liés à des risques ou sites propres :

- ORSEC Fête des lumières ;
- ORSEC Métro...

Le NOVI s'articule avec le dispositif ORSAN AMAVI (organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles et accueil massif de victimes).

II. - MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF ORSEC NOVI :

Chaque acteur public ou privé recensé dans l'ORSEC NOVI doit notamment :

- ✚ Assurer en permanence les missions qui lui sont dévolues par le Préfet ;
- ✚ Préparer sa propre organisation de gestion de l'événement et en fournir la description sommaire au Préfet. Les procédures opérationnelles propres à chaque service doivent découler de l'ORSEC NOVI.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Les types d'événements susceptibles de nécessiter la mise en œuvre de l'ORSEC NOVI sont extrêmement variés :

- Catastrophe naturelle : événement climatique...
- Accident industriel : explosion d'usine, nuage toxique, accident nucléaire...
- Accident de transport : bus, train, aérien, carambolage, bateau...
- Accident de site : mouvement de foule, intoxication au monoxyde de carbone, incendie...
- Crise de sécurité et d'ordre public : émeute, attaque...
- Crise sanitaire : toxi-infection alimentaire collective (TIAC)...

Cependant, les actions à exécuter suivent une même logique opérationnelle. Ces missions peuvent être mises en œuvre en tout ou partie selon la typologie de l'événement, les risques et le contexte local.

L'ORSEC « NOVI » a vocation à s'adapter à toutes les situations présentant de nombreuses victimes, sans être limité par l'envergure de l'intervention.

Ainsi, la montée en puissance des moyens et de l'organisation mise en place se fera par les organes de commandement, sur la base des informations transmises par les intervenants de terrain.

Les modalités prévues par l'ORSEC NOVI zonal peuvent être mises en œuvre afin de permettre de bénéficier de l'ensemble des ressources de la zone de défense et de sécurité et du niveau national (moyens d'interventions, renforts humains...).

A. - RISQUE COURANT : ACTIONS DES PRIMO-INTERVENANTS DANS LE CADRE DU SSUAP :

1. - Principes et objectifs :

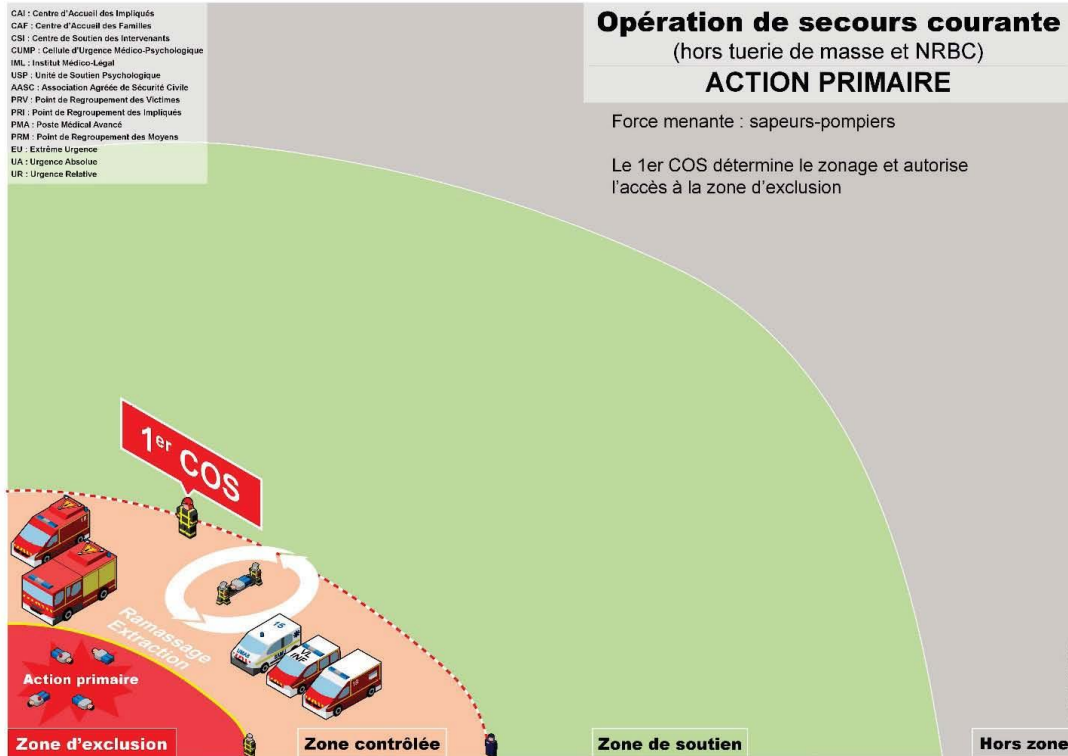
Les primo-intervenants sont les premiers moyens du SDMIS, des FSI ou du SAMU à se présenter sur les lieux.

Leurs missions consistent à :

- Réaliser une première évaluation de la situation ;
- Informer les différents centres opérationnels afin de permettre l'engagement opérationnel des moyens les plus adaptés par les différents acteurs ;
- Mettre en place un premier périmètre de sécurité et proposer un PRM ;
- Mettre en œuvre les premières mesures, notamment en termes de traitement des victimes.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS



Les renseignements recueillis portent sur :

- La nature précise du sinistre, sa localisation exacte et les circonstances de l'événement ;
- L'estimation du nombre et l'état présumé des victimes ;
- La définition des éléments structurants et leur positionnement ;
- Tout autre élément d'information susceptible d'intéresser l'organisation des secours et la protection du ou des site(s), notamment les risques et menaces existants.

Ces renseignements sont partagés entre les différents centres opérationnels (CODIS, CRRA, CIC, CORG).

Ainsi, les 1^{er} intervenants évaluent globalement la situation et veillent notamment à :

- Transmettre un bilan circonstanciel et médical aux centres opérationnels afin d'organiser l'envoi de renforts ;
- Choisir les lieux d'implantation des points de rassemblement des victimes (PRV) ;
- Catégoriser les premières victimes ;
- Mettre en œuvre la protection du site (zonage du site, déviations nécessaires et régulation de la circulation) ;
- Regrouper les impliqués en vue de leur identification, de leur dénombrement et, le cas échéant, d'une prise en charge médico-psychologique ;
- Débuter le conditionnement et la prise en charge médicale des victimes et leur évacuation rapide et régulée.



2. - Sécurisation et organisation de la zone d'intervention :

En cas d'acte de menace, le zonage sera adapté pour prendre en compte les risques présents et l'intervention des différents niveaux des FSI.

Le COS définit le zonage dans une crise à dominante sécurité civile, il est force menante. Le COPG est responsable de la mise en œuvre des mesures de sécurisation et de gestion des flux afin de permettre l'intervention en toute sécurité de l'ensemble des intervenants, il est force concourante. Les objectifs du zonage de la zone d'intervention consistent à :

- Définir un schéma tactique de crise interservices ;
- Assurer l'ordre public ;
- Garantir la sécurité des intervenants et des civils sur les lieux en évitant le sur-accident ;
- Protéger la zone d'intervention de toute intrusion (journalistes, familles, ...) ;
- Gérer les flux entrants et sortants.

Les périmètres des zones d'intervention sont modulables et évolutifs dans le temps.

Zone d'exclusion (zone rouge) :

Elle est la zone de danger immédiat. C'est un espace non sécurisé dans lequel le sinistre n'est pas contrôlé ou supprimé. Seules les équipes désignées par le COS sont autorisées à y pénétrer.

Cette zone est définie d'initiative et dès le début de l'intervention par le COS mais son périmètre peut être modifié à tout moment.

Zone contrôlée (zone orange) :

Elle est la zone-tampon mobile et évolutive qui protège la zone d'exclusion de toute présence indésirable afin de pouvoir disposer de l'espace et de la profondeur nécessaire à la manœuvre des équipes spécialisées et/ou des secours.

C'est une zone de travail et de préparation pour les secouristes et les équipes spécialisées.

Zone de soutien (zone verte) :

Elle est la portion de terrain la plus étendue située à la périphérie de la zone contrôlée. Cette zone est sécurisée par les forces de l'ordre. Cette zone est hors de portée de l'événement. Les PC, le PRV, le PMA, le CAI, les DZ et le PRM seront mis en œuvre dans cette zone de soutien.

Elle est définie par le COS en lien avec le DSM. Les FSI sont responsables de la tenue de la zone de soutien.



3. - L'action primaire :

3.1. - L'extraction des victimes :

L'action primaire permet la mise en œuvre des actions de secours et d'incendie permettant de supprimer les causes de l'évènement (extinction du feu, désincarcération, zone d'attentat etc.), d'en limiter ses effets et d'effectuer l'extraction des victimes et impliqués.

L'action primaire est mise en place par la 1^{ère} vague d'intervenants chargés de la reconnaissance et de la mise en œuvre des gestes de secours pour les victimes, en attendant la montée en puissance du dispositif de secours et des soins d'urgence.

Le ramassage primaire consiste en l'acheminement des victimes du site de l'évènement jusqu'au PRV. Cette action est réalisée en priorité par les moyens du SDMIS.

Dans le cadre d'une situation attentat, l'action primaire des secours consiste en l'extraction des victimes par les équipes GRES du SDMIS avec l'appui des FSI et la réalisation d'actions de contrôle hémorragique.

Ces actions sont soumises à des conditions d'intervention en zone à risque attentat définies dans l'ORSEC « tuerie de masse » ou « NRBC ».

3.2. - Le Secours et le Soins d'Urgence aux Personnes en interservices :

Une première catégorisation dite de « repérage secouriste » des victimes est effectuée sous la responsabilité du médecin responsable de l'avant.

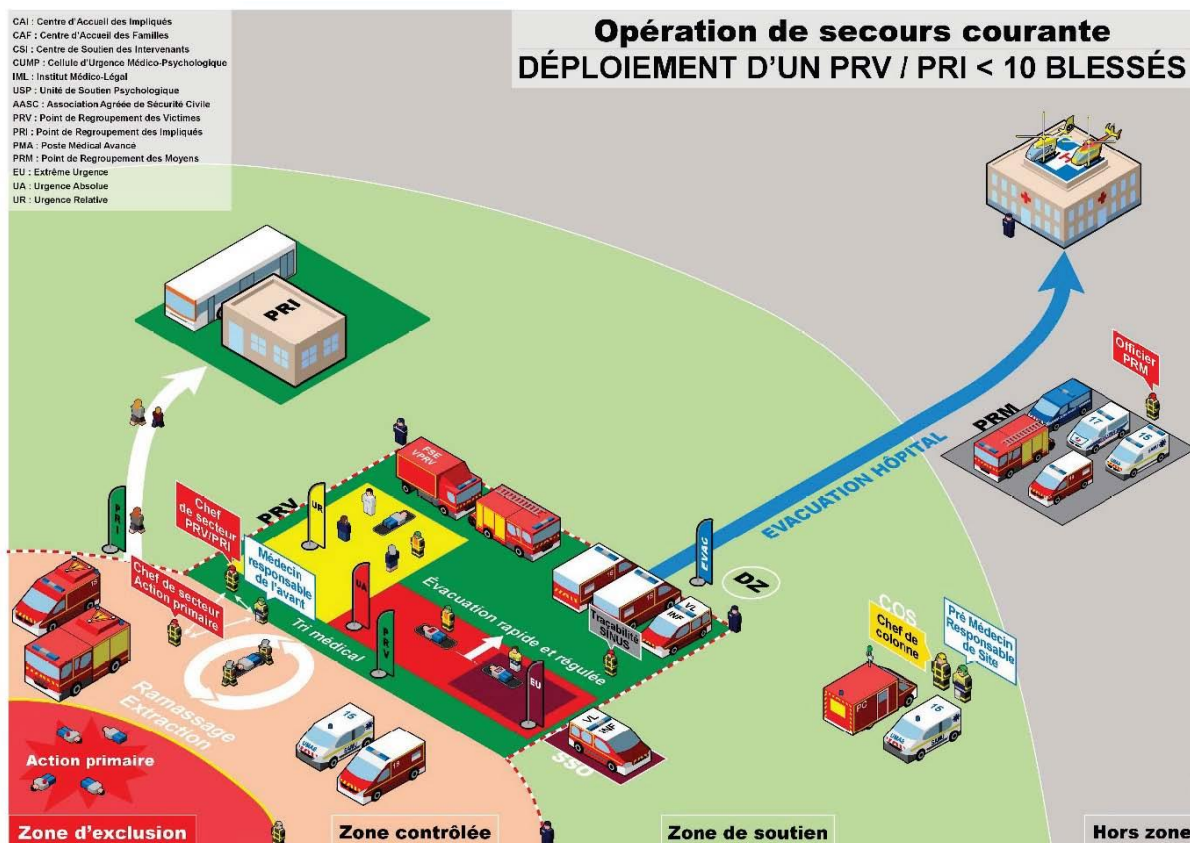
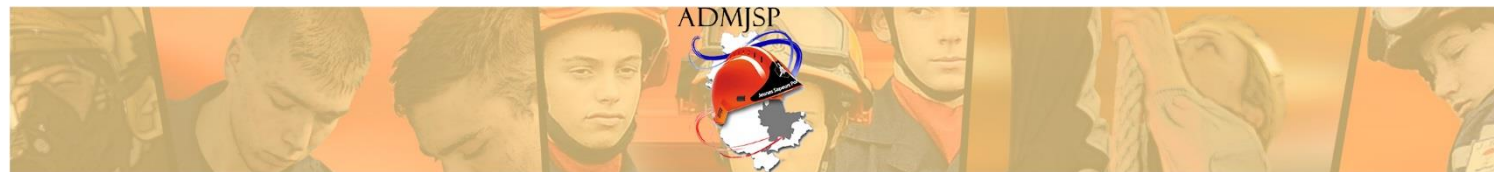
Elle est réalisée par les secouristes du SDMIS. Elle doit permettre de différencier les UA, les UR et les impliqués et faciliter ainsi la priorisation de traitement des victimes et le tri médical.

4. Mise en œuvre d'un PRV/PRI et évacuation rapide et régulée des victimes :

4.1. - Le tri médical au Point de Rassemblement des Victimes (PRV) :

Le PRV est situé le plus près possible du sinistre mais à l'abri de tout risque évolutif et dans une zone protégée sous la responsabilité de l'officier « chef de secteur PRV » en concertation avec le « chef de secteur action primaire ».

Le « médecin responsable de l'avant » est le conseiller médical des chefs de secteurs et commande les équipes médicales sur la zone de l'évènement et au PRV.



Le délai de prise en charge au PRV doit être le plus court possible. En fonction de leur catégorisation, les victimes peuvent être :

- Évacuées vers un établissement de santé, après régulation médicale par le SAMU ;
- Orientées vers le Point de Rassemblement des Impliqués (PRI) ;
- Transportées au PMA après activation PMA dans le cadre du plan ORSEC NOVI.

La régulation permettra l'évacuation des victimes vers les établissements de santé adaptés. La médicalisation au niveau du PRV correspond à un niveau de soins « de l'avant ».

4.2. - La prise en charge des impliqués au PRI :

Un point de rassemblement des impliqués (PRI) peut être mis en œuvre à la demande du COS et en accord avec le DSM, pour ne pas saturer le PRV en attendant le transfert au centre d'accueil des impliqués (CAI).

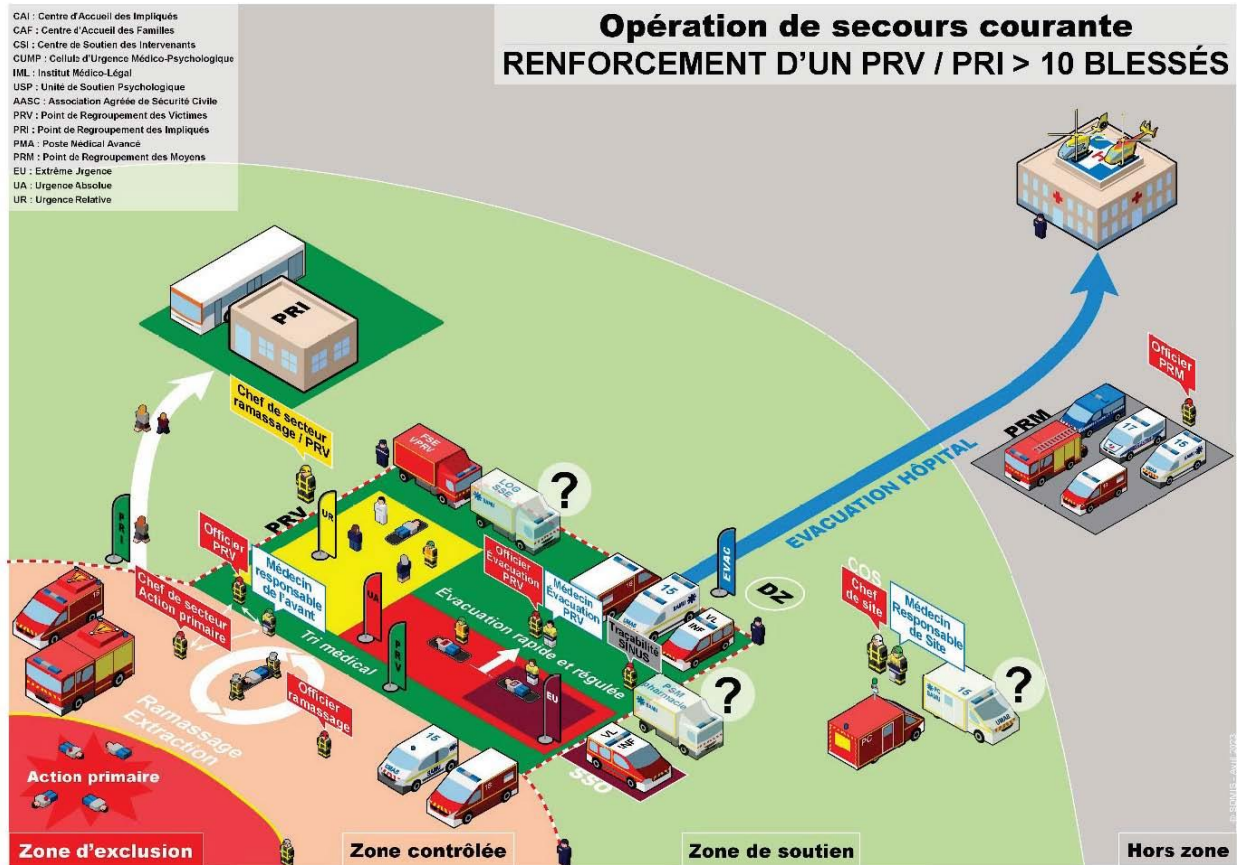
4.3. - L'évacuation rapide et régulée des victimes :

Il est nécessaire de mettre en œuvre une stratégie priorisant l'évacuation rapide et régulée des victimes dans le but d'une prise en charge médico-chirurgicale précoce avec :

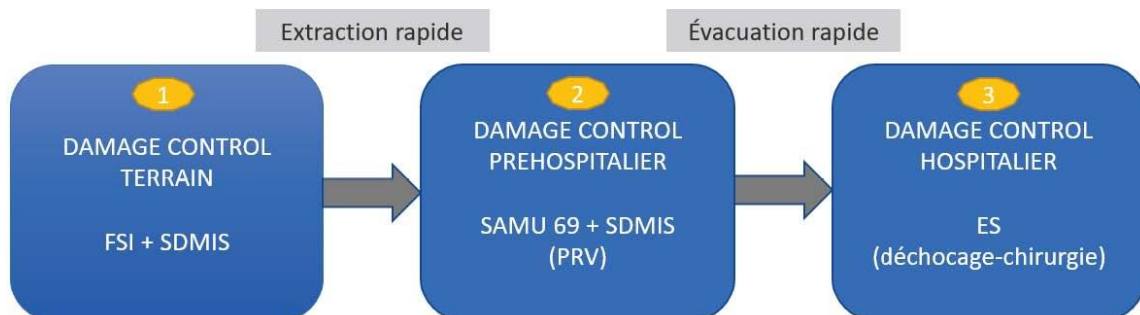


ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

- Des traitements simplifiés face au nombre et à la nature des blessures (damage control) ;
- Des évacuations rapides vers les établissements de santé identifiés par la régulation du SAMU pour effectuer des actes principalement chirurgicaux.



Pour permettre la prise en charge hospitalière des victimes le plus rapidement possible, il convient, au préalable que l'ARS et le SAMU puissent disposer des capacités de prise en charge des établissements de santé et de leur condition de mise en oeuvre :



- Pour les événements non prévisibles, le plus rapidement possible et avec la meilleure anticipation, pour chaque établissement ;



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

- Pour les événements prévisibles (grands rassemblements), de manière programmée et adaptée pour chaque établissement.

Les évacuations régulées se font le plus rapidement possible vers les établissements de santé adaptés, sur la base des informations actualisées fournies par la régulation du SAMU et des données de l'ARS. Pour cela le PRV peut être renforcé d'un médecin évacuation, d'un officier évacuation et de moyens de transport permettant l'acheminement des victimes vers les hôpitaux.

Dans ce cadre opérationnel, un officier du SDMIS assure les fonctions de chef de secteur ramassage et PRV et permet la coordination entre le ramassage, le PRV et l'évacuation.

4.4. - La gestion des intervenants blessés :

Un circuit d'évacuation prioritaire est mis en place dans les meilleurs délais au profit des victimes catégorisées en urgence absolue, appartenant aux secours ou aux FSI.

L'identité et le nombre de personnels blessés ne doivent à aucun moment être divulgués.

B. - ACTIVATION DU PLAN ORSEC NOVI :

1. - Critères de déclenchement :

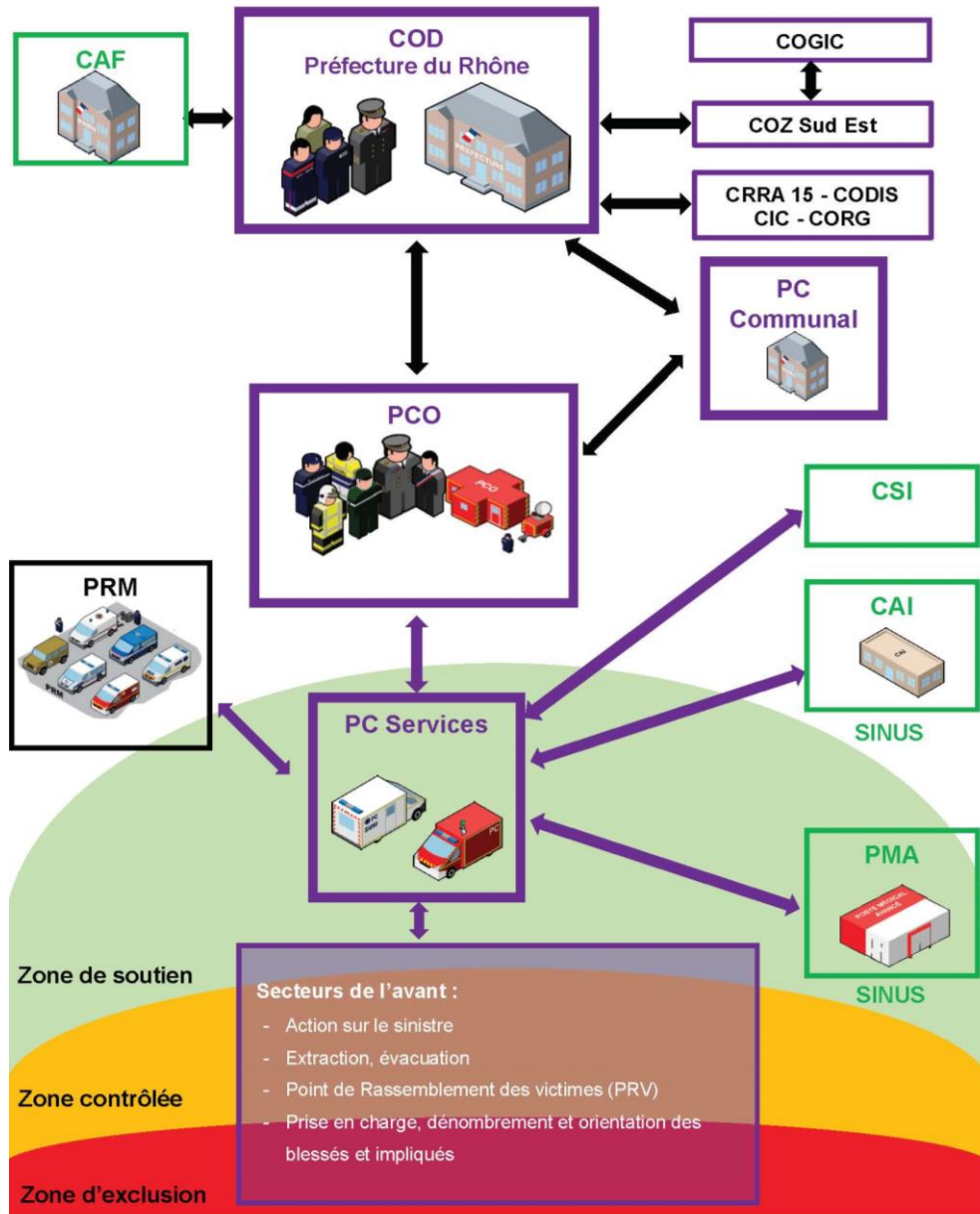
La notion de « seuil d'activation » de l'ORSEC NOVI n'est pas retenue.

L'activation de ce dispositif est laissée à l'appréciation du Préfet, sur proposition des acteurs intervenant (COS et MRS) conformément aux critères mentionnés ci-dessous :

- Le caractère collectif de l'événement entraînant de nombreuses victimes ;
- La présence d'un besoin sanitaire massif et urgent dû au grand nombre de victimes et de leur pathologie ;
- Le dépassement de la réponse courante des services ;
- La nécessité d'une direction inter services par l'autorité préfectorale.

L'activation du plan ORSEC NOVI peut être proposée au Préfet par le DDMSIS, en fonction des renseignements obtenus dès réception de l'alerte ou sur la demande du premier COS.

2. - Organisation générale d'une opération de secours :



3. - Les fonctions médicales : DSM – MRS – MRA – Médecin responsable PMA – Médecin évacuation)

Dès le déclenchement du plan ORSEC NOVI, deux médecins sont positionnés dans les structures de commandement :

- La fonction « Directeur des Secours Médicaux (DSM) » présente au PCO est assurée par un médecin du SAMU ou du SDMIS ;



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

- La fonction « Médecin Responsable de Site (MRS) » présente au PC services est assurée par un médecin du SAMU ou du SDMIS.

Placé sous l'autorité fonctionnelle du COS, le DSM est le conseiller médical du COS. Il est seul compétent pour prendre les décisions d'ordre médical.

La collaboration entre les acteurs du secours et de la santé s'oriente autour de 5 binômes :

- COS / DSM au PCO ;
- Chef de site / Médecin Responsable de Site au PC services ;
- Chefs de secteur action primaire et PRV / Médecin responsable de l'avant ;
- Chef de secteur PMA / Médecin responsable du PMA selon les besoins ;
- Officier(s) évacuation / Médecin(s) évacuation au PRV et/ou PMA selon les besoins.

4. - PC services « NOVI » :

LOCALISATION :

Le PC services « NOVI » est situé en zone de soutien dans les PC mobiles des services. Il est physiquement à proximité de la zone d'intervention. Il est distinct du PCO mais se trouve à proximité de celui-ci.

MISSIONS :

Les différents services présents sur le terrain (SDMIS, SAMU, GN, PN, AASC) intègrent le PC services « NOVI ».

Ce PC doit :

- Appliquer les décisions des autorités ;
- Mettre en œuvre et coordonner les moyens engagés sur l'opération ;
- Faciliter les échanges d'informations entre le terrain, le PCO et les centres opérationnels des différents services.

Le COS est représenté par un chef de site qui coordonne le PC services en collaboration avec le médecin responsable de site représentant du DSM.

Le COPG ou son représentant intègre le PC services.

En fonction de la nature de l'événement, les services partenaires impliqués dans la gestion de la crise pourront être représentés au sein de ce PC (exemple : chef d'incident local pour réseau ferré, exploitant, AASC...).



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

L'organisation du PC services est la suivante :

Renseignements	Synthèse intervention	Dénombrement des victimes impliquées (tableau des victimes et SINUS), Identification des manquants, Préparation des messages de compte-rendu.
Moyens	Gestion des moyens et ressources	Dimensionnement des moyens, Engagement des moyens, Mise en œuvre de l'Ordre Particulier des Transmissions.
Anticipation	Évaluation des besoins et propositions d'idées de manœuvres	Rédaction des situations envisageables, Proposition des idées de manœuvres en lien avec l'exploitant.

5. - Poste de Commandement Opérationnel (PCO) :

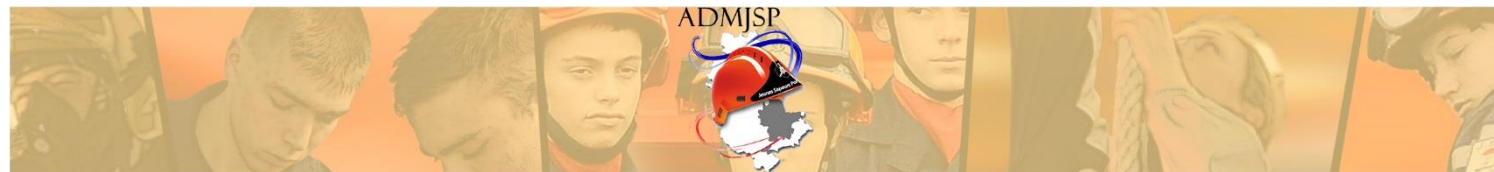
LOCALISATION :

En zone de soutien dans une structure existante adaptée ou berce PCO du SDMIS

Il est situé près du site de l'événement au sein d'une zone sécurisée mais également suffisamment éloigné pour que son fonctionnement ne puisse pas être perturbé par l'évolution possible de la crise.

La berce PCO du SDMIS est acheminée sur les lieux.

En cas d'activation des COD/PCO, le SDMIS informe le SIDPC de l'emplacement du PCO afin que l'information soit prise en compte dans la convocation des différents acteurs.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

ORGANISATION :

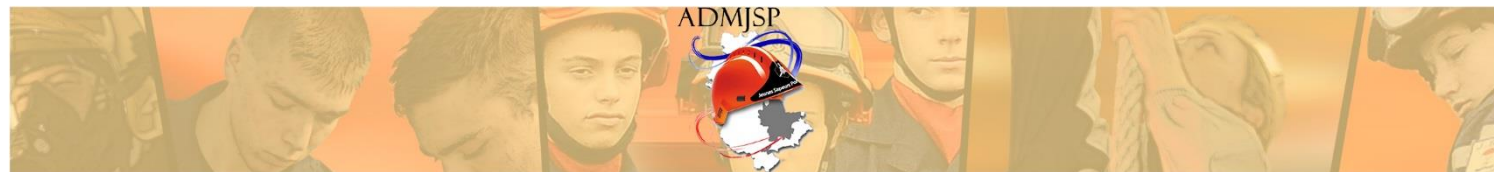
L'organisation du Poste de Commandement Opérationnel est la suivante :

CELLULES	FONCTIONS	ACTEURS
Décision	Direction des opérations	Préfet ou membre du corps préfectoral
Commandant des opérations de secours	DDMSIS ou son représentant	
Directeur des Secours Médicaux	SAMU ou SDMIS	
Commandant des opérations de police	DDSP ou son représentant	
Responsable des opérations de police judiciaires	Procureur de la République	
Synthèse, coordination et animation	Coordination des cellules Centralisation des informations	Chef du PCO - SDMIS (Adjoint du COS)
Opérations	Secours– Sauvetage Soins d'urgence	SDMIS, SAMU
Police – Renseignement - Enquête	DDSP, DZPJ, police municipale, Gendarmerie	
Appui territorial	Exploitant, Mairie, organisateur	
Logistique	Transport et travaux transmissions	DSIC, SDMIS
Communication	Relations avec les mairies et les médias	Services de communication du préfet

6. - Centre Opérationnel Départemental et Cellule d'Information du Public (CIP) :

LOCALISATION :

Le Centre Opérationnel Départemental (COD) et la CIP sont implantés en Préfecture.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

MISSIONS :

Trouver et faire acheminer les moyens matériels et humains demandés par le terrain.

Informations du public : Celle-ci est faites par les autorités compétentes.

Dans certains le préfet peut activer FR-Alert (voir cours PSC 1)

ORGANISATION :

L'organisation fonctionnelle du Centre Opérationnel Départemental est la suivante :

CELLULES	FONCTIONS	PARTICIPANTS
Décision	Direction des opérations	Préfet ou membre du corps préfectoral
Synthèse, coordination et animation	Coordination des cellules Centralisation des informations Effets secondaires induits	SIDPC (pilote) 1 cadre par cellule
Sécurité civile	Sauvetage - Santé-Soutien	SDMIS (pilote), ARS, Experts, Collectivités, AASC
Sécurité intérieure	Protection - Renseignement	Cabinet PDDS (pilote), DDSP, Gendarmerie, DGSI, représentant du parquet, DZPJ, police municipale
Circulation logistique	Circulation (routière, ferroviaire, aérienne) Logistique (moyens de transport, travaux public)	DDT, SYTRAL Mobilités / Gestionnaire réseaux transport, DSAC
Militaire	Actions civilo-militaires	DMD
Communication	Relations avec les médias	Services de communication du Préfet
Technique	Transmission - Logistique	DINSIC, DSIC-SE



7. - Points tactiques de l'ORSEC NOVI :

7.1. - Une organisation modulaire :

La chaîne pré hospitalière des secours et des soins médicaux constitue l'axe majeur du dispositif déployé par le COS.

Ce dispositif est modulable et adapté selon la crise et les risques. La stratégie médicale de prise en charge des blessés est adaptée par le DSM qui en informe immédiatement le COS afin de prendre les mesures nécessaires.

Dans le cas d'un événement provoquant un grand nombre de victimes présentant simultanément un risque vital et compte tenu de l'évolutivité de la situation et des risques encourus sur place, la priorité peut être mise sur l'évacuation, après régulation médicale par le SAMU.

La doctrine doit être souple et adaptée à l'état des victimes, aux circonstances ou à la configuration du terrain.

7.2. - Point de Regroupement des Moyens (PRM) :

LOCALISATION

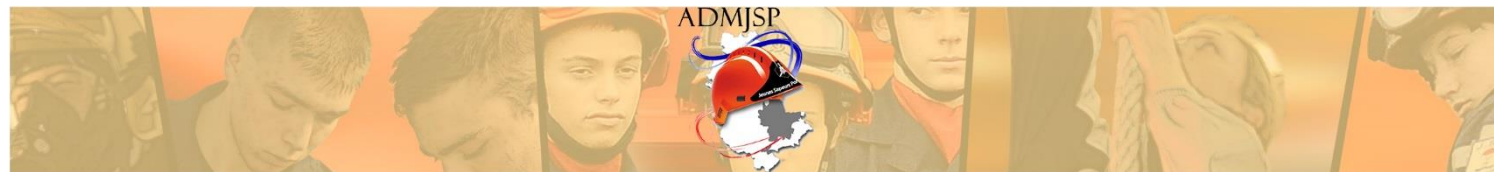
Au sein de la zone de soutien, le PRM est localisé sur une zone permettant un stationnement de véhicules et proche d'un axe routier principal. Le PRM est sécurisé par les FSI.

MISSIONS

Le regroupement des moyens interservices repose sur les principes suivants :

- Stationnement des moyens, selon les indications définies par un officier de sapeur-pompier en charge du PRM, afin de les regrouper à l'écart du sinistre et d'éviter une saturation en véhicules de la zone d'intervention ;
- Engagement des moyens sur les différents secteurs de l'intervention, sous les ordres du COS, via l'officier en charge du PRM.

Le PRM peut être renforcé d'un personnel SAMU afin de gérer les moyens de santé sous la responsabilité du SAMU (SMUR et/ou ambulanciers privés).



7.3. - Poste Médical Avancé (PMA) :

LOCALISATION

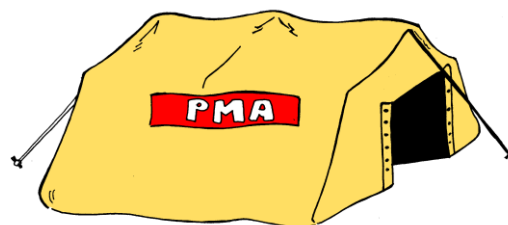
En zone de soutien, il s'agit d'une structure existante (ex : gymnase, salle des fêtes...) si possible vaste, de plain-pied, abritée, aérée, chauffée, éclairée et disposant d'un point d'eau et au minimum de deux accès (marche en avant) ou d'un matériel mobile.

Cette zone doit être aisément accessible aux équipes de secours pour permettre la rotation de nombreux véhicules, voire de comporter une zone sécurisée d'atterrissage pour hélicoptère à proximité.

MISSIONS

Les missions du PMA sont :

- La réévaluation continue du tri médical ;
- La prise en charge médicale des victimes ;
- L'organisation de l'évacuation.



L'organisation du PMA :

Le PMA est placé sous la responsabilité d'un « médecin responsable PMA ».

Le médecin responsable du PMA travaille en étroite collaboration avec l'officier PMA.

Médecin responsable PMA	Définit les priorités et organise la prise en charge médicale des victimes avant leur transfert vers les structures d'accueil adaptées en lien avec le médecin évacuation si la fonction a été mise en place. Veille au bon déroulement du flux de victimes (tri, conditionnement, évacuation). Rend compte régulièrement au MRS de l'état des flux entrées-sorties (nombre, catégorisation) au sein du PMA.
Officier PMA	Veiller à l'acheminement des victimes. S'assurer du montage et de la pérennité logistique de la structure.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

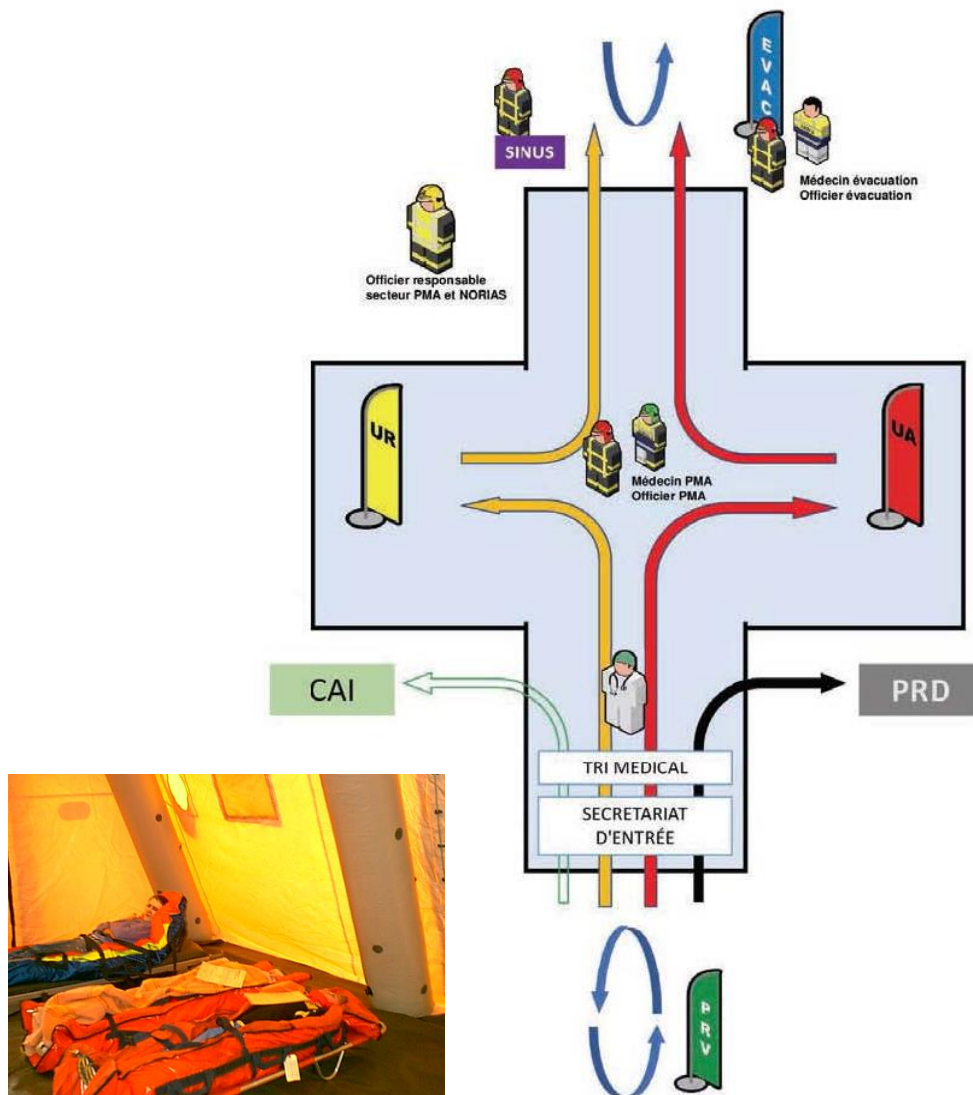
Le personnel médical, paramédical et secouriste se compose notamment de professionnels de santé du SAMU, d'équipes de SMUR et du SSSM, de sapeurs-pompiers et selon les besoins de secouristes des AASC.

À l'entrée du PMA un secrétariat, dont l'objet est le « tri médical », assiste le médecin trieur.

Le PMA est ensuite divisé en deux zones, la zone de soins réservée aux victimes classés UR et la zone de soins réservée aux victimes les plus graves classés en UA.

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.

Une traçabilité SINUS est mise en place.





7.4. - Centre d'Accueil des Impliqués (CAI) :

LOCALISATION

En zone de soutien, il s'agit d'une structure existante adaptée.

Le CAI ne doit pas être trop éloigné des structures PRV et PMA afin :

- d'éviter la multiplication des norias et la mobilisation trop importante de véhicules ;
- d'être à proximité du DSM et du site d'évacuation.

MISSIONS

Les impliqués en tant que victimes de l'accident sont pris en charge dans un premier temps au niveau du PRI, dans lequel elles sont catégorisées comme indemnes non blessées physiquement. Elles ont été exposées directement à un risque de mort ou de blessure et peuvent avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique.

L'organisation du Centre d'Accueil des Impliqués (CAI) :

Le CAI accueille les impliqués qui ont été orientés après un premier triage ou qui se présentent spontanément après avoir fui la zone de l'événement.

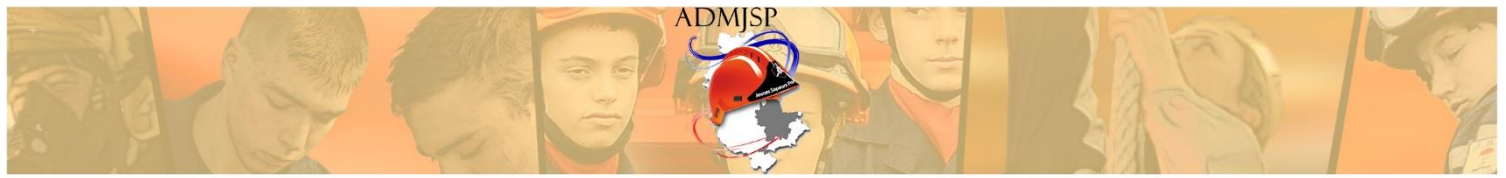
Placé sous l'autorité du COS, le CAI est mis en place le plus rapidement possible. Un officier CAI est alors désigné par le COS pour assurer le fonctionnement de la structure. L'armement et la mise en place du CAI sont réalisés en priorité par les AASC.

En son sein, la mission de dénombrement est placée sous la responsabilité du COS et la mission d'identification est placée sous l'autorité d'un fonctionnaire de police ou d'un militaire de la gendarmerie assisté de personnels de police scientifique qui assure la signalisation.

La CUMP est chargée de l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique des victimes en mettant en place un Poste d'Urgence Médico Psychologique (PUMP).

Les AASC ayant l'agrément de sécurité civile B, réalisent la première mission d'accueil, d'écoute et de réconfort.

A la demande de la CUMP, les psychologues du SDMIS peuvent concourir, si besoin, à la prise en charge médico-psychologique dans le cadre de la mise en œuvre du PUMP. Le PUMP peut avoir une action sur une durée supérieure à la durée de l'opération de secours.



7.5. - Le Centre de Soutien aux Intervenants (CSI) :

L'Unité de Soutien psychologique du SDMIS est chargée de l'organisation de la prise en charge de l'urgence psychologique des sapeurs-pompiers et intervenants (FSI, AASC, SAMU/SMUR, agents préfectoraux...) en mettant en place un Point d'Urgence de Secours Psychologique (PUSP) dans le CSI.

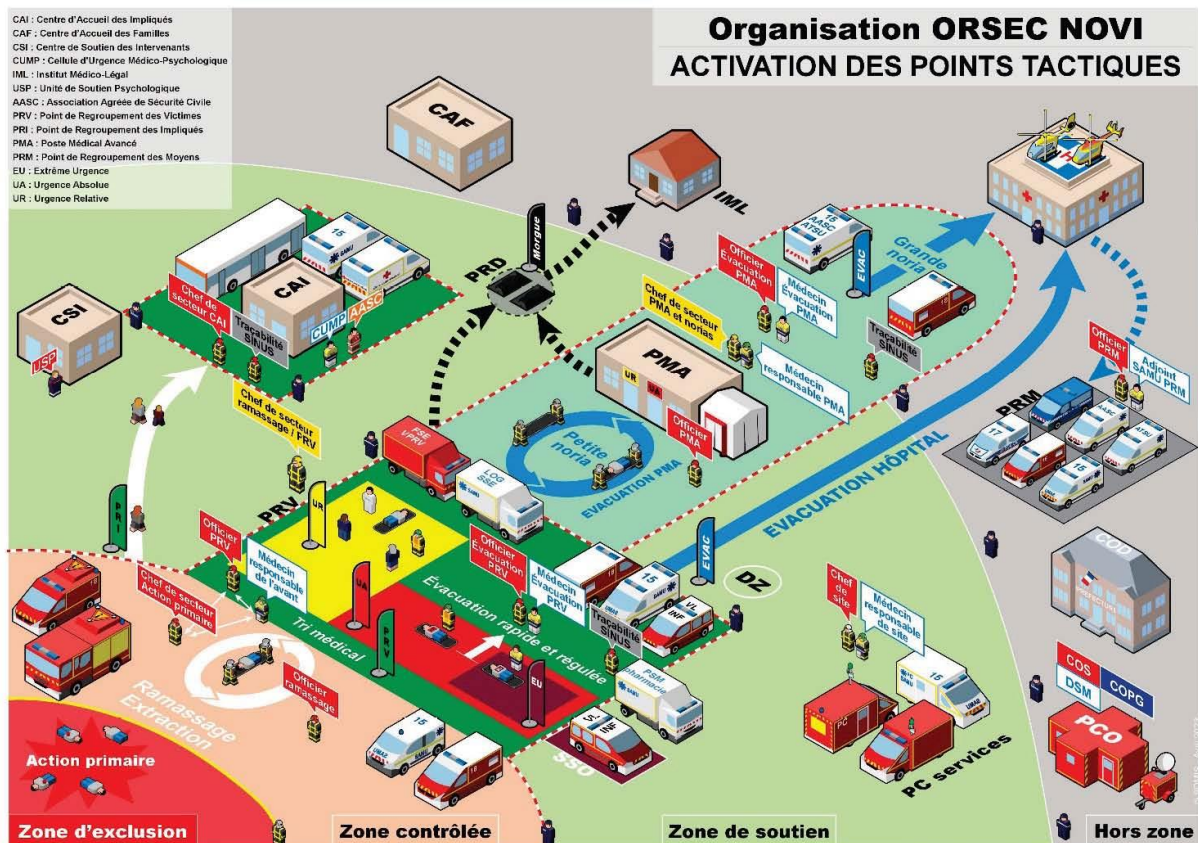
L'USP est un dispositif de psychologie de l'urgence et assure le tri psychologique et la prise en charge psychologique immédiate et post-immédiate intervenants.

La CUMP peut concourir, si besoin, à la prise en charge médico-psychologique des intervenants dans le cadre de la mise en œuvre du PUSP.

7.6. - Norias et évacuation :

7.6.1. - Les norias :

Les norias permettent le cheminement des victimes entre les différents éléments structurants de l'intervention. L'objectif consiste à organiser le transport des victimes de manière pédestre ou motorisée pour la petite noria du PRV vers le PMA et le CAI et pour la grande noria ou noria d'évacuation du PMA vers les établissements de santé.

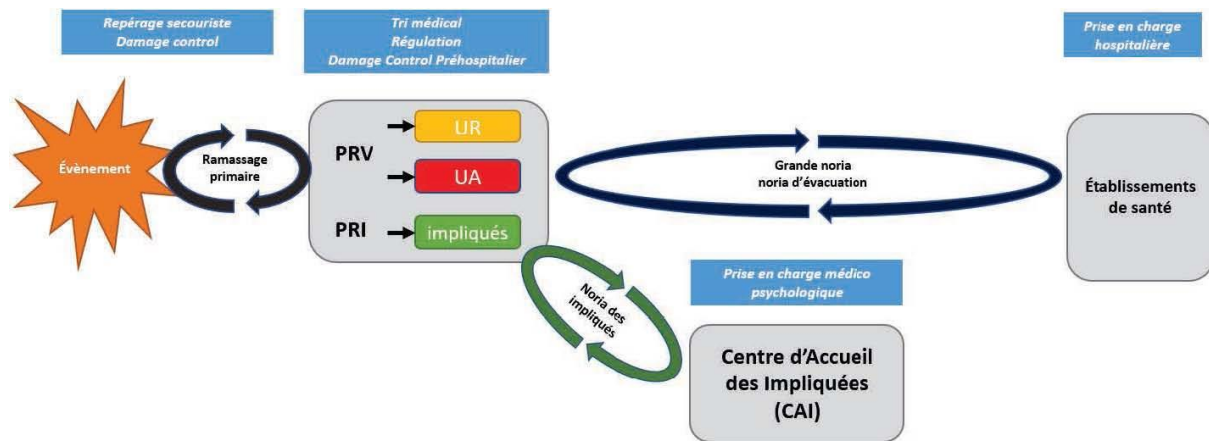




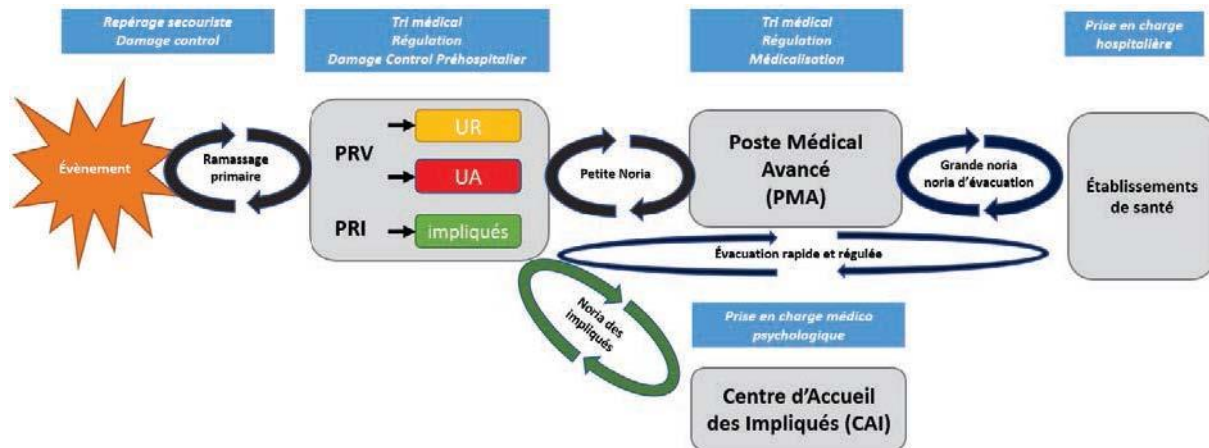
ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Les norias sont sous la responsabilité d'officiers « évacuation PRV » et « évacuation PMA » de sapeurs-pompiers qui assurent la coordination des flux et la gestion des vecteurs de transport.

Sans mise en place d'un PMA :



Avec mise en place d'un PMA :



7.6.2. - La régulation médicale :

L'objectif consiste à prédéterminer les grandes destinations (agglomération lyonnaise, régionales, nationales.) et ensuite proposer les vecteurs supports de l'évacuation (ambulance, bus, aérien, ...).

En cas de très nombreuses victimes, la coordination avec le plan de mobilisation est nécessaire. Aussi, il est nécessaire de concevoir un plan d'acheminement des victimes en lien avec l'échelon zonal.



7.6.3. - Les acteurs de l'évacuation :

Le point d'évacuation est sous l'autorité d'un officier évacuation du SDMIS.

Il assure la gestion de tous les vecteurs d'évacuation, médicalisés ou non, y compris héliportés.

Sa mission consiste à organiser les évacuations avec les moyens qui lui sont affectés, conformément aux prescriptions médicales de sorties.

Le « médecin évacuation » prend ses décisions en fonction des éléments de la chaîne de santé, sous la responsabilité du DSM. Le « médecin évacuation » et l'officier « évacuation » travaillent en collaboration.

La coordination entre le COS, le DSM et le COPG demeure indispensable. Plusieurs missions sont envisageables :

- ↳ Escorte-ouverture de convois par les FSI vers les différentes structures hospitalières ;
- ↳ Protection, lors d'attentat, des établissements de santé positionnés dans le périmètre des zones d'intérêts ;
- ↳ Sécurisation des Drop Zones (DZ).

L'évacuation des victimes vers les hôpitaux peut être réalisée par les moyens du SDMIS, du SAMU, de l'ATSU, des AASC.

7.7. - Les établissements de santé :

La prise en charge hospitalière des victimes répond à la poursuite du parcours de soins initié sur le terrain par le SAMU et le SSSM qui sont en charge de la coordination de la prise en charge médicale des victimes.

Les dispositions relatives à la prise en charge hospitalière des blessés et à l'adaptation de l'offre de soins sont intégrées dans le dispositif ORSAN AMAVI.

De plus, chaque établissement de santé est doté d'un plan blanc, dispositif de crise qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients, ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.



7.8. - Point de Regroupement des Décédés (PRD) :

Dans le cadre d'un événement NOVI, on peut distinguer 2 types de décédés :

- Les décédés primaires : décédés lors de l'événement sur les lieux ;
- Les décédés secondaires : décédés lors de la phase de prise en charge au PRV, PMA, norias...

Dans un objectif de préservation des traces et indices et dans la limite des certitudes permises par les conditions opérationnelles, les personnes décédées sur les lieux de l'événement (décédés primaires) ne sont pas manipulées, afin que les services enquêteurs puissent remplir leurs missions de police judiciaire.

Les décédés secondaires sont évacués vers le dépôt mortuaire ou PRD. Le dépôt mortuaire est placé sous la responsabilité du COPJ dès lors qu'une enquête judiciaire a été ouverte.

L'objectif du dépôt mortuaire consiste à :

- Regrouper les corps de personnes décédées sur le site d'intervention ;
- Les recenser et amorcer les démarches d'identification ;
- Évacuer les corps.

Ces victimes sont évacuées par les opérateurs spécialisés vers l'institut médico-légal (IML) ou à défaut vers la chapelle ardente aménagée par les autorités locales.

En cas de nécessité, le Préfet pourra déclencher le plan ORSEC « gestion des décès massifs ».

7.9. - Le Centre d'Accueil des Familles (CAF) :

LOCALISATION

Le CAF est installé dans les locaux adaptés. Il est piloté par un membre du corps préfectoral et armé par les services de la commune concernée. Pour la ville de Lyon le CAF est implanté à la mairie du 8^{ème} arrondissement.

MISSIONS

Les familles sont accueillies au Centre d'Accueil des Familles. Il a pour fonction :

- identification et recensement des familles ;
- soutien médico-psychologique aux familles ;
- réponse aux besoins des familles (transport, hébergement, ...) ;
- information sur l'évolution de la prise en charge des victimes ;
- identification des personnes décédées.

Dans un second temps, la phase d'aide aux victimes comprend notamment le soutien juridico-administratif et les soins médico-psychologiques.

1. - Une organisation adaptée sur le terrain :

Chaque site possède sa propre structure de commandement avec un PC services. Le COS avec l'appui des officiers concernés dans les PC services adapte les dispositifs en fonction de la situation globale de l'évènement et des moyens à disposition sur les bases des dispositions présentées dans ce document.





2. - Le Centre Médical d'évacuation (CME) :

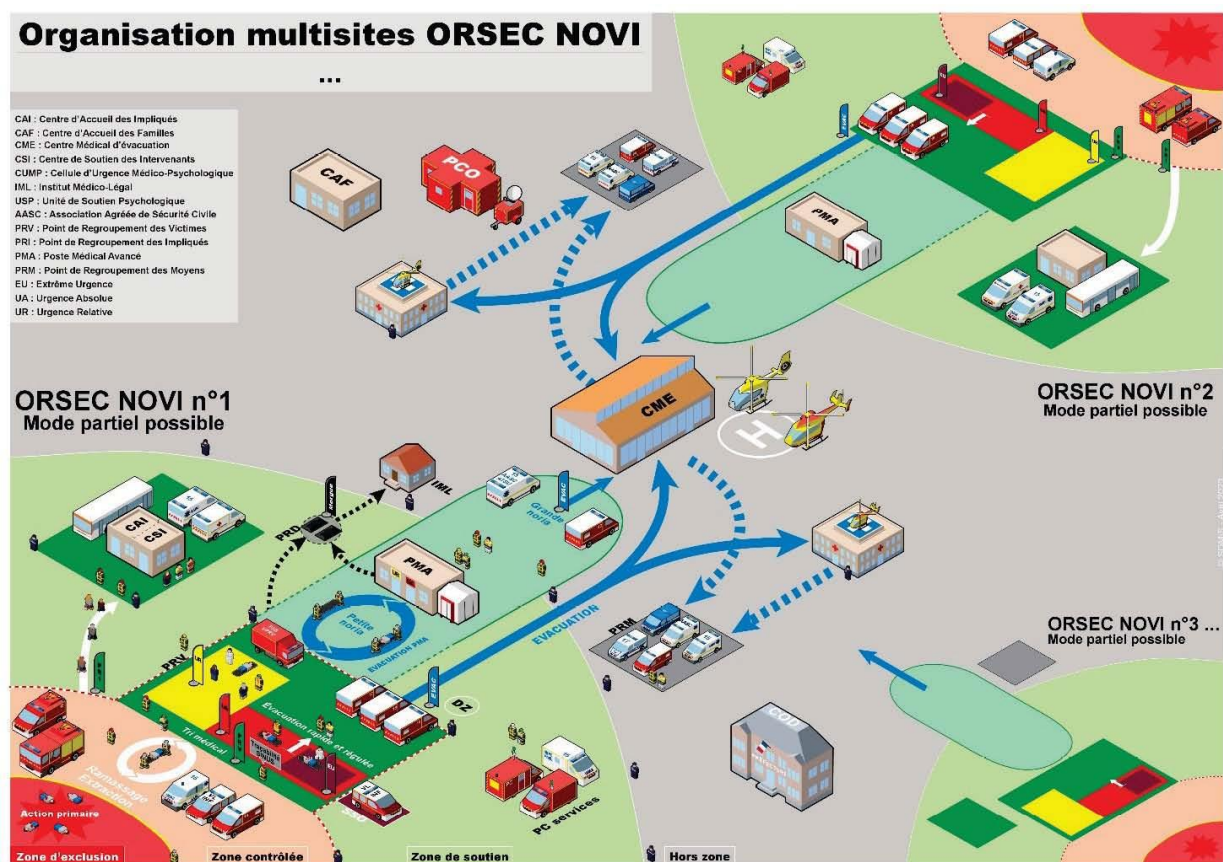
C'est le lieu de rassemblement des victimes où, après avoir reçu les premiers soins au Poste Médical Avancé, celles-ci sont à nouveau séparées par catégorie en vue de leur évacuation vers un établissement sanitaire.

Le responsable du CME est un médecin désigné par le Directeur des Secours Médicaux.

LOCALISATION

A quelques kilomètres du ou des PMA :

- ✚ Le plus proche possible du principal point de départ des évacuations (infrastructure routière ou ferroviaire, aérodrome surtout hélisturface) ;
- ✚ Soit dans un système de tentes, soit dans des locaux improvisés, éventuellement sous dur permettant toujours un sens unique (réception, soins, évacuation).





D. - DENOMBREMENT, IDENTIFICATION ET SUIVI DES VICTIMES :

1. - Le dénombrement :

1.1. - Objectifs et principes :

Le dénombrement est placé sous la responsabilité du COS et assuré par le SDMIS. Il est fondé sur plusieurs objectifs :

- Fournir au DO un recensement unique et fiable des victimes catégorisées, qui facilitera sa direction opérationnelle et sa stratégie de communication au public ;
- Fournir aux autorités sanitaires et au SAMU des données leur permettant d'anticiper l'impact sur l'offre de soins dans le cadre du volet ORSAN AMAVI ;
- Fournir à l'autorité judiciaire compétente les éléments sur le nombre de personnes décédées ou blessées afin notamment de répondre aux nécessités de l'enquête et de déterminer l'organisation des opérations de médecine légale.

Le dénombrement via l'outil dédié SINUS est réalisé le plus rapidement possible sans perturber l'action des secours et s'arrête à la fin des opérations de secours. Il se poursuit au sein des établissements de santé via l'outil de suivi de santé des victimes SIVIC.

Le dénombrement comprend trois recensements spécifiques :

- Le dénombrement terrain : toutes les informations recueillies lors de la phase de secours à victime sur le site de l'événement ; il est réalisé le plus rapidement possible sur la scène de l'événement par le SDMIS.
- Le dénombrement hospitalier : toutes les informations de « dénombrement hospitalier » relatives aux présentations spontanées aux services des urgences et/ou aux patients transportés à l'hôpital et n'ayant pu bénéficier d'un dénombrement à l'avant et au CAI ;
- Le dénombrement judiciaire.



1.2. - SINUS :

Le dispositif SINUS (Système d'Information Numérique Standardisé) est un système d'information partagé de dénombrement, d'aide à l'identification et de suivi des victimes. Il permet d'avoir une vision interservices du dénombrement des victimes et de partager sur une base de données commune les informations concernant les victimes de l'événement.

L'outil permet aussi un partage d'information entre les différents niveaux stratégiques, opérationnels et tactiques.



ASSOCIATION DÉPARTEMENTALE-MÉTROPOLITAINE DES JEUNES SAPEURS-POMPIERS

Ce premier dénombrement classe les victimes de la façon suivante :

- Les victimes décédées ;
- Les victimes en Urgence Absolue (UA), correspondant à l'urgence à bénéficier d'une prise en charge hospitalière ;
- Les victimes en Urgence Relative ;
- Les victimes impliquées.

Le dénombrement est placé sous la responsabilité du COS et assuré uniquement par le SDMIS.

Les équipes de secours apposent sur chaque victime un bracelet comportant un identifiant unique.



La pose des bracelets et de la fiche médicale de l'avant se fait à l'avant, au PRV et au PRI/CAI.

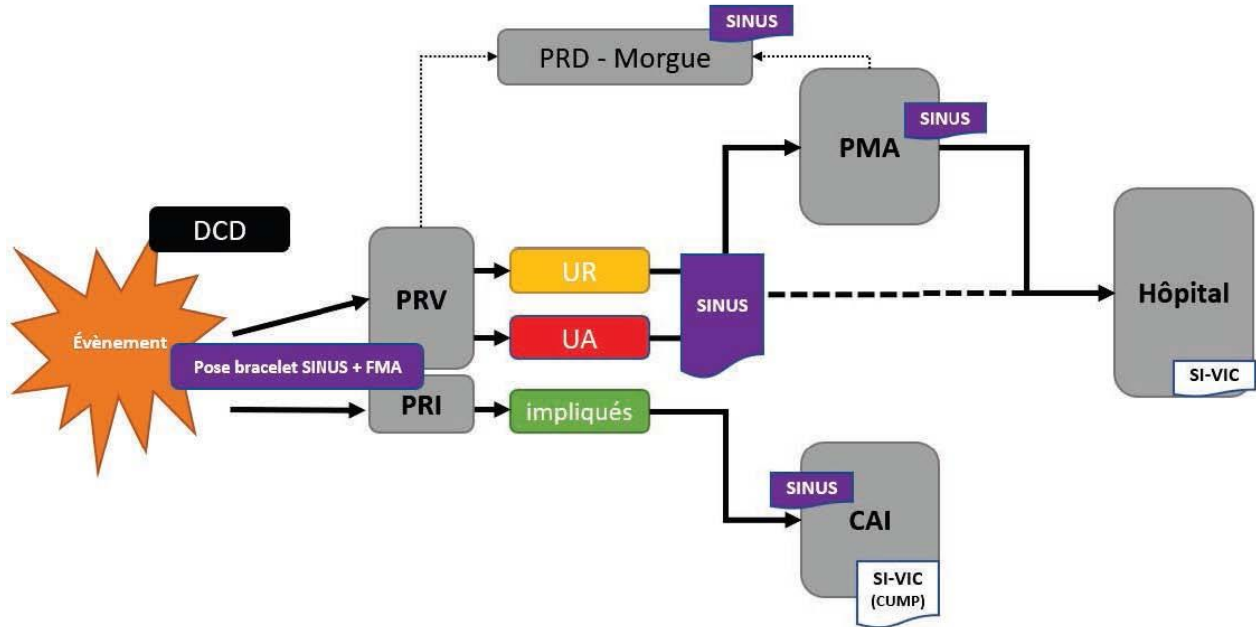
Des points de saisies sont positionnés à la sortie du PRV et/ou du PMA afin de qualifier définitivement l'état de la victime (UA, UR ou DCD) et de renseigner l'hôpital de destination.



Données SINUS	Dénombrement	Catégorisation secouriste	Tri médical et Hôpital de destination	Age 0-24 mois 2 à 14 ans adulte	Sexe	Pré-identification (nom, Prénom)	Nationalité
	Priorité 1			Priorité 2			

➔ Dans un contexte hostile ou d'urgence, les équipes de secours s'attachent à renseigner les données de priorité 1.

En dehors de cette situation, les priorités 1 et 2 sont à renseigner, dans la mesure du possible.



2. - Classification commune et bilans successifs :

Les classifications issues du dénombrement de terrain, exprimées en tant que « UA/UR », et du dénombrement hospitalier, exprimées en tant que « prise en charge en soins critiques » ou non, répondent à des objectifs opérationnels mais sont plus difficilement appréhendables par le grand public et les autorités.

Pour l'élaboration des bilans successifs, ces classifications sont fusionnées dans un souci de cohérence et de lisibilité en utilisant une sémantique unique :

- les victimes décédées ;
- les blessés graves ;
- les blessés légers ;
- les victimes impliquées.

3. - Identification des victimes :

3.1. - L'identification des victimes conscientes :

Il est procédé au recensement et au recueil des éléments d'identité des blessés conscients dès la prise en charge des victimes sur le terrain, conjointement par les services de secours, de police ou de gendarmerie.



Les données relatives à l'identité des personnes conscientes peuvent être insérées directement dans :

↳ L'outil de dénombrement sur le terrain et sous l'autorité du COS ;

ou

↳ L'outil de suivi de santé des victimes en établissement de santé sous l'autorité de l'ARS lors de présentation spontanée sans passage par les PRV, PMA ou CAI.

3.2. - L'identification des victimes inconscientes et décédées :

Pour les blessés inconscients et les décédés, notamment en établissement de santé (pendant le transport ou pendant la prise en charge), dans les cas où un doute existe sur l'identité des victimes, l'identification est de la compétence exclusive du service enquêteur et/ou de l'unité identification des victimes de catastrophes (UIVC), sous la direction du procureur de République compétent.

