

# Risques Infos



## L'organisation médicale des secours en cas de catastrophe



Se préparer...



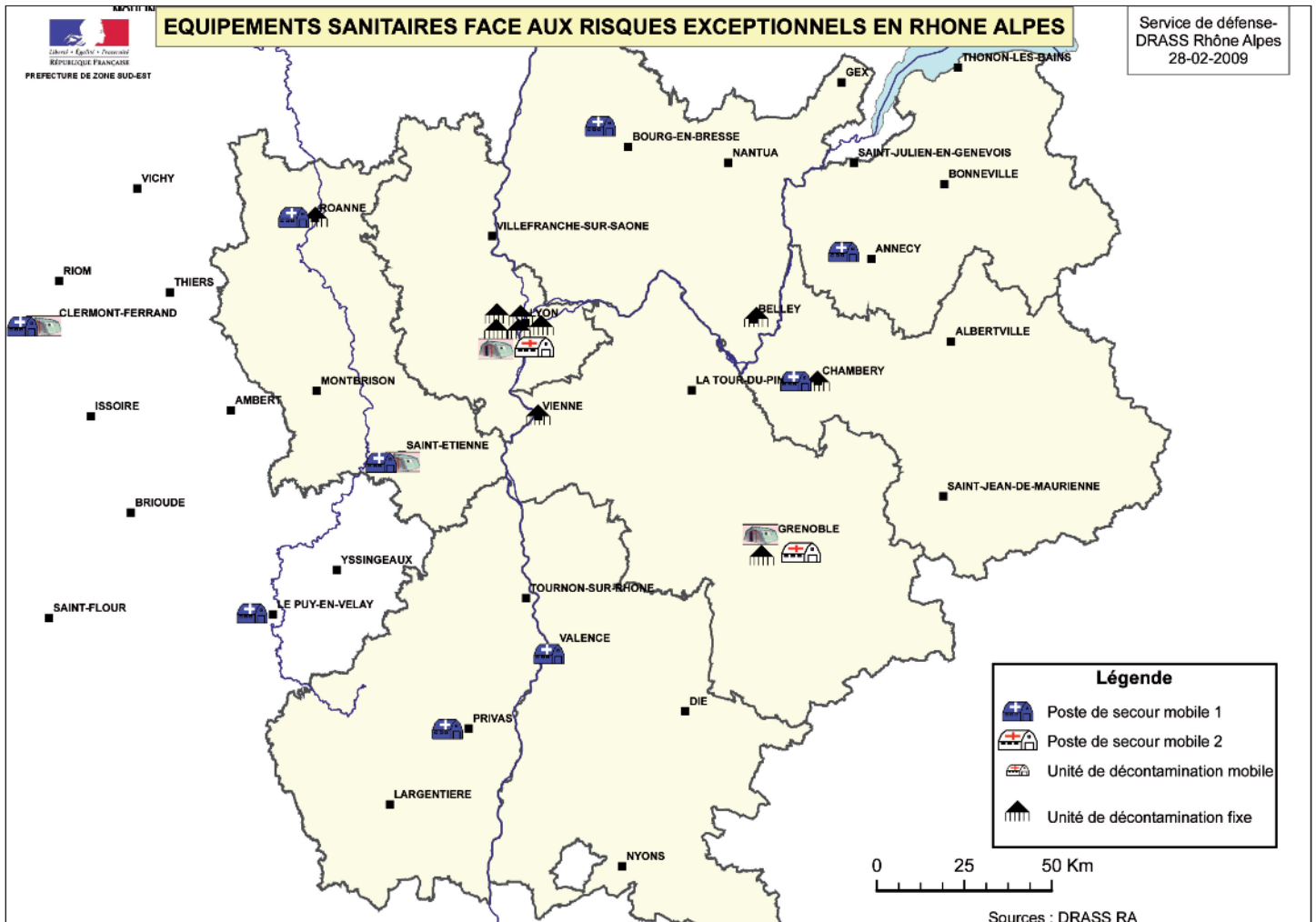
Secourir...



Soigner...



Accompagner...



### Sites internet :

[www.ra-sante.com](http://www.ra-sante.com)

(voir la rubrique annuaire santé)

[www.rhone-alpes.sante.gouv.fr](http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr)

### Risques infos

est édité par

l'Institut des Risques Majeurs  
15, rue Eugène Faure  
38 000 Grenoble

### Directeur de Publication :

Henri de Choudens,  
Président de l'IRMa

### Directrice de rédaction :

Dr Hélène Kolodié,  
Administrateur de l'IRMa

### Comité rédactionnel :

Dr Hélène Kolodié  
Pr Vincent Danel  
Dr Jean-Michel Lacroute  
Cdt (ER) Yves Munos  
Henri de Choudens  
Marion Hébert  
François Giannocaro

### Rédactrice en chef :

Marion Hébert

### Charte Graphique :

Sébastien Gomet

### Réalisation :

Imprimerie Fagnola  
38 110 La Tour-du-Pin

### Crédits Photos :

Institut des Risques Majeurs,  
Croix-Rouge Française,  
SAMU 38,  
CHU de Grenoble

### Avec le soutien financier du :

- Conseil Général de l'Isère
- Conseil Régional Rhône-Alpes

Rhône-Alpes Région

isère  
CONSEIL GÉNÉRAL



## Edito

Catastrophe, risque majeur, risque collectif, plan ORSEC, plan rouge, plan blanc, ... autant de mots qui font évoquer le pire, l'événement imprévu, parfois imprévisible, qui va peut-être, momentanément ou durablement, déstabiliser des organisations et des services au fonctionnement normalement bien ordonné. Comment les secours sont-ils préparés, organisés, coordonnés ? Qui fait quoi, quand, comment ? Ce numéro a l'ambition de passer en revue l'essentiel des connaissances dont le non spécialiste pourrait avoir besoin un jour, ce jour là. Différents articles écrits par des spécialistes reconnus qu'il faut ici remercier vont du général au particulier, en donnant ici ou là les coups de zoom nécessaires à la compréhension. Tous les aspects de l'organisation des secours en cas de catastrophe sont envisagés : la doctrine nationale et ses déclinaisons zonales et départementales, l'organisation médicale des secours sur le terrain, l'organisation des établissements des soins face à un afflux massif de victimes, sans oublier le rôle, essentiel à plusieurs niveaux, des élus et des associations de secourisme.

Nous avons souhaité réaliser une revue cohérente sur un sujet souvent méconnu et chaque auteur a dû faire l'effort de sortir de son domaine, de s'extraire de son jargon, pour être compréhensible par le plus grand nombre. Il appartiendra aux lectrices et lecteurs de nous dire si nous avons réussi. Bonne lecture !

Professeur Vincent Danel  
SAMU – Centre 15 de l'Isère

### DOCTRINE NATIONALE D'EMPLOI DES MOYENS DE SECOURS

#### 4 Organisation et structuration du dispositif ORSEC

Médecin Général Jean-Jacques KOWALSKI  
(Direction de la Sécurité Civile -DSC)

#### 6 Organisation des secours au niveau zonal

Lieutenant Colonel Jean-Michel Langlais (Bureau de la Sécurité Civile, Etat-major de zone de défense sud-est)

#### 8 Plan ORSEC nombreuses victimes (ancien plan rouge)

Marion Hébert, Institut des Risques Majeurs

### L'ORGANISATION MÉDICALE DES SECOURS SUR LE TERRAIN

#### 10 Le rôle du SAMU et du SDIS

Dr Jean-Michel Lacroute (SAMU de l'Isère), Dr Laurent Gabilly (SAMU du Rhône), Médecin Lieutenant Colonel Christophe Roux (SDIS de l'Isère)

#### 14 Les ambulances privées

Serge Tripièr- Mondancin (ATSU de l'Isère -Association des Transports Sanitaires Urgents)

#### 15 Les Cellules d'Urgence Medico-Psychologique (CUMP)

Dr Patrice BARO et Catherine DUMAS (CUMP de l'Isère)

### LE DISPOSITIF HOSPITALIER EN CAS DE CATASTROPHE : LE PLAN BLANC

#### 17 Le plan blanc

Estelle Fidon (CHU de Grenoble)

#### 20 Le plan blanc élargi

Dr Anne Barbara JULIAN, Dr Patrick BENOIT, Sandrine LUBRYKA, Sandrine CHUQUET, Dominique BRAVARD, Jean-Charles ZANINOTTO (DDASS de l'Isère) Anne Marie DURAND (Conseiller Sanitaire de Zone)

### LES AUTRES INTERVENANTS

#### 22 Le rôle des maires en cas d'évènement nécessitant des interventions médicales d'urgence

Lieutenant Colonel Jean-Luc QUEYLA (SDIS du Vaucluse)

#### 24 Le retour d'expérience d'un maire ayant vécu le déclenchement du plan rouge : l'accident de car polonais du 22 Juillet 2007

Interview de Yolande Adobati (mairie honoraire de la commune de Notre-Dame de Mésage)

#### 26 Le rôle des associations de secourisme dans les opérations de secours

Nicolas Regny (SIDPC, préfecture de l'Isère)

#### 27 L'exemple de la Croix Rouge et son rôle en cas d'urgence médicale

Patrick Dallem (Croix Rouge Française)

#### 29 L'organisation des secours et la réponse médicale en cas de catastrophe dans quelques pays de l'Union Européenne

Médecin Colonel Francis Levy et Médecin Commandant Fabien Trabold (SDIS du Haut-Rhin)

#### 31 Glossaire

**D**ans un entretien au Quotidien du Médecin<sup>1</sup> un médecin urgentiste se demande « ... pourquoi le plan ORSEC n'a pas été déclenché en Aquitaine... » lors de la tempête Klaus du 25 janvier 2009.

On pourrait répondre que le titre de l'article, « Après la tempête dans le Sud-Ouest les urgentistes mobilisés jusqu'à la fin de la semaine » contient la réponse à la question. La mobilisation des moyens est réelle et le déclenchement de la réponse à chaque événement est de la responsabilité de chaque structure sous coordination d'une direction des opérations.

**En simplifiant on pourrait dire que ORSEC ne se déclenche pas mais se vit au quotidien dans sa nouvelle organisation.**

Un rappel rapide est nécessaire pour replacer l'appellation ORSEC dans son contexte historique :

- Le plan ORganisation des SECours (OR-SEC) est créé en 1952, c'est un plan départemental destiné à faire face aux événements exceptionnels, il recense les moyens disponibles dans le département, susceptibles d'aider à faire face à ces événements, c'est en quelque sorte un catalogue dont disposent les autorités pour assurer une montée en puissance. Son déclenchement s'accompagne de la mise en place d'une structure à 5 bureaux (secours médicaux et entraide, police et sécurité, transports et travaux, hébergement accueil et enfin communication) et entraîne une prise en charge financière spécifique des secours.

- En 1987, les plans ORSEC des zones de défense sont créés. Dans les départements sont mis en place des plans d'urgence dont le plan rouge, des dispositifs spécifiques sont créés pour faire face à certai-

nes situations (les plans particuliers d'intervention) et les structures commencent à mettre en place leur plan intérieur d'intervention.

- La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 consacre le principe du citoyen premier acteur de la sécurité civile. Dans les suites de cette loi<sup>2</sup>, les structures et l'esprit du plan ORSEC sont modifiées et il devient Organisation de la Réponse de Sécurité Civile et l'organisation unique chargée de gérer toutes les situations d'urgence.

**Ce nouveau plan ORSEC implique donc toute la société, acteurs publics et privés, au-delà des professionnels de l'urgence, sous une autorité unique, le directeur des opérations de secours.**

Le plan ORSEC s'organise sur trois niveaux territoriaux, départemental, zonal et maritime. Il comprend un processus administratif et technique d'analyse et d'élaboration qui a pour finalité la mise en place d'une organisation opérationnelle permanente : le dispositif opérationnel ORSEC qui s'appuie sur :

- **Un recensement des risques** qui doit aboutir, à partir des documents existants, notamment les schémas départementaux d'analyse et de couverture des risques (SDACR), les dossiers départementaux des risques majeurs (DDRM) ou les atlas d'inondations à un répertoire unique des risques prévisibles reconnu par tous les services concernés. Il leur permet de partager une culture et des données communes des risques et d'assurer une mise en cohérence avec la politique de prévention.
- **La préparation en commun** de tous les acteurs impliqués dans ORSEC : publics et privés ; services

départementaux d'incendie et de secours (SDIS), service d'aide médicale urgente (SAMU), police, gendarmerie, associations de sécurité civile agréées, communes, conseil général, opérateurs de réseaux, entreprises, ...etc...) permet de développer la culture de sécurité civile de l'ensemble des acteurs. De plus, chacun doit mettre en place sa propre organisation pour faire face à ses missions ORSEC, l'ensemble est coordonné par le préfet.

- **La réalisation d'exercices** pour mettre en œuvre le dispositif opérationnel ORSEC et réaliser des retours d'expérience qui visent à son évaluation et à son amélioration. La finalité du plan est la mise en pratique du dispositif prévu au cours de ces exercices. On passe de la notion d'exercice à celle de l'entraînement des acteurs. De plus c'est par l'intermédiaire du retour d'expérience des exercices que le dispositif ORSEC est révisé et amélioré.

Au-delà du catalogue des moyens le dispositif opérationnel ORSEC est donc une organisation unique de gestion des événements touchant gravement la population. Il est destiné à faire face à des situations de plus en plus multi-formes.

Le dispositif opérationnel ORSEC est :

- **modulaire** : c'est la somme de procédures d'actions, outils opérationnels utilisables selon les circonstances,
- **progressif** : il est déployé selon l'ampleur des événements, agrégeant tous les acteurs nécessaires à la situation qui se sont préparés et sont en veille,
- **permanent** : il ne se "déclenche plus", il monte en puissance dans la continuité, à partir de la réponse courante de première intervention

<sup>1</sup> Le Quotidien du Médecin n° 8497 du mercredi 28 janvier, page 6.

<sup>2</sup> Décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC

des acteurs de protection civile,

- **adapté** : aux risques prévisibles recensés,
- **adaptable** : à toute autre situation non scénarisée, le schéma général de réaction est suffisamment souple pour s'adapter. Tous les risques ne peuvent pas être planifiés. Le nouvel ORSEC permet de faire face par son caractère de "boîte à outils opérationnels" à tout type de situation.

En pratique ORSEC se compose de dispositions générales définissant une organisation de base capable de s'adapter à tout type de crise, complétées par des dispositions spécifiques propres à certains risques particuliers préalablement identifiés.

**Les dispositions générales** comprennent tous les éléments communs à tous les plans de secours actuels. L'organisation de base ainsi définie est composée de :

- une structure de gestion de crise (organisation des structures de commandement),
- des outils pratiques communs (répertoire des moyens, un annuaire téléphonique),
- des procédures de vigilance et d'alerte des services (astreintes, schéma d'alerte),
- des premières actions et déclenchement des procédures (fiches d'aide à la décision),
- des procédures d'alerte et d'information immédiates des popula-

tions (automate d'appel, relation avec les médias locaux).

• l'organisation des missions pré-identifiées, le traitement de situations types que l'on rencontre dans de nombreux événements :

- porter secours à de nombreuses victimes (plan rouge ou nombreuses victimes : NOVI)
- organiser l'évacuation des populations,
- héberger, ravitailler, soutenir et reconforter les populations sinistrées,
- protéger le patrimoine culturel en cas de sinistre,
- faire face aux graves perturbations des réseaux de téléphonie, d'électricité, d'eau...

**Les dispositions spécifiques** développent les particularités propres aux risques identifiés :

- les effets des risques et les données de base relatives à ceux-ci,
- les scénarios,
- les contre mesures adaptées,
- les mesures spécifiques d'alerte des populations riveraines selon les dangers,
- les actes réflexes des services intervenants.

Elles visent à couvrir particulièrement les risques naturels (cyclones, inondations, mouvements de terrain, séismes,...) les risques technologiques localisés (installations Seveso, sites nucléaires, stockages de gaz, gares de triages, grands barrages, laboratoires utilisant des organismes hautement

pathogènes...), les autres risques technologiques (transport de matières dangereuses, accident ferroviaires, accidents aériens, transport de matières radioactives, pollutions maritimes,...)

Le dispositif opérationnel ORSEC a aussi comme objectif de développer **l'anticipation des événements** en s'appuyant sur les procédures de vigilance, de veille permanente des risques qui peuvent être suivis (intempéries, inondations, avalanches, grands barrages hydrauliques, risques sanitaires...). ORSEC peut également déployer ses effets de manière préventive (exemple : avant la montée des eaux lorsqu'elle est prévisible, alerte météorologique avant une tempête comme le 25 janvier 2009...).

C'est ainsi que dans le cas de la tempête Klaus de janvier 18 sections, soit près de 500 hommes, des unités militaires de la sécurité ont pu être envoyées vers l'Aquitaine dès le 23 janvier dans la soirée pour être à pied d'œuvre dès le début des événements.

Le dispositif opérationnel ORSEC ne se lit plus comme un "plan figé" qui se déclenche de façon formelle, il ne se découvre pas lorsque l'événement est là : c'est une posture permanente de veille et d'action préparée en amont en fonction des risques les plus probables et qui doit être rôdée par des entraînements et exercices réguliers. ■



Lieutenant-Colonel Jean-Michel LANGLAIS,  
Bureau de la Sécurité Civile, Etat-major de zone de défense sud-est

## Préambule

On ne peut pas considérer que l'échelon zonal soit le plus connu des découpages administratifs de l'État. Pour autant, entre le niveau départemental et le niveau national, il est facile d'imaginer l'utilité d'une structure intermédiaire de coordination et de gestion opérationnelle, véritable cheville ouvrière de tout ce qui concerne la protection des populations au quotidien.

Dans ce cadre, le préfet de zone (qui est le préfet du département siège de la zone de défense) dispose de différents services, lui permettant d'exercer des responsabilités en matière d'administration de la police nationale, de pilotage et de mise en oeuvre des systèmes d'information et de communications, de gestion de la circulation routière ainsi que de protection générale des populations.

Dans ces compétences, un préfet délégué pour la défense et la sécurité (PDSD) seconde le préfet de zone. Pour la mission de protection générale des populations, le PSDS s'appuie sur un État-Major de zone (EMZ), structure composée de cadres issus des différents services ou administrations susceptibles d'être impliqués dans le cadre de la gestion d'une situation opérationnelle majeure.

Cette composition, atypique pour un service de l'État, permet à l'EMZ de mettre à la disposition du préfet de zone, un ensemble de compétences et de réseaux dans les domaines de l'ordre public, du renseignement, de la circulation routière, de la sécurité civile, de la santé ou de la défense économique.

## Aspects législatifs et réglementaires

C'est le décret 2002-84 du 16 janvier 2002, codifié dans le code de la défense, qui structure l'EMZ tel qu'il existe aujourd'hui et qui fixe les pouvoirs du préfet de zone et des services qui lui sont rattachés. On peut notamment relever que « Le préfet de zone prend les mesures de coordination nécessaires lorsque intervient une situation de crise ou que se développent des événements d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, de nature à menacer des vies humaines, à compromettre la sécurité ou la libre circulation des personnes et des biens ou à porter atteinte à l'environnement, et que cette situation ou ces événements peuvent avoir des effets dépassant ou susceptibles de dépasser le cadre d'un département. Il peut mettre à disposition d'un ou de plusieurs préfet de département de la zone les moyens de l'État existant dans la zone. »

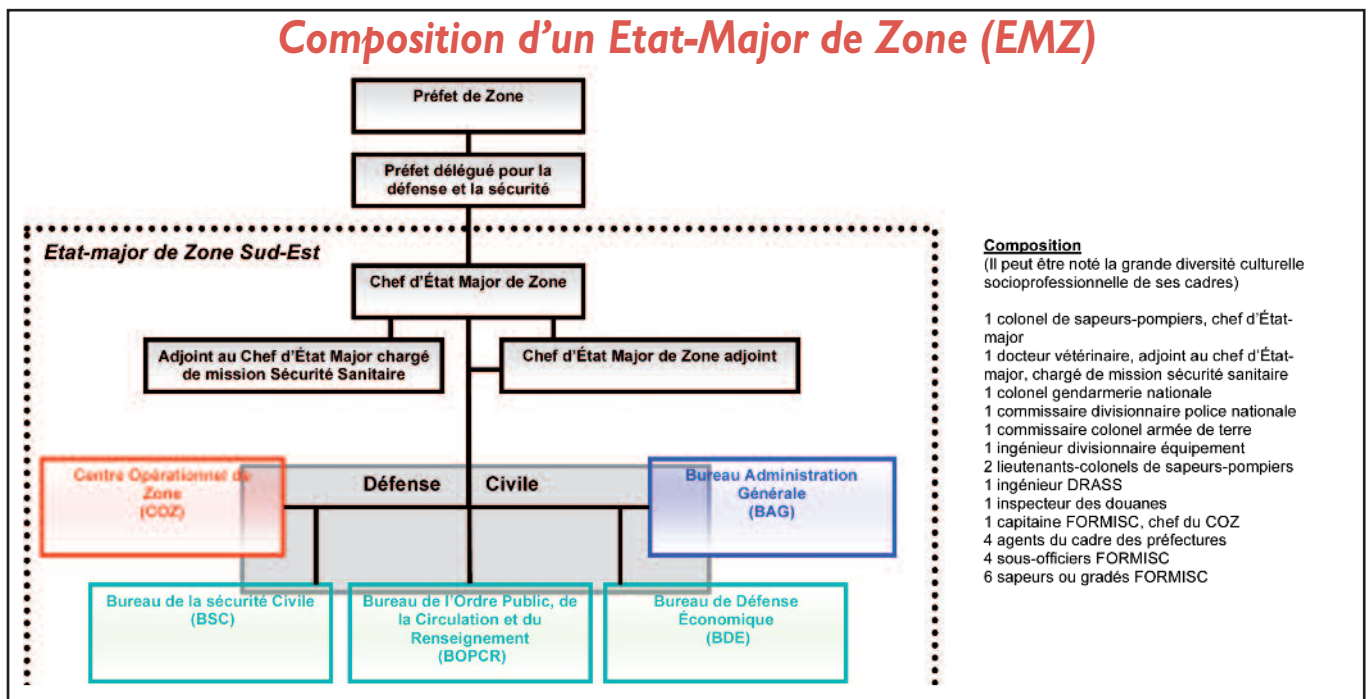
« Dans le domaine de la sécurité civile, le préfet de zone prépare et met en œuvre l'ensemble des mesures de prévention, de protection et de secours qu'exige la sauvegarde des personnes, des biens et de l'environnement dans le cadre de la zone ... »

Sur l'organisation des secours en cas de catastrophe, la loi 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, prévoit dans son article 18 que « En cas d'accident, sinistre ou catastrophe dont les conséquences peuvent dépasser les limites ou les capacités d'un département, le représentant de l'état dans le département du siège de la zone de défense mobilise les moyens de secours publics relevant de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics. En tant que de besoin, il mobilise ou réquisitionne les moyens privés nécessaires aux secours. Il attribue les moyens de secours aux autorités chargées de la direction des secours et prend les mesures de coordination nécessaires à la conduite de ces opérations ... »

## L'organisation « médicale » des secours en cas de catastrophe

L'EMZ est donc tout à la fois expert, coordinateur et fournisseur de

## Composition d'un Etat-Major de Zone (EMZ)



moyens. Il ne se substitue jamais à l'échelon départemental mais lui apporte, à la demande du directeur des opérations de secours (préfet de département), une valeur ajoutée permettant de compléter, d'appuyer ou de soutenir les moyens départementaux, sur la base du principe de subsidiarité. L'EMZ dispose d'un outil opérationnel de veille et de gestion, activé en permanence : le centre opérationnel de zone (COZ).

Pour ce qui concerne les secours médicaux lors d'une catastrophe majeure, le COZ va se renforcer en activant notamment une cellule sécurité civile. Essentiellement composée d'agents issus de la filière santé et de la filière incendie et secours, cette cellule permettra au(x) département(s) sinistré(s) de faire remonter leurs besoins complémentaires, logistiques ou médicaux. Ces demandes peuvent concerner des moyens humains ou matériels à acheminer sur place. Il peut également s'agir de recherche de ressources rares, telles que des laboratoires spécialisés, des experts ou des matériels spécifiques. Le COZ pourra également avoir un rôle de régulateur et de coordinateur pour les évacuations sanitaires lors de catastrophes entraînant de nombreuses victimes sur des périmètres pouvant dépasser le cadre d'un département.

## Les ressources mobilisables par l'EMZ

Pour l'accomplissement des missions précitées, l'échelon zonal dispose de certains moyens nationaux, mis à la disposition permanente du préfet de zone pour emploi. Ces moyens se limitent aujourd'hui aux 4 bases hélicoptères de la sécurité civile (Bron (69), Clermont-Ferrand (63), Annecy (74) et le Versoud (38)) et aux unités de forces mobiles stationnées dans la zone (7 compagnies de CRS et 13 escadrons de gendarmerie mobile).

En complément, pour satisfaire les demandes qui lui sont formulées, le COZ va pouvoir recourir à quatre types de ressources :

- les moyens des départements non sinistrés de la zone dont essentiellement ceux des SDIS et des structures hospitalières
- les moyens nationaux des divers ministères ou des autres zones de défense, mobilisables par l'intermédiaire du centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC),
- les moyens privés rares ou spécifiques, qui sont répertoriés dans le cadre du dispositif ORSEC zonal,
- les moyens des armées, pour les

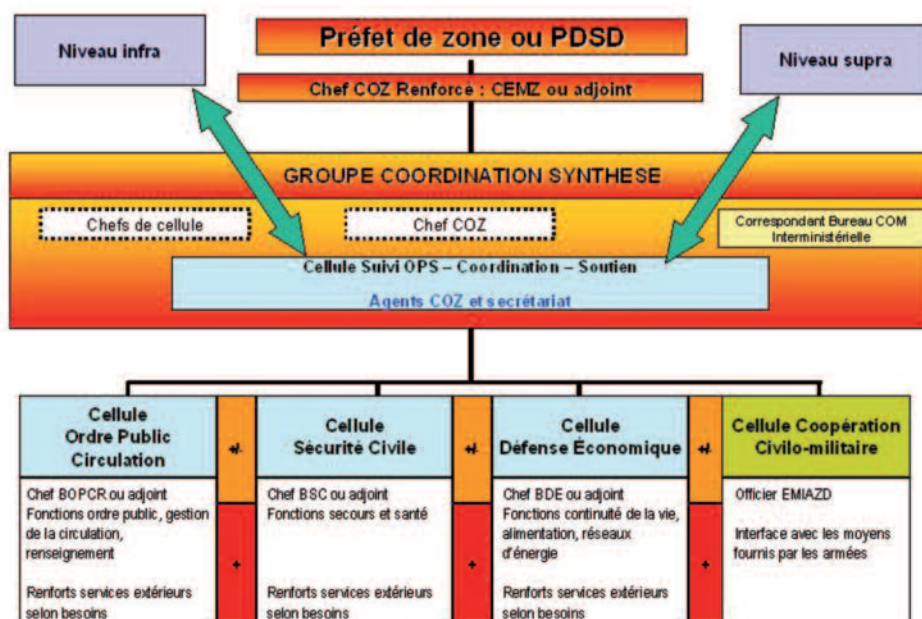
quels le COZ peut effectuer une demande de concours auprès de son interface militaire de niveau zonal, l'État-Major Inter-Armées de Zone de Défense (EMIAZD).

## Pour conclure

Le préfet de zone détient d'importants pouvoirs dans les domaines de la prévention, de la planification et de la gestion de crises. Il coordonne en ces domaines l'action des préfets de départements. Pour ce qui est de l'action opérationnelle, l'échelon zonal est le niveau de recours, d'appui et de soutien d'un préfet de département, directeur des opérations de secours.

Le préfet de zone dispose à cette fin de l'EMZ (et de son outil opérationnel : le COZ), dont l'expertise, les missions et l'organisation doivent permettre de répondre au panel très large des problématiques pouvant affecter la protection générale des populations. Il s'appuie pour cela sur les moyens publics et privés existants dans la zone ou, le cas échéant, en demandant la mobilisation des moyens nationaux, civils ou militaires nécessaires. ■

## Le centre opérationnel de zone en configuration renforcée



# Le retour d'expérience sur un exercice de sécurité civile L'exercice FINORGA du 2 décembre à Chasse sur Rhône (38)

Nicolas REGNY, Chef SIDPC (Préfecture de l'Isère)



© L. Cassagne - IRMa - PCO de l'exercice Finorga (2008)

Chaque année les préfetures organisent un certain nombre d'exercices de sécurité civile.

Ils ont pour but d'entraîner les services de l'Etat et de secours, les collectivités locales et les exploitants, à une situation de crise et de sensibiliser les populations riveraines au risque industriel.

Ces exercices répondent à des obligations réglementaires issues du nouveau plan ORSEC instauré par la loi de modernisation de la sécurité civile d'août 2004.

Cela permet aussi de tester le plan de secours conçu pour prévoir le pire pour un site industriel : le plan particulier d'intervention (PPI) qui intègre notamment un volet sanitaire.

Pour 2008 en Isère, c'est notamment l'établissement FINORGA-NOVASEP site classé sévés 2, fabriquant de produits pharmaceutiques à Chasse sur Rhône qui a été choisi.

Après concertation avec l'exploitant et le maire de la commune, c'est la date du 2 décembre 2008 qui avait été retenue.

## Les principales actions testées lors de l'exercice ont été les suivantes :

- Déclenchement du plan d'opérations internes (POI) de l'entreprise suite à une simulation d'incendie qui va engendrer des rejets de produits toxiques
- Prise en charge puis évacuation de deux employés intoxiqués
- Information rapide des autorités
- Déclenchement du plan particulier d'intervention (PPI) par le préfet
- Alerte de la population par sirènes
- Mise en place d'un périmètre de sécurité de 300 m autour du site avec bouclage
- Activation d'un PCO et d'un poste médical avancé (PMA) sur une commune voisine
- Participation des écoles communales à l'exercice (mise à l'abri).
- Levée de l'alerte et des mesures de protection

## Quel retour d'expérience ?

L'implication et la coopération totale de l'exploitant sont nécessaires dans

ce genre de situation. Il en a résulté de bons échanges d'informations entre l'exploitant et les autorités.

Les différentes opérations d'évacuation des blessés, de mise à l'abri et de bouclage ont été réalisées avec succès. La connaissance du type de risque sanitaire engendré par le site est primordiale pour les professionnels du secours (SDIS et SAMU).

En cas de risque chimique qui peut se propager rapidement et affecter une population riveraine nombreuse, l'ouverture d'un poste médical avancé (PMA) s'avère utile pour accueillir et traiter les victimes. Il s'agit aussi d'éviter de transférer vers les hôpitaux des personnes très légèrement atteintes.

L'élaboration d'un plan communal de sauvegarde par la commune est un complément indispensable et obligatoire. En effet, près du sinistre, le maire est un acteur clé pour la mise en place d'un poste médical avancé : mise à disposition de locaux, information de la population, ravitaillement...

Enfin, la connaissance du site par les professionnels du secours (SDIS et SAMU) et des échanges réguliers avec l'exploitant est un avantage indéniable pour gérer une situation de crise.



# Orsec nombreuses victimes (anciennement Plan Rouge)

Marion Hébert,  
Institut des Risques Majeurs

Le dispositif mis en place en cas de nombreuses victimes, est appelé le « plan rouge ». Il fait partie intégrante de l'ORSEC. Il détermine les procédures de secours d'urgence à engager en vue de remédier aux conséquences d'un accident catastrophique entraînant ou pouvant entraîner de nombreuses victimes. Par exemple : grave accident de bus, crash d'avion de ligne, déraillement de train de voyageurs, carambolages sur une autoroute... Juridiquement le plan rouge n'est plus distinct du plan ORSEC et il n'y a plus de déclenchement formel. Toutefois, le terme « plan rouge » reconnu par tous est conservé notamment pour la communication vis à vis

des médias et du grand public. L'objectif est de remédier aux conséquences d'un évènement majeur provoquant un grand nombre de victimes en prenant en compte les impératifs suivants :

- la rapidité de la mobilisation
- l'organisation du commandement et du partage de l'information, notamment sur le nombre et l'identité des victimes
- l'emploi de moyens (notamment médicaux) suffisants, adaptés, et coordonnés

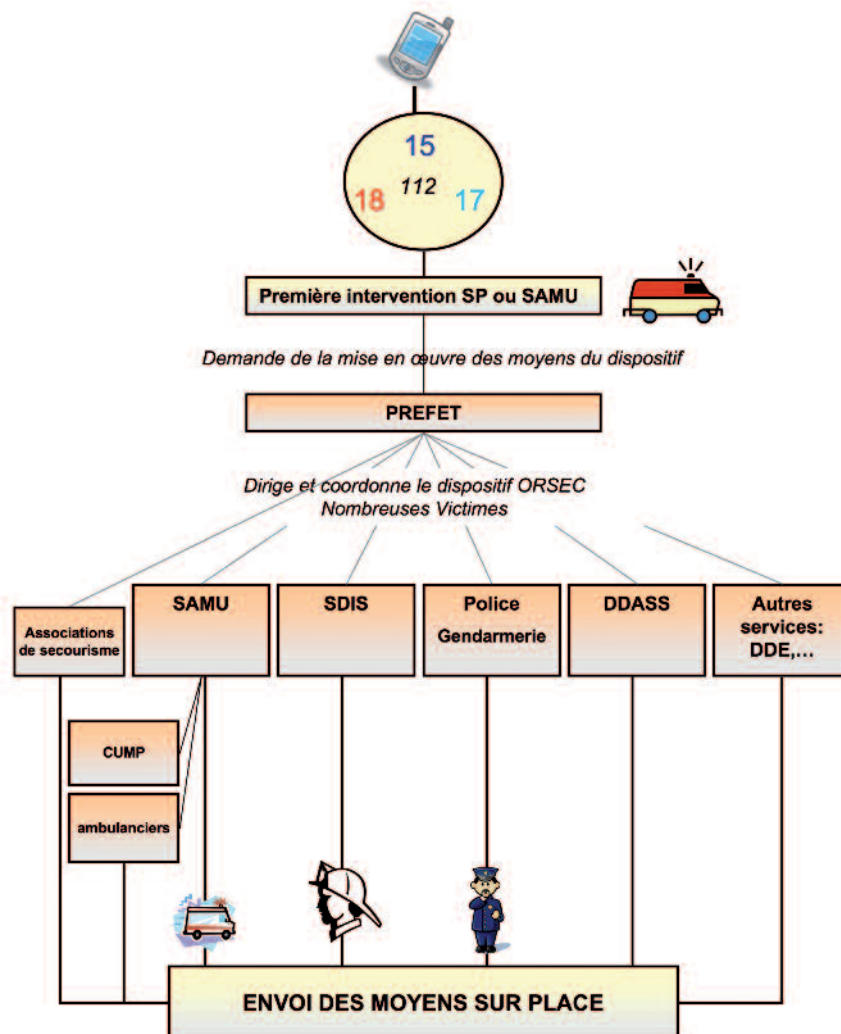
La mise en oeuvre du dispositif « plan

rouge » est proposée par le SDIS et/ou le SAMU.

Les critères généraux devant aboutir à la mise en oeuvre de ce dispositif sont la probabilité ou l'existence de nombreuses victimes et d'un besoin sanitaire massif et urgent.

**Le préfet de département** est l'autorité qui dirige et coordonne le dispositif. Il assure la **Direction des Opérations de Secours (DOS)**. Dès réception de l'alerte, les services d'incendie et de secours et le SAMU prennent les dispositions opérationnelles pour l'envoi de moyens nécessaires sur les lieux de l'évènement.

## ORSEC Nombreuses victimes - Schéma d'alerte général



## Schéma d'Alerte

Le directeur départemental des services d'incendie et de secours (ou son représentant) assure l'organisation des secours sous l'autorité du Préfet. Il est dénommé **Commandant des Opérations de Secours (COS)**.

Le préfet désigne également un **Directeur des Secours Médicaux (DSM)** - médecin du SAMU ou du SDIS - pour gérer l'organisation médicale des secours.

Les secours techniques (extinction incendie, désincarcération,...) sont assurées par le **Directeur Secours Incendie (DSI)**, sous la responsabilité du COS.

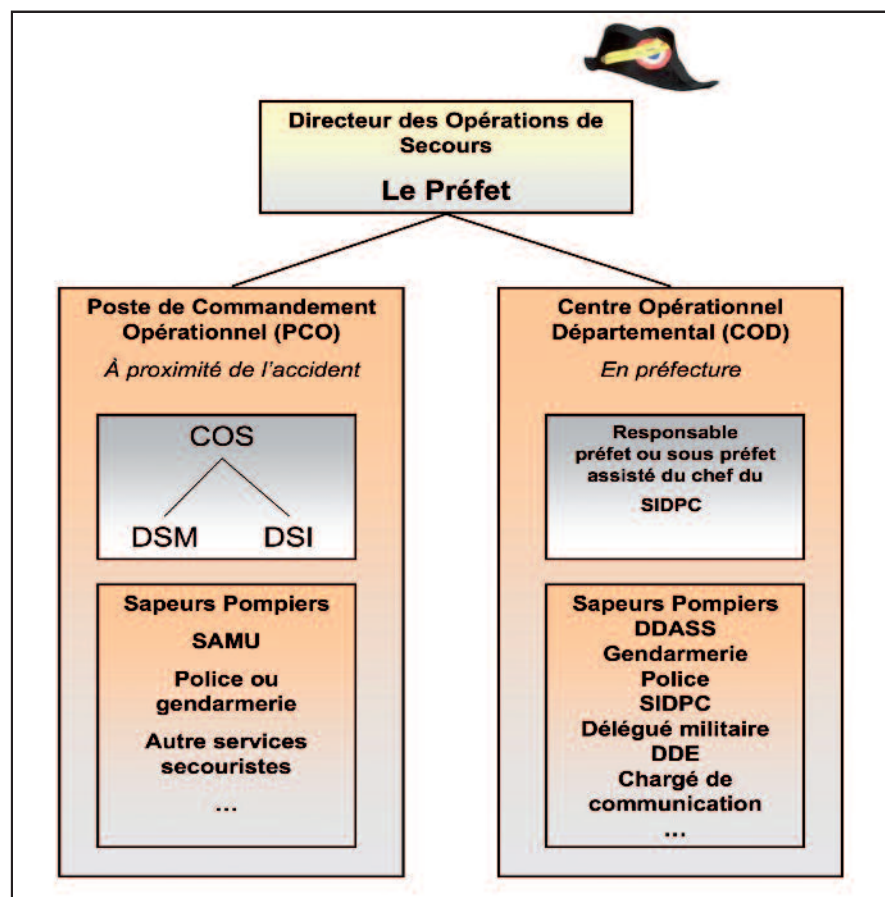
Dès la mise en œuvre du dispositif ORSEC nombreuses victimes, le **Centre Opérationnel Départemental (COD)** est activé en préfecture. Les services de l'Etat y sont représentés.

Le recensement, l'identification des victimes, l'information de leurs familles et la communication aux médias font parties de ses missions.

A proximité du lieu d'intervention, un

**Poste de Commandement Opérationnel (PCO)** est installé, assurant la coordination et la mise en œuvre des moyens de secours.

Si besoin, un sous préfet se rend sur place pour coordonner les secours et s'occuper de la communication avec les journalistes présents. ■



## Organisation des secours sur le terrain : le rôle du SAMU et du SDIS

Docteur Jean-Michel Lacroute (SAMU de l'Isère),  
Docteur Laurent Gabilly (SAMU du Rhône)  
et Médecin Lieutenant Colonel Christophe Roux (SDIS de l'Isère)

**C**atastrophe signifie disproportion entre les besoins nécessaires et les moyens disponibles.

C'est pour répondre à cette difficulté initiale que le plan ORSEC a été élaboré en 1952, puis réactualisé, et adapté en décembre 2006 pour signifier désormais : **Organisation de la Réponse de Sécurité Civile**. Il mobilise et coordonne les acteurs de la sécurité civile sous l'autorité unique du préfet : Police, Gendarmerie, Santé-SAMU, pompiers,...

**Le plan rouge (ORSEC nombreuses victimes) en est la déclinaison sur le terrain**

Concernant la **médicalisation** des secours, elle repose, au niveau départemental, sur deux services qui se complètent :

- le SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours),
- le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).

Ils juxtaposent, et coordonnent leurs moyens dans le cadre de la **chaîne médicale des secours**, selon un principe hérité de la médecine de catastrophe, issue de l'expérience de l'Armée. Ils sont sous l'autorité du médecin **DSM** (Directeur des Secours

Médicaux), principal adjoint du **COS** (Commandant des Opérations de Secours, cadre du SDIS) sur le terrain. Réglementairement, le DSM est :

- soit le médecin responsable du SAMU ou son représentant



© Photothèque IRMa (S. Gominet) - Exercice PPI de Jarrie (38) en 2006

- soit le médecin chef du SDIS ou son représentant

La **RECONNAISSANCE** est la première opération qui se déroule sur les lieux de la catastrophe. Elle a pour but d'évaluer le type et le nombre de victimes, afin d'adapter les moyens à demander à l'arrière, aux différents services. Cette action se déroule en coopération entre la première équipe de pompiers, et la première équipe du SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) arrivées sur les lieux. En plus de cette évaluation, retransmise au centre de régulation du SAMU (**CRRA** : Centre de Réception et de Régulation des Appels) et du SDIS (**CTA** : Centre de Traitement des Appels), les deux équipes recherchent le site le mieux adapté pour la localisation du **PMA** (Poste Médical Avancé).

Ce dernier est idéalement implanté :

- dans des locaux « en dur » (salle des fêtes ou gymnase...),
- aisément accessible à de nombreuses ambulances,
- et à proximité d'un terrain (type aire de sport) vaste pouvant servir à poser des hélicoptères.

A défaut, est choisi un rassemblement d'ambulances, ou mieux le PMA transportable dont dispose le SDIS: juxtaposition de tentes et de structures à acheminer et à monter sur place. La localisation du **PRM** ou **CRM** (Point ou Centre de Regroupement des Moyens) où doivent converger l'ensemble des renforts (véhicules et matériels) est également définie.

Pendant ce temps, à l'arrière, le CTA

et le CRRA font le rappel de leurs personnels (renforts) pour conforter les premières équipes sur le terrain avec un supplément de moyens. En effet le quotidien continue à coté de la catastrophe, et il est nécessaire de pouvoir répondre rapidement aux nouvelles sollicitations :

- le SDIS mobilise ses groupements et ses moyens logistiques santé : PMA, lots de ramassage, réserves opérationnelles SAP (Secours A Personne) et NRBC
- tandis que le SAMU peut mobiliser tout ou partie du lot **PSM (Poste Sanitaire Mobile)**. On distingue
  - les **PSMI** (SAMU petites et moyennes villes) qui sont des stocks de matériel médical permettant de gérer 25 victimes graves grâce à un lot polyvalent transportable à l'aide d'une remorque,
  - les **PSM2** (SAMU des grandes villes) qui permettent eux de gérer jusqu' à 500 victimes pour l'ensemble de la dotation.

Au fur et à mesure de leur arrivée sur le site les pompiers organisent la **noria de ramassage**, relèvent les victimes sur le **chantier**, et les transportent au PMA au moyen de brancards, et de **VS AV (Véhicules de Secours et d'Aide aux Victimes)**.

Le **PMA** est l'addition des moyens humains et matériels du SDIS et du SAMU ; il doit être suffisamment en sécurité par rapport aux risques en jeu (explosion, incendie, éboulement, fuite de produit toxique...) pour réaliser :

- un **TRI** (ou **TRIAGE**), catégorisation

des victimes en fonction de leur gravité médicale. Ce tri peut succéder à un pré-tri effectué à l'avant, au **PRV** (Point de Regroupement des Victimes). Les **SOINS** nécessaires pour permettre aux victimes les plus graves de supporter ou d'attendre le transport vers la structure de soins hospitalière.

## TRI ET SOIN

Le **TRI** : il s'agit d'une classification des victimes selon leur gravité, et l'urgence des gestes médicaux ou chirurgicaux à réaliser: les victimes sont classées en différentes catégories :

- **UA** = rouge = Urgence Absolue si nécessité de soins immédiats ou dans un délai inférieur à 6 heures
- **UR** = jaune = Urgences Relatives nécessitant des soins dans les 12 à 36 heures
- **Impliqués** = vert = ce ne sont pas des victimes au sens lésionnel du terme, mais leur implication est matérielle ou affective, et leur prise en charge peut se faire par la **CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique)**
- **Décédés** = noir (ou violet)

Ce tri est réalisé par un médecin expérimenté, le plus souvent par un médecin du SAMU- SMUR aguerri aux urgences vitales.

Les **SOINS** sont alors sectorisés à l'intérieur du PMA avec la participation des équipes des SMUR et celles du SSSM (SSSM : Service de Santé et de Secours Médical) des SDIS :

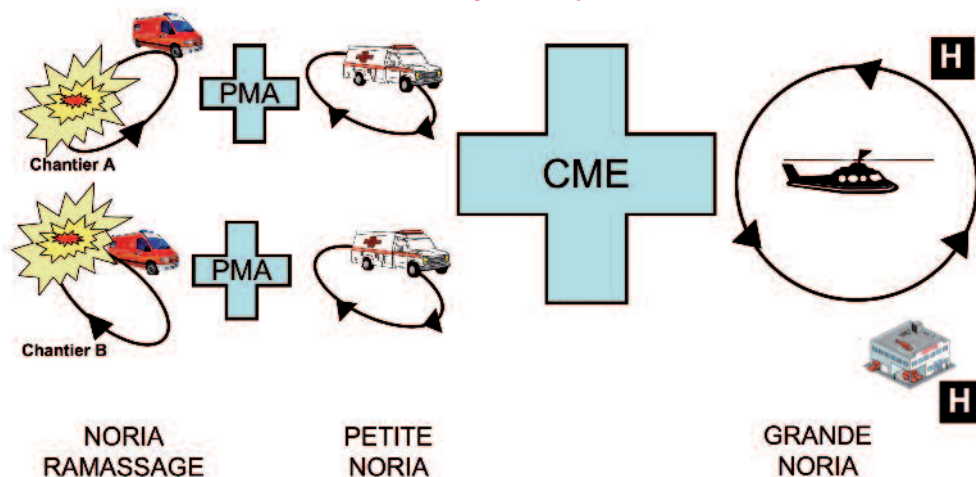
- **UA** : relevant de soins de réanimation
- **UR** : relevant de soins classiques.
- **IMPLIQUES** : pris en charge par la CUMP au CRI (Centre de Regroupement des Impliqués), avec une présence médicale pour évaluer le somatique
- les **DECEDES** : rassemblés en un lieu peu éloigné (« dépôt mortuaire »). Attention : si la Police Technique et Scientifique (PTS) est présente, les cadavres ne seront pas déplacés



© Photothèque IRMa (S. Gominet) - Exercice PPI de Jarrie (38) en 2006



## La chaîne des secours médicaux Catastrophe majeure



## Les interventions particulières

### Les attentats multisites

Les exemples de Madrid puis de Londres montrent que les attentats multi sites (plusieurs explosions très rapprochées en des endroits différents) sont redoutables en termes de désorganisation. L'organisation préventive actuelle tente de prendre en compte cette donnée: dotations médicales fragmentés pour plusieurs sites possibles, rappels gradués des personnels soignants, prudence lors de l'engagement des équipes du fait de risques de « sur-attentats ». Il est judicieux de prévoir sur chaque site un Médecin Responsable de Site (MRS), sous l'autorité du DSM.

### Les risques NRBC (Nucléaire Radiologique Biologique Chimique)

En 2001, les attentats de New York puis l'explosion de l'usine AZF en France ont généré une prise de conscience. En France, depuis 2003, la plupart des établissements de santé se sont progressivement dotés de tenues de protection pour leurs personnels et des formations spécifiques « risques NRBC » ont vu le jour, en complément de celles des SDIS et des éléments de la sécurité civile. Une organisation zonale est en place avec des établissements de santé de référence et des référents zonaux NRBC (un médecin-praticien hospitalier-

par SAMU zonal). Des unités de décontaminations hospitalières (au mieux : douches fixes car plus rapidement opérationnelles) sont nécessaires pour les zones à risques (grandes agglomérations), en complément des unités de décontaminations mobiles des SDIS.

- **Risque Chimique (C)** : il s'agit d'un risque soit technologique (nombreuses usines chimiques en France souvent concentrées), soit (et/ou) terroriste (exemple des attentats de Tokyo en 1995).

**Pour le risque chimique, la décontamination des victimes prime sur la réanimation.**

Le défi est d'éviter un transfert de contamination des produits chimiques (patients valides et invalides intoxiqués) vers les établissements de santé et les personnels soignants. L'important est de suspecter (cliniquement) très vite le risque NRBC afin de pouvoir alerter à temps les établissements de santé à proximité de l'évènement (fermeture, tri en tenue de protection, douches puis soins). Un dispositif de « bouclage » du site est à mettre en place rapidement avec de façon centrifuge :

- une ZONE D'EXCLUSION (danger liquide ou vapeur très important pour les secours: tenues avec Appareil Respiratoire Isolant (ARI),
- une ZONE CONTROLEE (point de regroupement des victimes, tenues de

protection pour les secours : Tenue Outre Mer (TOM) ou Combinaison Légère de Décontamination (CLD) avec masques à cartouches filtrantes) une ZONE DE SOUTIEN (à la sortie du module de décontamination - tentes mobiles des SDIS)

- Une décontamination « de masse » sur place (en zone contrôlée) des victimes est envisagée avec déluge d'eau entre 4 véhicules incendie SDIS.

La **circulaire 700** est le document officiel de référence.

- **Risque Nucléaire et Radiologique (N.R)** : les hypothèses d'accidents ou d'actes malveillants sont possibles : exemple de Tchernobyl pour les centrales nucléaires, ou bien utilisation d'une « bombe sale » (explosifs mélangés avec des poussières radiologiques qui sont ainsi disséminés par la bombe).

- Il faut distinguer la contamination externe ou interne de l'irradiation. Le but est d'éviter l'ingestion ou l'inhalation de poussières radiologiques qui définit la contamination interne. De même, il faut savoir qu'un patient irradié n'irradie pas.

**Pour le risque Nucléaire et Radiologique, la prise en charge d'une extrême urgence (EU) chirurgicale prime sur la décontamination.**

Le transfert de contamination radiologique est également à éviter.

La **circulaire 800** est le document officiel de référence.

- **Risque Biologique (B)** (bactéries, virus, toxines, champignons): différents agents du bioterrorisme (peste, charbon, tularémie, botulisme, variole...) sont utilisables avec une latence et une transmission différente des 2 précédents risques C ou NR. On peut inclure dans le risque B la menace de pandémie grippale (plan de pandémie grippale). Des plans dérivés du plan BIOTOX existent ou sont en préparation (plans variole, peste-charbon-tularémie, toxines...). Des stocks de certains antiviraux ou antibiotiques sont constitués, de même que différents masques de protection respiratoire.

**Les points importants des 3 risques NR, B ou C sont :**

- L'impact psychologique majeur supplémentaire auprès des populations (et des secours), avec notamment une gestion des impliqués plus complexe encore qu'avec les risques dits conventionnels.
- L'importance de la « levée de doute NRBC » (par les CMIC et CMIR - Cellules Mobiles d'Intervention Chimique ou Radiologique - des SDIS)
- La fragilité des établissements de santé souvent urbains qui seraient potentiellement les deuxièmes victimes de tels événements (transferts de contamination).

**Des mesures nationales existent, mais demandent à être encore développées :**

- Les annexes NRBC aux plans blancs sont à prévoir pour tout établissement de santé, public ou privé
- La mise en place récente de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence (AFGSU) spécialisée NRBC dans les établissements de santé, au bénéfice d'un « noyau dur » de volontaires formés pour être capables de travailler en tenue de protection type CLD ou TOM, avec masque à cartouche filtrante, en complément des moyens des sapeurs pompiers et des éléments de la sécurité civile.

## Les ambulanciers privés et le dispositif d'urgence dans l'Isère en 2008.

Serge TRIPIER-MONDANCIN,  
 directeur de l'entreprise Alpes Azur et président de l'ATSU 38  
 (Association des Transports Sanitaires Urgents)



© ATSU 38

Les ambulanciers privés sont aujourd'hui des partenaires à part entière de l'organisation du traitement des « urgences aux personnes » dans le département. Plus précisément, ils interviennent dans le dispositif comme « vecteur de transport » exclusivement sur décision du centre 15, c'est-à-dire après qu'un médecin régulateur ait choisi l'ambulance privée comme le moyen d'intervention le plus approprié à l'état du patient.

Les entreprises de transports

**sanitaires** (couramment appelées : ambulances privées) relèvent exclusivement du secteur privé.

L'organisation de leur participation à l'urgence suit deux régimes bien distincts :

- des périodes de garde ambulancière
- des périodes hors garde ambulancière.

Les entreprises de transports sanitaires sont tenues de participer à tour de

rôle à un service de garde sous l'autorité du préfet :

- toutes les nuits de 20h00 à 08h00
- le dimanche et les jours fériés de 08h00 à 20h00.

Le service de garde fait l'objet d'une organisation et d'un mode de rémunération spécifique.

Le département de l'Isère a été divisé en 13 secteurs dans lesquels il y a une ambulance de garde au moins pendant les périodes de garde.

Le secteur de Grenoble se voit attribué deux ambulances le dimanche et les jours fériés et les secteurs à vocation touristique saisonnière se voient également renforcés l'hiver.

Lorsque l'ambulance de garde est indisponible par le fait qu'elle est déjà engagée sur une intervention, le Centre 15 peut faire appel aux entreprises de transports sanitaire sur la base du « volontariat ».

En dehors des périodes de garde, c'est le « volontariat » qui est la base du fonctionnement. Les Entreprises effectuent leur travail « normal » et répondent aux sollicitations du centre 15 uniquement si elles le souhaitent et naturellement le peuvent en fonction de leur charge de travail.

La sectorisation est reprise comme base de travail, les entreprises de transport sanitaire indiquent leur « disponibilité » pour une demande du centre 15 sur un serveur vocal mis à leur disposition ainsi les ambulances disponibles sont immédiatement connues. Si aucune possibilité n'est affichée, le centre 15 procède à une recherche « empirique » d'une Ambulance disponible...

Le secteur de Grenoble a expérimenté l'année dernière un système « **d'assistance opérationnelle de jour** ». Les Entreprises de transport sanitaire de l'Agglomération Grenobloise ont mis en place une organisation volontaire qui met à la disposition du centre 15 en permanence au moins une ambulance sur le secteur de Grenoble pendant les périodes hors garde.

En 2009 la dernière évolution est l'intégration du samedi (journée) dans ce système.

Lorsqu'en dépit de ces différentes possibilités, le centre 15 ne trouve pas d'ambulances privées disponibles, on parle de **carence ambulancière** et le SDIS est alors sollicité. Pour l'essentiel, les carences interviennent alors que les entreprises de transport Sanitaire sont déjà engagées sur des interventions à la demande du centre 15.

**Depuis 2005 (date à partir de laquelle est effectuée une comptabilisation fiable) on assiste à une augmentation constante du nombre de transports réalisés par les ambulanciers privés.** Cette augmentation est très conséquente puisqu'elle atteint globalement plus de **40%**.

Parallèlement le nombre de carences diminue sensiblement pour atteindre **11%** en 2008.

Il faut bien comprendre que les ambulanciers privés ne constituent pas un Service d'Urgence en tant que tel, dédié à cette activité mais seulement une « ressource ».

L'implication des ambulanciers privés dans l'urgence en Isère est aujourd'hui manifeste et résulte d'une action volontaire marquée. Les seules obligations réglementaires hors-garde seraient très insuffisantes pour couvrir les besoins même en période de garde.

**On peut aujourd'hui estimer que ce volume représente approximativement le 1/3 des transports de personnes effectués en urgence dans le département de l'Isère.**

L'organisation du département de l'Isère reste très libérale. Avec des ambulanciers privés responsables, c'est un système efficace et sobre qui n'occasionne aucun surcoût de fonctionnement ni au dispositif public ni aux entreprises de transport sanitaire. Son fonctionnement fait l'objet d'un examen mensuel par un comité de suivi entre les différents partenaires qui jusque là a permis une amélioration continue depuis sa mise en place.

Pour 2009, l'ATSU 38 (Association des Transports Sanitaires Urgents) poursuivra son travail en veillant à la bonne mobilisation des Entreprises de Transport Sanitaire en orientant son action là où la réponse à l'urgence est encore perfectible. ■

### Quelques chiffres :

Le département de l'Isère dispose de 425 autorisations de circulation. La possession et la mise en œuvre d'un véhicule de transport sanitaire est réglementée, soumise à une autorisation délivrée par le Préfet. Le nombre de véhicules est donc par là limité. Sur les 425, 36 véhicules ont une vocation exclusivement hospitalière, le secteur privé dispose quant à lui de 200 ambulances et 180 VSL (Véhicules Sanitaires Légers).

## Les Cellules d'Urgence Medico-Psychologique (CUMP)

Dr Patrice BARO – psychiatre responsable de la CUMP 38  
Catherine DUMAS – psychologue référente de la CUMP 38

### Historique

Les suites de l'attentat du RER Saint Michel à Paris en juillet 1995, ont amené les plus hautes autorités de l'Etat à reconnaître l'impact psychologique de ces actes terroristes sur les victimes civiles.

La nécessité de prendre en charge ces blessés psychiques (et la dimension psychologique surajoutée chez les blessés physiques), a conduit à imaginer la mise en place d'un dispositif de

secours spécifique pour les victimes d'attentats, de catastrophes, et d'accidents collectifs.

Les objectifs étaient de permettre une prise en charge immédiate de ces blessés psychologiques, et secondairement de mettre en place une prévention de l'installation d'un syndrome de stress dit « post-traumatique », dans les semaines et les mois suivants.

L'expérience clinique et thérapeutique des psychiatres militaires a été utile,

notamment celle des Français qui ont développé la notion de « névrose de guerre » (particulièrement étudiée au cours de la guerre de quatorze et précisée avec les conflits armés qui ont émaillé le XX siècle).

Il a donc été mis en place en 1997 un Réseau National de l'Urgence Médico-Psychologique, comportant 7 Cellules Régionales Permanentes avec des moyens en locaux et en personnels (psychiatre, psychologue, secrétaire). Le psychiatre responsable est chargé

de coordonner les antennes départementales de sa région, chacune se trouvant animée par un psychiatre susceptible d'intervenir en cas d'urgence médico-psychologique en s'appuyant sur une liste de professionnels volontaires formés à ce type d'intervention (psychiatres, psychologues et infirmiers).

Ultérieurement, l'intérêt de ce dispositif s'est confirmé assez largement pour faire face à de nouveaux actes terroristes en France ou à l'étranger, mais aussi devant la survenue de catastrophes naturelles ou industrielles sur des théâtres nationaux ou internationaux (explosion de l'usine AZF à Toulouse, tremblement de terre en Iran, tsunami en Asie du Sud-Est...).

Par ailleurs, en dehors de ces situations de catastrophes de grande ampleur, les CUMP ont montré leur intérêt lors d'événements d'ampleur plus modeste, mais plus fréquents dans la vie quotidienne : les événements à fort retentissement psychologique collectif (gros accidents de la voie publique, accidents industriels, braquages avec prises d'otages, incendies...). C'est pourquoi en 2003, il a été décidé d'une extension du dispositif national en dotant de cellules permanentes les départements les plus peuplés (un million d'habitants), et les plus exposées à des risques industriels et/ou naturels.

C'est ainsi que le département de l'Isère a été doté d'une cellule permanente, rattachée au CHU de Grenoble et implantée au sein du SAMU.

## Mobilisations de la CUMP :

L'intervention de la CUMP est déclenchée directement par le Préfet (en cas de catastrophe) ou le plus souvent directement par le médecin régulateur du SAMU.

Il y a trois indications principales :

- Lors de la mise en œuvre des plans d'urgence dans le département (Plan Rouge, Plan Blanc...)
- Lors d'événements à fort retentissement psychologique collectif
- En renfort régional.

Il est important de souligner qu'un des rôles premiers de la CUMP est de faire un travail de **régulation**. L'identification de l'urgence psychique s'opère en effet dans un temps différent de l'urgence somatique. Elle n'en a pas le caractère vital à très court terme et il convient prioritairement de

s'organiser pour proposer une réponse adaptée.

Après avoir recueilli et évalué sereinement les éléments constitutifs de l'événement (dont le nombre et les caractéristiques des victimes et des impliqués) le psychiatre et/ou la psychologue de la CUMP se proposent comme conseillers auprès des autorités et/ou des responsables administratifs.

Le temps de la régulation permet de mobiliser une équipe de volontaires dont le nombre et la qualité (psychiatres, psychologues et infirmiers) seront adaptés aux circonstances.

- les situations de catastrophe majeure requièrent la mise en place rapide d'un Poste d'Urgence Médico-Psychologique sur le terrain, à proximité du Poste Médical Avancé. Le repérage des victimes présentant des troubles psychiques s'attache à distinguer les réactions adaptées des réactions pathologiques.
- dans les situations d'événement à fort retentissement psychologique collectif, on proposera aux impliqués qui le désirent une prise en charge dite « post-immédiate », le plus souvent dans les 24 à 48 heures. Elle est la forme d'intervention la plus adéquate pour une approche psychothérapique structurée.
- parfois enfin, il convient de s'abstenir d'une intervention prématurée ou intempestive. Nous devons rester attentif à ne pas « psychologiser » à l'excès un événement de la vie courante, fut-il dramatique.

## Intervention de la CUMP :

### Sur le terrain :

L'équipe CUMP aide au repérage, à l'accueil et à l'orientation des blessés psychiques. L'abord des victimes est

empathique et rassurant, mais non intrusif, respectant les défenses de la personne. Il s'agit de l'aider à retrouver ses repères, à prendre la mesure de l'événement et à bien situer sa place et son implication dans celui-ci. C'est pourquoi une écoute spécialisée par un professionnel formé est si importante.

### Les soins immédiats :

Ils visent à prendre en charge les manifestations aiguës de stress dépassé (anxiété, agitation, hébétude...) et parfois les premières manifestations psycho-traumatiques. Au delà du simple soutien psychologique, non spécialisé, les équipes CUMP pourront mettre en place un temps d'écoute spécialisée appelé « defusing », proposé en individuel ou en petits groupes, visant à favoriser la décharge émotionnelle et à lier le vécu traumatique par le langage. Le but est de favoriser ainsi à terme l'intégration de l'événement dans l'histoire du sujet.

**Des soins post-immédiats** peuvent être proposés aux personnes qui en ont besoin et qui le désirent. Une technique d'intervention psychothérapique plus structurée, appelée en France IPPI (Intervention Psychothérapique Post-Immédiate) vise elle aussi à favoriser l'intégration de l'événement en limitant, si possible, les effets psychotraumatiques à moyen terme.

Enfin, **un suivi à plus long terme** peut être nécessaire. La CUMP peut proposer une prise en charge en consultation de psychotraumatologie. Une orientation vers des modalités de soins plus classiques (médecin traitant, psychiatre de secteur ou libéral, psychologue) est une possibilité souvent utilisée. ■



© Mise en place de la CUMP de l'Isère lors de l'exercice Piratox de 2007 à Grenoble



## Exemples de situations d'intervention de la CUMP 38 de l'Isère:

### La catastrophe de l'accident du car polonais dans la descente de Laffrey en Isère (plan rouge)

Le dimanche 22 juillet 2007, à 9h30, dans le dernier virage de la descente de Laffrey à Vizille, un autocar polonais transportant des pèlerins, quittant la route, a plongé dans un ravin, faisant 50 victimes, dont 26 morts carbonisés.

Un plan rouge a été déclenché par la Préfecture de l'Isère et le CHU de Grenoble a suivi la procédure du plan blanc hospitalier (afflux massif de malades), pour la prise en charge des 24 blessés survivants et l'accueil des familles des victimes, arrivées dès le lendemain.

La CUMP 38 a donc été fortement mobilisée pour intervenir dans les suites immédiates et post-immédiates de ce drame.

Les survivants de l'accident, tous blessés physiquement, ont été pris en charge par les équipes des services d'urgence. Un psychiatre, deux psychologues deux infirmières, aidées d'interprètes polonais, se sont déplacées auprès des blessés conscients pour proposer une première expression verbale et émotionnelle concernant l'événement et pour repérer les symptômes de stress aigu avec possibilité de médication adaptée.

Au retour de leur intervention sur le site de l'accident, le personnel SAMU-

SMUR a « débriefé » en groupe de parole avec deux psychologues.

Le lendemain, les membres permanents et volontaires de la CUMP 38, assistés de l'équipe de psychiatrie de liaison adulte, ont participé à l'accompagnement des familles auprès des blessés survivants.

Une aide médico-psychologique a aussi été assurée auprès des familles endeuillées à la préfecture et au funérarium par le SAVU (service d'aide aux victimes en urgence), en collaboration avec la CUMP 38.

Un médecin psychiatre et la psychologue référente se sont déplacés le soir même à la Maison Familiale Hospitalière où étaient hébergées les familles, épuisées physiquement et moralement.

Les jours suivants, la psychologue référente de la CUMP a fait un travail de coordination et de relais avec les médecins psychiatres et les psychologues des services hospitaliers soignant les survivants de l'accident, ainsi qu'avec les psychologues-victimologues venues de Pologne.

Une présence CUMP a été assurée à la mairie de Notre-Dame de Mésage, commune où a eu lieu l'accident, pour un temps de parole psychothérapique groupal et individuel auprès des riverains, dont certains ont été témoins impliqués.

Egalement, la DDE a demandé l'inter-

vention post-immédiate de la CUMP pour ses agents ayant participé à l'organisation des secours sur place.

Enfin, certains membres du personnel hospitalier ont été vus en consultation spécialisée de psychotraumatologie.

### La participation de la CUMP 38 à l'exercice Mistral (Plan Piratox)

Le 25 septembre 2007, le Préfet de l'Isère a organisé un exercice de grande ampleur : la simulation d'un attentat chimique au gaz sarin dans le contexte d'un concert de rock au Palais des Sports de Grenoble. La CUMP 38, maillon important de l'accueil des victimes de cet attentat, a installé sur place et de façon immédiate, un PUMP (Post d'Urgence Médico-Psychologique) composé lors de cet événement d'un psychiatre, de deux psychologues et d'une infirmière. Ce dispositif a permis la prise en charge médico-psychologique et l'orientation de 17 blessés psychiques.

### La consultation de psychotraumatologie suite aux attentats terroristes de Bombay de novembre 2008 :

La CUMP 38 a mis en place un accueil individuel pour évaluer et suivre deux isérois, blessés psychiques sévères, ayant survécu aux attentats terroristes de Bombay de novembre 2008.

## Le plan blanc : théorie et pratique au chu de grenoble

Estelle FIDON,  
CHU de Grenoble, Directrice qualité, usagers et communication

Quelle organisation de gestion de crise mettre en place dans une structure hospitalière pour mobiliser immédiatement et efficacement les moyens nécessaires à la prise en charge d'un afflux massif et inopiné de patients ou de victimes en situation de crise sanitaire grave et exceptionnelle, tout en continuant dans toute la mesure du possible à fonctionner normalement ?

Telle est la question à laquelle répond le dispositif plan blanc, rendu obligatoi-

re pour tous les établissements de santé publics et privés par la loi de santé publique du 9 août 2004 et ses textes d'application. S'appuyant sur le retour d'expérience des professionnels, le Ministère de la santé a adjoint à ce dispositif réglementaire un guide méthodologique<sup>1</sup> accessible sur son site internet<sup>2</sup> pour aider les hospitaliers à se poser les bonnes questions et à mettre en forme l'organisation et les moyens adéquats.

Pour faciliter la prise en charge des

victimes et permettre aux équipes médicales et soignantes de se concentrer sur celle-ci, l'ensemble des fonctions supports (ressources humaines, organisation des soins, logistiques, techniques, communication...) doit être parfaitement coordonné et activé sur un mode d'urgence et de circuits décisionnels courts. Dans une organisation complexe telle que le Centre Hospitalier Universitaire, ceci implique d'avoir réfléchi et anticipé de manière formalisée :

<sup>1</sup> « Plan blanc et gestion de crise. Guide d'aide à l'élaboration des plans blancs élargis et des plans blancs des établissements de santé » deuxième version, publiée en septembre 2006

<sup>2</sup> <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/planblanc/accueil.htm>



© CHU de Grenoble (Service Qualité, Usages, Communication) - Hôpital Michallon (38)

- la répartition des responsabilités pour action,
- la localisation et l'équipement de chaque structure intervenante,
- les moyens de coordination entre elles et vers l'extérieur,
- les circuits physiques de circulation internes et externes.

C'est une organisation de type militaire qui se met alors en place.

Au CHU de Grenoble, l'efficacité d'une telle organisation s'explique notamment par son antériorité. C'est en effet à la suite de l'accident de 1973 déjà survenu dans la descente de Laffrey et des attentats parisiens de 1978 et 1983, que le Professeur STIEGLITZ, fondateur du SAMU 38, avait engagé la réflexion sur la formalisation d'un plan ORCA qui deviendra le Plan Blanc. Aujourd'hui, l'organisation prévue, fruit de cet historique et régulièrement réactualisée, se matérialise dans un document de référence de 90 pages comportant notamment :

- 35 fiches de consignes, détaillant les tâches à effectuer dans l'ordre chronologique
- les coordonnées actualisées des personnes à mobiliser.

Ce document est diffusé sous format papier à tous les responsables des différents secteurs d'activité et accessible en ligne sur l'intranet dans une rubrique dédiée aux plans de secours. Chaque partie prenante doit en effet être en mesure de se l'approprier et de se remettre en mémoire rapidement les actions à mener, ce qui passe aussi par des actions de formation, communication interne et des exercices de mise en situation.

## Déclenchement du plan blanc

Au CHU de Grenoble, la décision de déclenchement du plan blanc revient à l'un des **Directeurs du CHU**, sur alerte du responsable médical du samu 38, et en fonction des éléments d'information qui lui sont fournis.

Les responsables des structures médicales spécifiques au plan blanc sont ensuite immédiatement contactés selon une liste prédéfinie. Le Directeur Général ou le Directeur Général Adjoint sont également contactés et préviennent :

- les autorités de tutelle de l'établissement (le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales et le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation),
- le préfet,
- le maire de Grenoble,

et les tiennent informés tout au long de la gestion de la crise.

Le déclenchement se traduit par l'ouverture immédiate des locaux des cellules de crise de la Direction Générale et du SAMU, et la mise en place des moyens téléphoniques par le cadre de direction, rappelé pour ce faire.

Le rôle de la cellule de crise Direction Générale est de prendre la direction des opérations, de coordonner les différents secteurs intervenants, de mettre à leur disposition les moyens nécessaires, et de centraliser les informations.

Pour constituer la *cellule de crise Direction générale*, il est procédé au rappel :

- de tous les **cadres de direction** joignables,

- du **Président de la CME** (Commission Médicale d'Établissement, instance de représentation des médecins, biologistes et pharmaciens du CHU),
- du **Coordonnateur Général des Soins** (responsable de tous les professionnels paramédicaux),
- du **responsable de la pharmacie hospitalière**,
- d'un **ingénieur biomédical** (expert pour la gestion technique du matériel médical),
- ainsi que de personnels administratifs.

La Direction du CHU est également représentée au sein de la cellule de crise SAMU et de toutes les structures spécifiques au plan blanc activées. En pratique, pour faciliter le rappel des personnes, chaque membre de l'équipe de direction du CHU a été destinataire d'une fiche mémo crise comportant les numéros personnels et professionnels directs des personnes concernées, ainsi que les premières consignes à appliquer.

Une « phrase type » d'annonce du déclenchement du plan blanc est répercutée dans toutes les unités et sur tous les sites du CHU selon une procédure pré-établie.

## Organisation des structures hospitalières

Suivant l'état des victimes de l'évènement et pour les accueillir, différentes structures sont activées sur le site Nord, dans des locaux prédéterminés.

Placées sous la responsabilité d'un médecin identifié, elles sont dénommées « Hôpital rouge » et « Hôpital vert » :

- L'« Hôpital rouge » concerne les victimes ayant un pronostic vital engagé et reçoit les **UA** (Urgences Absolues)
- L'« Hôpital vert » reçoit les victimes sans risque vital : les **UR** (Urgences Relatives).

Pour garantir l'opérationnalité immédiate des cellules de crise et des « Hôpitaux rouge » et « vert », des locaux sont dédiés et pré-équipés de moyens téléphonique, radiophonique, informatique, documentaire, de matériel médical et de tous les supports de communication nécessaires. Un stock de lits immédiatement disponibles est également constitué et conservé au sein du CHU.

Des lieux réservés à l'accueil des familles et de la presse sont également pré-identifiés. Le responsable des *fonctions techniques* présent coordonne l'installation de ces locaux, ainsi qu'une signalétique spécifique au Plan Blanc guidant vers les différentes structures (identification des bâtiments et des circuits patients). Il veille ensuite à la gestion des flux de véhicules légers, des ambulances et à la surveillance de l'héliport.

L'aide des forces de police peut être sollicitée par la cellule de crise en cas de nécessité.

Le **Coordonnateur Général des Soins** et ses collaborateurs évaluent, en lien avec les responsables médicaux, les besoins en personnel paramédical pour faire fonctionner les « Hôpitaux rouge » et « vert » ainsi que les unités susceptibles d'accueillir prioritairement les victimes après les premiers soins (réanimations en particulier). Il recense parallèlement les moyens humains disponibles à l'instant t dans l'établissement et gère l'affectation des

personnels en poste ainsi que les rappels de personnel à domicile.

Le Coordonnateur Général des Soins gère enfin les contacts avec les secteurs de Biologie, des renforts en matériel médical, et le renfort du personnel de la crèche principale de l'établissement pour favoriser la disponibilité des professionnels. Les fonctions transversales telles que le brancardage sont renforcées.

**Les personnels médicaux** sont quant à eux rappelés par les responsables des structures médicales.

Une fois informés, nombreux sont les professionnels hospitaliers qui proposent spontanément leurs services en cas de Plan Blanc.

Le **responsable de la pharmacie** assure avec ses équipes l'approvisionnement du **Poste Sanitaire Mobile**, constitué de dotations dédiées de médicaments et dispositifs médicaux, qui peut être acheminé sur les lieux d'un accident. Pour ce faire, la *fonction transport* du CHU est activée par le responsable de la logistique. L'approvisionnement pharmaceutique des « Hôpitaux rouge » et « vert » ainsi que des blocs opératoires, doit également être rapidement assuré, par rappel de personnels pharmaceutiques si besoin. Enfin, ce secteur peut être amené à assurer des processus supplémentaires de stérilisation de dispositifs médicaux.

La correcte **identification nominative des blessés** est capitale pour garantir la sécurité des soins et également pour assurer une bonne information des familles et des autorités, d'où la nécessité de prévoir une *fonction administrative*. L'identification peut s'avérer relativement complexe à gérer, notamment s'il

existe un obstacle linguistique comme ce fut le cas avec les victimes polonaises de juillet 2007. En pratique, lorsqu'un Poste Médical Avancé (PMA) est monté, les blessés sont munis d'un kit d'identification avec bracelet numéroté, d'une fiche médicale avec les premiers éléments du diagnostic et d'une étiquette de couleur différente selon leur état (rouge, jaune, vert, violet). Si une victime arrive à l'hôpital sans ce kit, cette identification doit être réalisée dès l'entrée par des personnels administratifs mobilisés à cet effet.

## Le volet accueil et communication, un point important à traiter

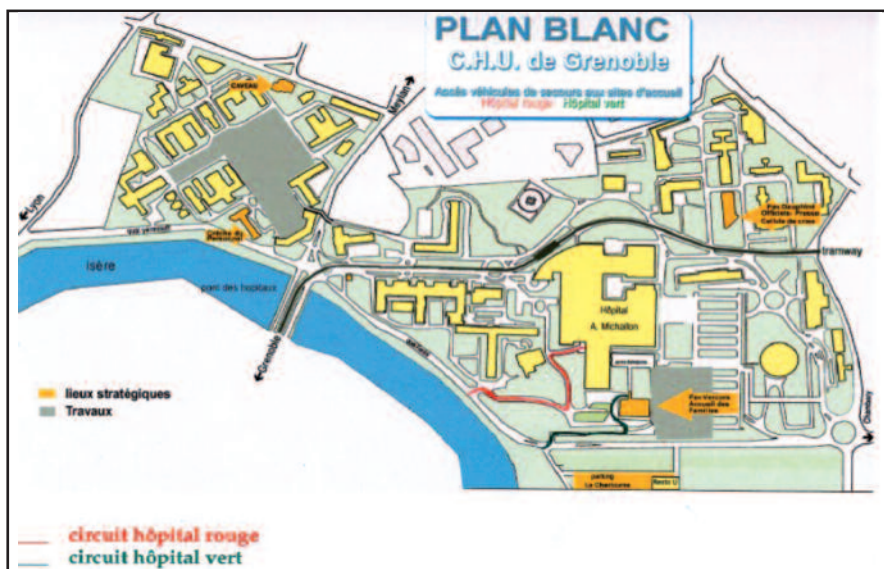
L'**accueil physique et téléphonique des familles et des accompagnants** constitue également un point de particulière attention. Ceux-ci n'ont en effet pas accès aux « Hôpitaux rouge » et « vert ». Il s'agit donc de répondre aux demandes d'information qui ne manquent pas d'affluer en pareille circonstance, puis d'organiser une transmission régulière d'informations validées. *La cellule d'accueil des familles se compose :*

- d'un cadre de direction,
- d'un cadre infirmier,
- d'assistantes sociales et hôtesse d'accueil mobilisées pour remplir la fonction d'agent de coordination administrative.

Ces professionnels sont identifiés par un badge et communiquent les informations recueillies à la cellule de crise.

La cellule d'urgence médico-psychologique (médecin psychiatre et psychologue) peut être appelée en soutien, de même que les aumôniers ou encore des bénévoles. Dans la gestion du plan blanc déclenché en juillet 2007, certains membres du personnel et les membres d'associations franco-polonaises ont ainsi spontanément apporté une contribution précieuse à l'accompagnement des familles de victimes, comme la Maison Familiale Hospitalière associative de La Tronche, sollicitée pour faciliter leur hébergement.

**Une bonne communication interne, mais aussi externe** est importante. Des conférences de presse sont tenues par le Directeur général et de le Président de la CME, représentant du corps médical, plus particulièrement en début de crise. La *fonction communication* est confiée en complément à un **cadre de direction** qui prépare les messages-clés pour la cellule de crise. Il gère ensuite les rela-



© CHU de Grenoble - Extrait du Plan Blanc

tions avec les médias et leur transmet à échéances régulières, en fonction d'une pression médiatique souvent forte et qui peut durer bien au-delà des premiers jours, les informations factuelles validées.

Il canalise les interventions au sein de l'établissement, pour préserver la tranquillité et l'intimité des victimes, de leurs familles et des professionnels.

L'une des missions incombant à la cellule de crise est aussi de gérer l'accueil de personnalités officielles et d'organiser leur venue dans certaines unités d'hospitalisation des victimes. Ainsi, lors de l'accident de Laffrey, dès le premier jour de la catastrophe le CHU de Grenoble a reçu la visite de François FILLON, Premier Ministre, et de Jean-Louis BORLOO, Ministre des transports, accompagnés de Monsieur MORIN, Préfet de l'Isère, et de Michel DESTOT, député Maire et Président du Conseil d'administration du CHU, puis de Michèle ALLIOT-MARIE, Ministre de l'Intérieur, avant d'accueillir les Présidents de la

République français et polonais en fin de journée. Le lendemain, le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation s'est rendu au CHU.

Restent les exemples de multiples missions qui sont à effectuer selon chaque situation particulière dans les jours et mois suivants: en 2007, la cellule de crise a ainsi eu à organiser :

- les auditions des victimes dans le cadre de l'enquête menée par la gendarmerie,
- la présence d'interprètes dans les différentes unités d'hospitalisation de victimes,
- un dispositif spécial de visite pour les familles,
- les rapatriements sanitaires en relation avec l'assurance des victimes,
- la préparation de la remise des distinctions officielles aux professionnels intervenus ainsi que différentes modalités de remerciement
- et même la gestion d'une remise de cadeaux de la part d'un gouver-

nement étranger pour remercier les professionnels !

- sans oublier les réunions internes de débriefing du plan blanc essentielles pour l'améliorer.

Le déclenchement d'un plan blanc pour répondre à une situation exceptionnelle constitue un temps fort de la vie hospitalière au cours duquel des professionnels de toutes catégories montrent leur capacité à mobiliser dans l'urgence et de façon coordonnée leurs compétences autour d'un objectif commun. C'est aussi un moment de recentrage sur les valeurs professionnelles fortes situées au cœur de la culture et de l'identité hospitalières, que sont accueillir et prendre soin de tous en toutes circonstances. ■

*Remerciements à Mme Stéphanie PIOCH, Directrice des Affaires Médicales au CHU de Grenoble, antérieurement chargée des plans de secours au CHU, dont la documentation a été largement utilisée, pour ses conseils et sa relecture attentive.*

## Le plan blanc élargi

Anne Barbara JULIAN Médecin inspecteur de Santé Publique DDASS 38  
Patrick BENOIT Médecin inspecteur de Santé Publique DDASS 38  
Anne Marie DURAND Conseiller Sanitaire de zone  
Sandrine LUBRYKA Ingénieur d'Etudes Sanitaires DDASS 38  
Sandrine CHUQUET Cellule de veille DDASS 38  
Dominique BRAVARD Directrice Adjointe DDASS 38  
Jean-Charles ZANINOTTO Directeur DDASS 38

La désorganisation du système de santé par un afflux de victimes dans le système hospitalier est traitée par le ministère de la santé comme un **risque à part entière**. Successivement, la circulaire du 24 Décembre 1987 relative à l'afflux des victimes à l'hôpital avait précisé des mesures d'organisation, étayée ensuite par la circulaire du 03 mai 2002 dans les suites du 11 septembre et de la catastrophe d'AZF à Toulouse.

Le « Plan Blanc » connaît une consécration législative dans la loi de la santé publique du 03 Août 2004 qui le rend obligatoire dans tous les établissements de santé. Il vise désormais à adapter l'établissement à toute situation exceptionnelle que la cause en soit l'arrivée massive de patients ou une altération majeure de son fonctionnement.

Le décret du 30 décembre 2005 relatif

à l'organisation du système de santé en cas de mesure sanitaire grave transforme l'ancien schéma départemental des plans blancs en plan blanc élargi qui à vocation à coordonner au niveau d'un département, l'ensemble du système sanitaire pour assurer la gestion d'un événement qu'un établissement seul ne pourrait maîtriser.

### I) Organisation en cas de menaces sanitaires graves.

#### I - le plan blanc

Il détermine l'adaptation de l'organisation d'un établissement en cas de situation exceptionnelle.

La qualité du volet « Hôpital rouge » du plan blanc du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, qui a montré toute sa pertinence lors de la catastrophe de Laffrey de juillet 2007, peut

constituer un exemple de méthodologie à suivre.

#### 2 - Le plan blanc élargi

Il est élaboré par la **DDASS** (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) sous l'autorité du Préfet; présenté pour avis au **CODAMUPSTS** (Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires, présidé par le préfet du département) et arrêté par le Préfet.

Il recense l'ensemble des personnes, biens et établissements départementaux susceptible d'être mobilisé en particulier, tous les professionnels concourant à la prise en charge de la santé de la population (dont les libéraux) et tous les établissements sanitaires. Il organise la coordination de ces différents acteurs dans le cas où

l'ampleur d'un événement justifierait leur mobilisation.

3 – Le niveau zonal et départemental.

Dès lors que les moyens d'un département sont insuffisants pour répondre à tous les besoins nécessaires ou pour des risques représentant une menace susceptible de s'étendre (nucléaires, chimiques, ou bactériologiques...), les préfets de zones sont appelés à apporter leur concours (via l'état major de zone et le délégué à la défense pour la santé DRASS- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), et à coordonner les actions départementales en matière de santé.

Si la situation l'exige, ou en cas de menace épidémique majeure, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prévoir dans l'intérêt de la santé toutes mesures proportionnées et appropriées. Il peut habiliter le représentant de l'état à mettre en application ces mesures qui peuvent comprendre les dispositions individuelles.

## 2) Le document « Département de l'Isère, plan blanc élargi, septembre 2007 »

Il se présente comme un manuel décrivant les acteurs et les modalités d'organisation en place et arrêtés, à la date de sa signature.

Il est applicable aux décideurs et aux acteurs susceptibles d'être intégrés dans un dispositif d'intervention, à l'occasion d'un événement qui touche directement leur structure, ou la population qui aurait recours à eux, ou lors d'un événement d'une ampleur telle qu'il justifie la mobilisation de moyens étendus.

Cette première version devra être complétée et actualisée au fur et à mesure des avancées de la réflexion collective.

Le plan blanc élargi est centré sur la démarche de soins mais intègre aussi des aspects de secours et de sécurité civile qui y concourent.

Il explique les modalités de veille, d'alerte et de mobilisation. Cette dernière se fait de manière graduée, dans le

temps et l'espace, pour adapter en permanence les réponses aux besoins : ainsi en fonction de l'événement la DDASS (sous l'égide de la Préfecture) peut mobiliser un ou plusieurs établissements et ceux-ci peuvent utiliser un dispositif intermédiaire appelé « hôpital en tension » ou faire intervenir l'ensemble des dispositions prévues dans le plan blanc.

Le document définit et décrit les moyens existants, leur fonctionnement et leur articulation en période ordinaire, les modalités de leur mobilisation par la Préfecture dans le cadre des plans et leurs possibilités de montée en charge. Les principaux moyens d'interventions sont

- le SAMU avec le Centre 15, les SMUR et le centre de régulation libérale,
- Les établissements de santé : ils sont susceptibles d'être tous concernés et selon leurs plateaux techniques et les activités qu'ils réalisent au quotidien, ils mettent en œuvre leurs moyens de façon graduée en 7 niveaux :
  - CHU ou hôpital référent départemental
  - Etablissements avec services d'urgences, pivots pour leur zone de SMUR
  - Etablissement de deuxième ligne accueillant les urgences, mais sans SMUR
  - Etablissement avec activité chirurgicale, mais sans service d'urgences
  - Etablissements de repli recevant les patients en provenance des établissements avec services d'urgences : petits centres hospitaliers et hôpitaux locaux
  - Etablissements de soins de suite et de réadaptation.
  - Etablissements psychiatriques
- Les médecins et professionnels de santé libéraux
- Les autres structures de santé : **PMI** (Protection Maternelle et Infantile), médecine scolaire, médecine du travail, centres de santé ou de prévention, **SSIAD** (Services de Soins Infirmiers à Domicile)...

Le document évoque brièvement des structures encore à l'étude et qui seront précisées dans le cadre de l'annexe « pandémie grippale » avec notamment les centres de coordination sanitaire et sociale et les structures intermédiaires ; ainsi que le « Corps de Réserve », ses modalités de constitution et de mobilisation. Le plan décrit les grandes lignes de la

lutte contre les risques Nucléaires, Radiologiques, Biologiques et Chimiques (risques **NRBC**). Il définit certaines notions comme les périmètres de sécurité, la décontamination, et permet de comprendre les principes et les modalités de prise en charge des patients ou des victimes tout en protégeant les personnels de secours et de santé ainsi que la population générale.

Les annexes précisent les différents dispositifs :

- Les différents plans de secours avec leurs niveaux d'intervention.
- L'atlas Isérois des risques naturels et technologiques.
- La liste des correspondants à la DDASS des différents plans à la date de rédaction du document.
- La répartition et le rôle des établissements de santé par niveau de plan
- Les modalités d'accès aux soins du patient dans un cadre de pandémie (ce document doit être actualisé car il ne tient pas compte de la mise en place d'un numéro propre à la régulation libérale en juillet 2008).
- Les moyens de protection contre le risque NRBC
- La répartition des comprimés d'iodure de potassium
- Le schéma général d'organisation des soins en cas de pandémie.

Le document « plan blanc élargi de l'Isère » devrait aider à comprendre le déroulement général d'un plan et à mieux connaître l'environnement dans lequel se déroule une éventuelle intervention. Ceci devrait favoriser une meilleure articulation entre l'ensemble des acteurs.

Cet arrêté préfectoral ne se substitue pas aux autres documents comme le plan rouge, le dispositif ORSEC, les Plans Particuliers d'Intervention (PPI) et les plans blancs hospitaliers, il ne modifie pas les règles d'engagement propres à chaque intervenant ou à chaque profession.

Il constitue une aide à la gestion de la situation, dont le Préfet mobilisera les moyens de façon adaptée à l'événement en cours.

La démarche de plan est complexe et évolutive, le document de 2007 permet à chacun de repérer sa place dans le dispositif général. L'annexe pandémie grippale sera l'occasion de développer le dispositif sanitaire pour faire face à une situation de risque épidémique extrême. ■

# Rôles des maires en cas d'événement nécessitant des interventions médicales d'urgence

Par le Lieutenant-Colonel Jean-Luc QUEYLA<sup>1</sup>,  
chef du groupement Grand Avignon au SDIS de Vaucluse  
Animateur de la commission Prévention de la FNSPF (Fédération  
Nationale des Sapeurs Pompiers de France)

## Le maire tient son rôle dans son pouvoir de police.

**E**n effet, la commune a été la première et longtemps la seule personne morale de droit public concernée, après que la loi des 16 et 24 Août 1790<sup>2</sup> eût confié aux « corps municipaux » c'est à dire aux autorités locales, une mission générale de prévention des risques et de distribution des secours.

Le pouvoir de police administrative est, aujourd'hui, défini dans le code général des collectivités territoriales. L'article L. 2212-2 du Code Général des Collectivités Territoriales dispose : « la police municipale a pour objet d'assurer le bon ordre, la sûreté, la sécurité et la salubrité publique. Elle comprend notamment : ... le soin de prévenir, par des précautions convenables, et de faire cesser, par la distribution des secours nécessaires, les accidents et les fléaux calamiteux ainsi que les pollutions de toute nature, tels que les incendies, les inondations, les ruptures de digue, les éboulements de terre ou de rochers, les avalanches ou autres accidents naturels, les maladies épidémiques ou contagieuses, les épizooties, de pouvoir d'urgence à toutes les mesures d'**assistance** et de **secours** et, s'il y a lieu, de provoquer l'intervention de l'administration supérieure<sup>3</sup>; ... »

Ainsi, le maire est désigné par les textes<sup>4</sup> relatifs à la sécurité civile comme étant le premier directeur des opérations de secours (DOS), quand se produit un accident, un sinistre, ou une catastrophe, à l'exception des hypo-

thèses où cette compétence est dévolue au préfet.

Toutefois, l'objectif assigné, aujourd'hui, au Maire, n'est plus seulement de dispenser le secours mais d'assurer la protection des personnes, encore appelée sauvegarde.

Ainsi, 2 cas de figure sont possibles :

1<sup>er</sup> cas : le maire est DOS

Il assure le premier la DOS dans la limite de sa commune. Il met en œuvre les premières mesures d'urgence, en lien étroit avec le COS, et les mesures de sauvegarde. Dans l'exercice de leurs pouvoirs de police, il met en œuvre les moyens relevant des services d'incendie et de secours dans les conditions prévues par un règlement opérationnel arrêté par le préfet après avis du conseil d'administration du service départemental d'incendie et de secours<sup>5</sup>. Ainsi, il décide des orientations stratégiques et valide les actions proposées par le COS<sup>6</sup>.

Dans le cas d'événements avec de nombreuses victimes, les secours vont orienter leurs actions et leurs moyens sur les victimes.

Mais le rôle des pouvoirs publics ne peut plus consister seulement à porter secours. La population ne comprendrait pas de ne pas être accompagnée dans ses efforts pour rétablir la situation.

2<sup>ème</sup> cas : le maire n'est pas DOS

Lorsqu'il n'est pas DOS, il reste en charge de la sauvegarde des popula-

tions et de l'accompagnement du retour à la normale.

Les actions communales vont s'orienter vers des mesures dites de sauvegarde : mesures immédiates de sauvegarde et de protection des personnes, l'organisation nécessaire à la diffusion de l'alerte et des consignes de sécurité, mise à disposition des moyens disponibles et mise en œuvre des mesures d'accompagnement et de soutien de la population.

Ainsi, outre les messages d'information à la population<sup>7</sup>, le Maire doit mettre en œuvre des mesures telles que :

- accueil des populations non victimes ;
- prise en charge des familles ;
- mise en place d'une assistance médico-psychologique ;
- mise à disposition d'un bâtiment pour les personnes décédées.

## Accueil des populations non victimes :

Souvent, lors d'événement avec de nombreuses victimes, il s'avère que plusieurs personnes ne nécessitent pas de soins mais doivent être, au moins dans un premier temps, pris en compte. Ainsi, en fonction de la durée de l'événement, des structures d'accueil doivent être mises en place. Ces structures permettront, si nécessaire, la restauration et l'hébergement de tout ou partie de ces populations.

Il convient dès lors que chaque structure d'accueil mise en place assure un secrétariat pour conserver une trace

<sup>1</sup> Co-auteur du « Manuel de Survie », édition Albin Michel et co-auteur de « la sécurité civile en France », édition des pompiers de France

<sup>2</sup> La loi des 16 et 24 août 1790 sur l'organisation judiciaire a été adoptée par l'Assemblée nationale constituante le 16 août 1790 et sanctionnée le 24 août.

<sup>3</sup> La même définition se retrouvait déjà dans le code des communes

<sup>4</sup> Article 16 de la loi de Modernisation de la sécurité civile :

I.- La direction des opérations de secours relève de l'autorité de police compétente en application des dispositions des articles L. 2211-1, L. 2212-2 et L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales, sauf application des dispositions prévues par les articles 17 à 22 de la présente loi.

<sup>5</sup> Article L1424-4 du CGCT

<sup>6</sup> Extrait du mémento PCS

<sup>7</sup> En situation de crise, l'information fréquente et précise de la population doit être recherchée par tous les moyens de communication modernes afin de favoriser la diffusion des messages des pouvoirs publics.

des actions menées ainsi que la répertoriation des personnes reçues.

## Prise en charge des familles

Lorsqu'il y a de nombreuses victimes, les familles se rendent sur place pour les accompagner dans leur prise en charge médicale. De même, en cas de décès, la famille doit non seulement identifier les corps mais aussi assurer leur prise en charge.

## Mise en place d'une assistance médico-psychologique

Toutes ces personnes, victimes, non victimes ou famille, nécessitent une prise en charge médico-psychologique. En effet, tout événement grave peut entraîner pour les personnes qui l'ont subi directement ou indirectement un choc émotionnel important, parfois



© Marion Hebert - IRMa - Exercice PCS d'Allevard (38)

accompagné de peur. L'aide psychologique a pour objet de procurer un calme et d'éliminer l'angoisse. Des locaux, loin de l'agitation des secours, sont indispensables.

De plus la personne a besoin de se sentir rassurée, écoutée afin de pouvoir revenir à une plus grande sérénité. L'organisation de débriefing (ou déchoquage psychologique) est souvent la meilleure solution.

## Mise à disposition d'un bâtiment pour les personnes décédées (dépôt mortuaire)

Afin de mettre en place un lieu d'accueil et de recueillement pour les personnes décédées, un dépôt mortuaire doit être prévu à cet effet. Eloigné du site, mais pas trop, cet espace doit permettre le recensement, l'identification et la prise en charge des corps.

## L'organisation communale

Pour répondre à ces différentes missions, la loi de modernisation de la sécurité civile<sup>8</sup> a prévu dans son article 13 la réalisation d'un plan communal de sauvegarde (PCS). Le PCS « regroupe l'ensemble des documents de compétence communale contribuant à l'information préventive et à la protection de la population. Il détermine, en fonction des risques connus, les

mesures immédiates de sauvegarde et de protection des personnes, fixe l'organisation nécessaire à la diffusion de l'alerte et des consignes de sécurité, recense les moyens disponibles et définit la mise en œuvre des mesures d'accompagnement et de soutien de la population. »

Il est obligatoire dans les communes dotées d'un plan de prévention

des risques naturels prévisibles approuvé ou comprises dans le champ d'application d'un plan particulier d'intervention<sup>9</sup>.

L'objectif du plan communal de sauvegarde est de se préparer préalablement en se formant, en se dotant de modes d'organisation, d'outils techniques pour pouvoir faire face à tous ces cas et éviter ainsi de basculer dans une crise<sup>10</sup>.

Le but du PCS est d'apporter une réponse opérationnelle à un événement. Pour ce faire, il est indispensable de répartir les missions de sauvegarde entre les différentes personnes qui vont prendre part au dispositif établi.

Afin d'accompagner le maire dans cette mission, cette même loi a prévu deux moyens distincts :

- un, basé sur l'associatif organisé, qui est un acteur complémentaire : les associations agréées de sécurité civile;
- un, basé sur le bénévolat, qui peut être qualifié de moyens de proximité : la Réserve Communale de Sécurité Civile.

Enfin, il est nécessaire que la gestion post-opérationnelle, souvent sous-estimée, soit anticipée et mise en place. En effet, les services de secours se retirent petit à petit et les sinistrés se retrouvent, ou ont le sentiment de se retrouver, peu à peu seuls ou isolés.

La commune est un maillon essentiel de l'organisation générale de sécurité civile. L'élaboration d'un PCS doit donc dépasser l'obligation réglementaire. La rédaction même du PCS doit permettre de développer une **véritable culture de sécurité civile au sein de l'organisation communale**.

Mais développer cette culture passe indéniablement par la mise en place et la réalisation d'exercices. L'ensemble des acteurs (élus, fonctionnaires, associations, population) doivent « bâtir une véritable politique d'exercices, variés et réalistes<sup>11</sup> ».

L'entraînement, au travers d'exercices périodiques, conditionne l'efficacité de l'organisation<sup>12</sup> et l'appropriation<sup>13</sup> de chacun des acteurs.

Afin d'accompagner la démarche d'exercices, la direction de la sécurité civile a réalisé un guide<sup>14</sup>.

Ces différents textes et documents sont aussi de nature à éviter l'improvisation, souvent source de dysfonctionnements. ■

<sup>8</sup> Loi n°2004-811 du 13 Août 2004

<sup>9</sup> Paragraphe 3 de l'article 13 de la loi n°2004-811

<sup>10</sup> Guide pratique d'élaboration PCS, édité par la Direction de la Sécurité Civile, Novembre 2005

<sup>11</sup> Préambule de la loi de 2004-811

<sup>12</sup> Mémento PCS, « s'organiser pour être prêts, la démarche » édité par la Direction de la Sécurité Civile – 2ème édition, Octobre 2008

<sup>13</sup> Mémento PCS, « les exercices » édité par la Direction de la Sécurité Civile, Octobre 2008

<sup>14</sup> Mémento PCS, « les exercices », édité par la Direction de la Sécurité Civile, Octobre 2008

# Retour d'expérience du maire de Notre-Dame de Mésage lors de l'accident de car polonais du 22 Juillet 2007

Interview de **Madame ADOBATI**,  
ancien Maire de la commune de Notre-Dame de Mésage,  
par **Marion HEBERT**, ingénieur à l'IRMa.

## Contexte de l'évènement :

La commune de Notre-Dame de Mésage est traversée par la RN85 ou route Napoléon, où la fin de la très dangereuse descente de Laffrey a été le lieu de trois des accidents de la route les plus meurtriers en France (1973, 1975, 2007). Le 22 juillet 2007, un car de pèlerins polonais dont les freins ont lâché, est venu s'écraser en contrebas de la rivière tuant 26 personnes et en blessant grièvement une quinzaine d'autres. Très vite, le Plan Rouge fut déclenché et les services de secours mobilisés.

## Comment se sont déroulés les évènements ?

L'accident s'est produit le dimanche 22 Juillet au matin, aux alentours de 9h30, en période de vacances. Alertée par un conseiller municipal qui se rendait sur Grenoble au moment de l'accident, j'ai pu me rendre immédiatement sur les lieux de l'accident. Les conséquences de l'évènement – de nombreuses victimes et des dégâts importants – étaient telles que le Plan Rouge a très vite été activé. Moins d'un quart d'heure après l'évènement, Monsieur Gilles Prieto – sous-préfet de l'Isère – s'est rendu sur les lieux et a pris la direction des opérations.

A ses côtés, je me suis donc rendue disponible pour mener les différentes actions qui m'étaient demandées.

Contrairement à d'autres situations de crise que j'avais déjà dû gérer quelques années auparavant (à savoir un accident de car de 47 Biélorusses mais sans victimes et qu'il avait fallu reloger), le fait que le Plan Rouge soit déclenché nous a fortement soulagés dans nos tâches. En effet, les services de secours avaient les réflexes, les moyens et l'organisation prévue pour agir au plus vite.

## Quelles sont justement les premières actions qui ont été demandées à la commune ?

Dans les premières heures qui ont suivi l'accident, de nombreuses tâches ont été confiées à la commune. Il s'agissait davantage d'un travail d'intendance que celui de secours aux victimes. J'ai alerté très rapidement les élus et agents présents (et qui n'étaient pas en vacances !) et nous nous sommes réparties différentes missions :

- la mise en place d'une personne en mairie pour assurer l'accueil des acteurs extérieurs (gendarmerie, préfecture,...) et la réception des appels

- la présence d'une personne à la salle polyvalente, chargée d'ouvrir les lieux et de rechercher des boissons fraîches pour les personnes non blessées, les intervenants,...
- l'ouverture des deux chapelles, pouvant servir de reposoir pour les victimes. A noter que ceci s'est par la suite avérée inutile car la chaleur était telle que les corps ont été transférés immédiatement aux morgues du CHU
- la présence des deux agents sur terrain, qui sont restés en lien avec la gendarmerie et les services de secours afin d'aider pour :
  - la mise en place d'un barrage temporaire de la route passant par la commune
  - l'organisation de la circulation
  - la récupération des bagages des personnes disparues
  - ...

Par ailleurs, nous avons été sollicités par les services de secours pour réfléchir aux lieux les mieux adaptés à la mise en place du Poste de Commandement Opérationnel (PCO) et du Poste Médical Avancé (PMA). Pour ce dernier, le maire de la commune de Vizille (Monsieur Alain Berhault) et moi-même avons tout de suite pensé au parking du magasin LIDL. En effet, ce lieu, proche de l'accident, bénéficiait de suffisamment d'espace pour accueillir les victimes, les véhicules et les hélicoptères.

En tant que maire, je suis restée en permanence auprès de Monsieur Prieto, au Poste de Commandement Opérationnel. Cela s'est avéré très positif : en effet, j'étais informée minutes par minutes de toutes les actions menées et cela était très rassurant pour moi. Face à la presse notamment, je savais quoi dire et à quoi m'en tenir.

## Vous disiez que le gros du travail pour la commune vient après l'évènement. De quoi s'agit-il exactement ?

Effectivement, pour la commune, c'est après l'évènement que le travail a été le plus dur.

Tout d'abord, nous avons dû aider la gendarmerie dans l'étiquetage des bagages et l'inventaire des papiers et effets personnels des victimes. Les affaires ont été mises sous scellés dans une pièce fermée, en mairie. Mais vers 17h, les téléphones portables présents dans les bagages ont commencé à sonner et nous ne savions pas quoi faire. Nous avons dû rappeler la gendarmerie qui seule possédait les clés, et sortir les téléphones. Avec l'aide de l'association de traducteurs, les appels ont alors pu être réceptionnés et traités.

Ensuite, le lendemain de l'évènement, une fois les corps des victimes, les bagages et le véhicule enlevés, il a été demandé à la commune de nettoyer les lieux. Cela a été une tâche délicate pour les agents techniques, qui se sont retrouvés sur place au milieu des débris du car, d'affaires calcinés, et du souvenir encore si présent du drame.

Enfin, une lourde tâche administrative nous attendait : celle de la réalisation des certificats de décès. Nous devions les réaliser en trois exemplaires, et nous ne disposions pas d'assez de documents en mairie. Le dernier certificat a été réalisé en septembre, plus d'un mois après l'accident.

En ce qui concerne les traductions, les certificats de décès et le réconfort des Polonais, il est important de souligner la présence du Consul de Pologne nous a été d'une grande aide.



## Quel a été le retour d'expérience suite à l'évènement ?

Aucune action n'était facile mais nous avions la chance d'avoir une équipe soudée, qui s'est mobilisée pendant de nombreux jours sur l'évènement. Les bonnes relations que j'entretenais avec le maire de Vizille ont permis également de faciliter les actions telles que la mise en place du PMA, la recherche de moyens de ravitaillement (nous n'avons aucun commerce sur la commune),... Mais je savais également que cette épreuve serait pour certains dure à surmonter. C'est pourquoi, j'ai contacté dès le lendemain la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) départementale de l'hôpital, qui a accepté

d'assurer des permanences en mairie pour permettre aux riverains, aux agents, ainsi qu'aux élus, de venir s'exprimer et partager leur vécu.

## Avez-vous par la suite engagé des changements ou modifications en terme d'organisation communale ?

Nous avons déjà réfléchi à une organisation communale et à des outils dans le cadre de l'élaboration de notre PCS (plan communal de sauvegarde). Toutefois, l'accident nous a montré que certaines améliorations techniques et organisationnelles étaient à revoir, notamment :

- l'installation d'une seconde ligne téléphonique en mairie, uniquement

- destinée aux situations d'urgence
- la constitution d'une mallette d'astreinte pour les élus, reprenant les numéros de téléphones essentiels et certaines fiches réflexes,
- la mise en place d'un pass pour l'ouverture des lieux communaux (nous avons près de 10 clés différentes pour les accès et placards de la salle polyvalente !),
- ...

Néanmoins, je pense que nous avons été réactifs, et que les réflexes étaient bien là. Nous avons d'ailleurs été remercié pour toutes les actions de soutien, de présence et de réconfort que nous avons pu, à notre niveau, apporter. ■



# Le rôle des associations de secourisme dans les grandes opérations de secours

Nicolas Regny,  
Chef de SIDPC, Préfecture de l'Isère



© Photothèque IRMa - Exercice PPI de Jarrie (38) en 2006

Il faut le savoir, les associations de secourisme peuvent être amenées à jouer un rôle important dans l'organisation des secours en cas de catastrophe.

Si le rôle de ces associations est bien connu du grand public en tant que formateur ou prestataire de dispositif de sécurité dans le cadre de rassemblements ; celui d'acteur du plan ORSEC l'est beaucoup moins.

Comme le prévoit la loi, lorsque les autorités publiques ne disposent pas de moyens suffisants pour organiser une réponse à la situation de crise, ils peuvent faire appel à des moyens privés.

Dans ce cas, il est fait appel en priorité aux associations de secourisme agréées par le ministère de l'Intérieur.

La loi de modernisation de sécurité civile de 2004 qui a instauré cet agrément précise que « seules les associations agréées sont engagées, à la demande du préfet ou lors du déclenchement du plan Orsec, pour participer aux opérations de secours et à l'encadrement des bénévoles dans le cadre des actions de soutien aux populations. »

Ces associations apportent leur concours à titre complémentaire aux

moyens des services de secours publics : aide aux secouristes professionnels sur le lieu de la catastrophe, assistance psychologique des victimes ou de leur famille, aide au ravitaillement, à l'hébergement...

Par exemple, en juillet 2007 lors du dramatique accident du bus polonais à Laffrey (38) qui fit 26 morts et 24 blessés, l'aide des associations, que ce soit le jour du sinistre ou les jours suivants, a été très appréciée.



© Photothèque IRMa (S. Gominet) - Participation de la FFSS à l'exercice PPI de Jarrie (2006)

La France a la chance de disposer d'un réseau associatif expérimenté et reconnu par les pouvoirs publics. Il s'agit la plupart du temps d'associations ou de fédérations nationales représentées sur le département par une délégation. Les plus importantes et les plus actives sont :

- La Fédération Nationale de la Protection Civile ;
- La Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme (FFSS) ;
- La Fédération des Secouristes Français Croix Blanche ;
- Le Secours Catholique ;
- Et bien sûr la Croix Rouge (voir ci-contre)

A noter enfin le rôle utile voire indispensable que peuvent jouer des associations spécialisées dans certaines opérations de secours :

- Pour la radio transmission des secours dans les zones de montagne ou d'accès difficile : rôle des réseaux radio associatifs de Sécurité montagne ou de l'association départementale des radio transmetteurs au service de la sécurité civile (ADRASEC)
- Pour les secours en milieu souterrain : rôle du Spéléo Secours Français. ■

# La Croix-Rouge française face à la catastrophe

Patrice Dallem,  
Directeur de l'urgence et du secourisme de la Croix Rouge Française (CRF)



© Croix-Rouge Française

## Une vocation de longue tradition

En 1859 à Solferino, Henry Dunant inventait l'action humanitaire d'urgence puis fondait quelques années plus tard le Mouvement Croix-Rouge. Les sociétés nationales (aujourd'hui au nombre de 186), historiquement et statutairement auxiliaires des pouvoirs publics, le font vivre depuis près de 150 ans. Pionnières à l'image du fondateur, elles ont enrichi l'intuition originale et développé, au-delà de la réponse aux détresses les plus urgentes, des actions qui visent à accompagner les plus démunis dans la durée.

En référence aux principes du Mouvement – et notamment aux principes d'humanité et d'impartialité –, la raison d'être de la Croix-Rouge est de « prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes et de subvenir par priorité aux détresses des personnes les plus vulnérables ».

Trois lignes de force en résultent pour une action humanitaire durable (pas nécessairement une action longue mais une action dont les effets durent), tant en France qu'au-delà des frontières :

- être présents et compétents là où les besoins des personnes en

détresse ou démunies sont les moins bien couverts,

- promouvoir l'attention aux personnes et retisser des liens entre elles, notamment en rapprochant les populations que la souffrance isole (les blessés, les exclus, les sans-abri, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées...),
- innover, expérimenter, évaluer et, le cas échéant, savoir passer le relais pour innover à nouveau...

## L'action

Depuis 1988, la Croix-Rouge Française (CRF) engage en toute circonstances ses unités constituées, équipées et encadrées, à disposition du préfet Directeur des Opérations de Secours. En effet, de par sa connaissance du réseau national et son expérience de soutien aux populations lors des opérations de secours de grande envergure (en dernier lieu, les inondations du Sud de la France, le rapatriement des ressortissants français en difficulté à l'étranger, les récentes tempêtes de neige et de vents violents), la CRF est un acteur incontournable de la réponse aux situations d'urgence, auprès des pouvoirs publics.

Dans le cadre de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile et ses textes d'application qui ont commencé de bouleverser le paysage de la sécurité civile, à l'instar d'autres associations de sécurité civiles, la CRF a reçu un agrément national pour mener des activités référencées :

- **A** (secours à victime),
- **B** (soutien aux populations sinistrées),
- **C** (accueil et encadrement des bénévoles spontanés)
- **D** (dispositifs prévisionnels de secours).

Dans le cadre de sa mission de soutien aux populations sinistrées, la direction de l'urgence et du secourisme pilote l'ensemble de la stratégie de réponse aux situations d'urgence en France. Elle prépare et forme les cadres des directions départementales de l'urgence et du secourisme, leur fournit l'assistance nécessaire à la mise en place des schémas opérationnels et à la détermination des créneaux d'intervention en fonction des réalités départementales et locales.

**A l'échelle nationale**, dans les crises majeures, le Centre Opérationnel (CO) établit la relation entre le terrain, les services du siège, le réseau national et/ou international de la Croix-Rouge et les pouvoirs publics. Le CO coordonne les actions sur le théâtre des opérations projetant sur les lieux d'intervention les cadres et acteurs bénévoles (potentiel de 25000 personnes), ainsi que les moyens matériels nécessaires à l'action (véhicules, centres d'accueils normalisés pour les familles sinistrées, matériels de nettoyage et de remise en état des habitations, équipements ménagers de remplacement...). L'objectif étant de veiller à soulager la détresse des populations sinistrées et/ou impliquées directement ou indirectement dans la catastrophe.

**A l'échelle départementale ou locale**, les délégations de la Croix-Rouge sont organisées sur le même

modèle pour faire face à des crises que leurs moyens humains et matériels régionaux permettent de maîtriser.

Dans les situations d'extrême urgence, bien qu'elle dispose de plus de **10 000 intervenants secouristes** et de **550 véhicules de premiers secours à personnes**, la Croix-Rouge française

intervient rarement pour prendre en charge des blessés, tant l'organisation des secours publics dans ce domaine est efficace. Elle intervient cependant dans nombre de plans de secours spécialisés et participe aux exercices départementaux.

En cas de réquisition, la Croix-Rouge

peut intervenir aux différents niveaux de la chaîne des secours :

- petite noria,
- grande noria,
- prise en charge des impliqués

Elle peut éventuellement procéder à des évacuations d'urgence réalisées dans des conditions de sécurité adaptées aux missions de prompt secours. ■

## Procédure de déclenchement et moyens de la Croix Rouge, l'exemple du département de l'Isère

La croix rouge française peut intervenir de sa propre initiative ou à la demande des maires Directeurs des Opérations de Secours, dans la mesure de ses possibilités et de la disponibilité de ses volontaires.

Dans le cas où l'évènement dépasse le cadre de la commune, le préfet prenant la direction des opérations, l'intervention de la Croix Rouge Française se fera sous l'autorité de la cellule de crise préfectorale.

**Dans le département de l'Isère, il existe un numéro unique d'appel des moyens Croix-Rouge, disponible 24H/ 24h et 7jours sur 7, destiné aux maires ou au préfet.**

Ce numéro est disponible sur simple demande de la part d'une collectivité.

Tout appel est traité, même s'il ne conduit pas obligatoirement à l'engagement des moyens Croix-Rouge.

La Croix Rouge peut mettre à disposition différents moyens opérationnels, utilisés par des personnes formées. En Isère Elle dispose à cet effet :

- **de deux lots d'accueil des impliqués**, permettant d'accueillir chacun 300 personnes pour une courte durée (inférieure à une journée). Ces lots sont composés :
  - de deux percolateurs d'une capacité de 75 tasses chacun
  - D'un générateur d'eau chaude et de gobelets
  - De biscuits, sucre
  - De 1000 couvertures de survie
  - D'un lot de 1er secours
  - De nécessaire pour la prise en charge des enfants en bas âge
  - De nécessaire administratif pour le recensement et la prise en charge des impliqués

- **de deux lots d'hébergements** permettant l'accueil pour une durée de 1 à 5 nuits de 50 personnes chacun. Ces lots sont composés :

- de 50 lits picots
- De 50 duvets
- De 12 tentes parapluies permettant de préserver l'intimité des familles
- De kits hygiène femmes ou hommes
- De draps à usage unique
- **D'un lot « coup de main coup de coeur »** (remise en état rapide des habitations en vue d'une réoccupation)
  - Balais
  - Raclettes, seaux, serpillières
  - Produits d'entretien
- **De véhicules de transport de personnes** (minibus 9 places), véhicules légers, véhicules logistiques, véhicules tout terrain.

Les délégations Croix Rouge des départements voisins (Rhône, Savoie, Drôme), sont pareillement équipés et une montée en puissance rapide est possible si nécessaire, coordonnée par l'échelon national via le centre opérationnel (structure de commandement cf. article de P. Dallem).

Ces lots sont conditionnés de façon à pouvoir être mis en œuvre efficacement et rapidement, par des équipes ayant l'expérience des interventions de terrain.

A titre d'exemples, deux des récentes interventions de la Croix Rouge de l'Isère en décembre 2008 ont consisté en :

-l'intervention à la maison de retraite de Saint-Bueil pour apporter une aide au personnel suite à la coupure prolongée d'électricité (occasionnée par de fortes chutes de neige)

- l'intervention la gare de Grenoble pour apporter des couvertures pour des passagers bloqués dans un train

### Intervention de la croix rouge de l'Isère dans les opérations de secours

La Croix Rouge française de l'Isère est titulaire de l'Agrément Opérationnel A « opérations de secours » délivré par les pouvoirs publics. A ce titre, elle peut être sollicitée pour s'intégrer dans une opération de très grande ampleur (par exemple lorsque les moyens du SDIS sont dépassés) pour concourir aux opérations de secours aux personnes blessées.

La Croix Rouge de l'Isère est dotée d'un système d'alerte téléphonique en masse qui permet de mobiliser ses équipiers dans les meilleurs délais.

Son échelon de commandement est organisé de manière à s'intégrer dans la chaîne de commandement du dispositif ORSEC et agir en synergie avec les autres intervenants sous l'autorité du Directeur des Opérations de Secours. A cet effet, la Croix Rouge Française de l'Isère dispose :

- D'un réseau radio permettant d'assurer ses communications indépendamment du réseau téléphonique avec une autonomie électrique supérieure à 48h.
- De plusieurs tentes de grande capacité,
- D'une cinquantaine de brancard, d'une vingtaine de lots de secours (matériel secouriste de réanimation et d'immobilisation)
- De 12 Véhicules de Premiers Secours à Personnes.

**Ce moyens, servis par 150 secouristes formés et entraînés, peuvent être intégrés au dispositif des pouvoirs publics dans un délai de 2 à 3 h après l'alerte.**

# L'organisation des secours et la réponse médicale en cas de catastrophe dans quelques pays de l'Union Européenne.

Médecin Colonel Francis Lévy  
Médecin Commandant Fabien Trabold

La réponse à une catastrophe est très diversifiée dans les pays européens et dépend d'abord de l'organisation administrative du pays, de sa structure politique et de son histoire. Au plan médical l'organisation en cas de catastrophe est aussi liée à l'organisation des secours courants et repose beaucoup sur l'implication d'ONG tels la Croix Rouge ou l'Ordre de Malte et sur le système hospitalier. La notion de direction des secours médicaux confiée à un médecin n'est pas toujours présente, le commandement dépend souvent des gestionnaires administratifs de la santé ou de la protection civile. Il n'est pas possible de décrire ici dans le détail l'organisation propre à chacun des 27 pays de l'Union Européenne, mais il se dégage des lignes communes par entités géographiques et culturelles. Quelques particularités seront aussi mises en exergue en raison de leur originalité par rapport à l'organisation des secours en France. Les pays du Sud de l'Europe et les nouveaux pays ayant récemment intégré l'Union Européenne ont été volontairement non traités.

## Les pays alémaniques : (Autriche, Allemagne, Suisse)

Les opérations de secours se font en coopération entre les services publics et les organisations caritatives de volontaires. De façon générale les secours dépendent de deux organisations principales :

- Le service incendie (Feuerwehr), responsable des secours en cas d'incendie
- Le service de secours (Rettungsdienst), responsable des secours non incendie ou non technique.

Le service de secours est principalement réalisé par du personnel volontaire sauf dans les grands centres où il existe des pompiers professionnels et des Rettungs Assistenten (paramédics).

Lors de catastrophes en Allemagne, en plus des deux services, peuvent intervenir le « Technisches Hilfswerk »

(THW) et le « Katastrophenschutz » :

- Le THW est responsable du secours technique : électricité, eau potable, nourriture, hébergement des sinistrés.
- Le Katastrophenschutz l'est pour les organes de commandement et les communications.

Les soins pré-hospitaliers sont confiés aux associations caritatives volontaires telles la Croix Rouge, l'Ordre de Malte, l'Ordre de St Jean et les Samaritains. Le poste de DSM appelé Leitender Notarzt est le plus souvent confié à un médecin provenant des secours pré hospitaliers. Le réseau d'hélicoptères médicalisés est très développé.

**En Allemagne**, 90% du territoire est couvert en moins de 15mn par un hélicoptère.

**En Suisse** il est confié à la Garde aérienne suisse (REGA), un organisme parapublic où les habitants adhèrent par cotisation. Selon la nature de la catastrophe le commandement est assuré par un officier de police ou des pompiers.

Les hôpitaux possèdent chacun leur plan de rappel de personnels et d'organisation pour les afflux de victimes. Il est possible d'envoyer des médecins urgentistes spécialement entraînés sur les lieux de la catastrophe. Les infirmiers ne sont pas concernés car le service ambulancier possède des paramédics bien formés.

*Bien que les secours soient basés pour l'essentiel sur le volontariat, ces pays sont capables de mobiliser très vite des ressources considérables en cas d'évènement majeur en raison de la densité et du nombre de ses organisations de secours.*

## Les états du Nord de l'Europe :

**Au Danemark**, les municipalités sont responsables de la préparation locale des plans et des moyens de secours. Les régions ont la responsabilité des services d'incendie et ambulanciers, qui peuvent être délégués à une entreprise privée. La société privée Falck gère la plupart des services d'incendies et de secours ambulanciers sur le territoire danois. En cas de nécessité de coordi-

nation entre les différentes agences, c'est la police qui en a la charge.

La forte privatisation des secours est une des originalités du Danemark qui s'étend à d'autres pays nordiques et aux pays de l'est européens (en particulier les états baltes et la Slovaquie).

**En Finlande**, le gouvernement assume le leadership au niveau national avec pour principe que chacun doit assurer son travail habituel en évitant au maximum des changements d'organisation. Les agences de santé (sous la tutelle du ministère de la santé et des affaires sociales) sont responsables du traitement et du transport des victimes ainsi que du support social des impliqués. Les responsables des services incendie municipaux, régionaux ou nationaux assument le commandement lorsqu'une coordination est nécessaire, sauf s'il s'agit de secours très spécialisés comme le secours en mer. Les secours médicaux se font sous la direction d'un officier médical sur le principe d'un point de rassemblement et de traitement des victimes en dehors de la zone de risque.

Les hôpitaux et les centres de santé disposant de services d'urgence ont tous un plan en cas de catastrophe extrêmement flexible, permettant la mobilisation de personnels et de ressources du district. C'est le médecin chef de l'hôpital qui conduit les opérations et assure l'information du public et des médias.

**En Norvège**, deux centres principaux « Stavanger » et « Bodø Health and Rescue Service » ont la main sur le management opérationnel et la coordination, respectivement pour le sud et le nord du pays, tant pour les opérations à terre, sur mer ou aériennes. Sur les lieux, l'officier de police senior prend le commandement et assure la coordination avec le chef des sapeurs-pompiers et l'officier médical dans un poste de commandement dédié. Un point de rassemblement, d'identification et de traitement des victimes est organisé ainsi qu'un point de regroupement et de contrôle des ambulances à proximité. Usuellement, C'est un officier de police ou un officier médical qui contrôle les ambulances.

**En Suède**, le gouvernement a délégué à « SOS Alarm » la réception, l'analyse et la transmission des alertes « 112 ». C'est une société d'économie mixte dont 50% du capital provient de l'état et 50% des villes et des comtés. En cas de catastrophe, il existe également une collaboration avec SOS International, qui appartient aux compagnies d'assurances nordiques.

Les centres « SOS Alarm » envoient les secours sur les lieux selon des plans prédéterminés, dont l'objectif est d'assurer la prise en charge initiale pour la poursuivre sans interruption jusqu'à la prise en charge définitive.

Le travail médical, sous la direction d'un officier sanitaire DSM ne peut commencer qu'après autorisation du chef des services de secours. Toutes les décisions doivent être prises en coordination avec lui.

L'ambulance arrivée en premier devient l'ambulance de contrôle. Son équipage est chargé du bilan médical initial, de la première prise en charge et du tri sans perte de temps pour éviter d'augmenter le délai d'arrivée dans les hôpitaux.

Sur le plan hospitalier, trois niveaux d'organisation sont prévus :

- la mise en place du centre administratif de commandement à l'hôpital,
- le renforcement des équipes et l'alerte des personnels clés pour la bonne marche du plan,
- la mise en route de toutes les ressources prévues dans le plan catastrophe avec l'ajournement de l'activité non urgente et l'organisation du tri aux urgences

Le plan d'urgence est sous les ordres d'une personne formée et spécifiquement payée pour cela. L'hôpital organise aussi la prise en charge psychosociale avec des psychologues, des travailleurs sociaux et des aumôniers. La police et les sapeurs-pompiers ont également des groupes de support psychosocial. Les hôpitaux ayant des services d'urgence sont dans la capacité d'envoyer sur les lieux une équipe formée d'un anesthésiste ou d'un réanimateur et d'une infirmière de soins intensifs.

Le Swedish National Air Medevac (SNAM) a en charge l'ensemble des évacuations médicales aériennes par hélicoptère ou avion sanitaire.

Pour garder un niveau élevé de formation des équipes médicales, les autorités locales organisent annuellement des exercices dans des conditions très réalistes

**Au Bénélux**, la direction générale de la Sécurité Civile Belge dépend du

Ministère Fédéral de l'Intérieur. Les communes sont les premières responsables de la prévention et de la lutte contre les incendies et autres situations d'urgence. Les plans sont déclenchés dans plusieurs cas :

- lorsque plus de 5 blessés graves sont dénombrés ou à craindre,
- lorsque le nombre total de victimes dépasse 10 quelle que soit leur gravité,
- lorsqu'un nombre élevé de personnes est menacé par l'évolution d'un événement
- ou lorsque l'évènement implique des destructions pour l'environnement.

Les opérations d'incendie et de secours sont dirigées par un directeur de secours. Les secours médicaux et sanitaires sont sous la responsabilité d'un directeur des secours médicaux. La police est chargée du maintien de l'ordre, de l'appui logistique et de l'information.

Au plan médical, il est prévu un PMA avec un officier de liaison médicale, un officier de liaison avec la centrale d'alerte, des médecins chefs de chantier, des médecins trieurs, un médecin chef du PMA et un médecin régulateur à la centrale d'alerte.

**Au Pays Bas**, sous la responsabilité du ministère de l'Intérieur, les villes organisent un groupe de commandement central, autour du Maire, à l'Hôtel de ville. Il est composé des responsables de la Police, du Service d'Incendie et de Santé public et services médicaux. Un centre opérationnel dédié est activé. Sur les lieux de l'accident, le commandement est assuré par l'officier responsable des sapeurs pompiers qui établi un centre de commandement.

La partie médicale est assurée par le directeur médical du service ambulancier pris sur une garde d'officiers médicaux du district dont un est toujours d'astreinte.

Le chef des secours, le chef de la police et le directeur médical forment le groupe de management opérationnel. Les grands hôpitaux ont des équipes d'urgences traumatologiques dont une peut être envoyé sur les lieux. Le principe est que les hôpitaux travaillent en binôme, l'un envoyant sont « trauma team » sur les lieux et l'autre recevant les blessés.

Il existe une organisation de défense civile volontaire (RVHV) qui dépend des Services régionaux d'Incendie et de secours et assiste les sapeurs pompiers dans les opérations de déblaiement et de remise en état.

Les Pays bas ont été un pays en avance pour l'introduction du travail psychosocial dans les urgences et catastrophes. Une organisation constituée d'équipes spécialement formées est chargée du support psychosocial. Elle assiste les sauveteurs et le personnel de soins pour prendre en charge les victimes et leurs familles. Il existe aussi des équipes d'identification spécialisées. Les secouristes de la Croix Rouge et de l'Armée du Salut participent aux opérations d'urgence et de secours à long terme

### **La Grande Bretagne et l'Irlande**

Le Home Office, en charge de l'organisation des secours au niveau national, a développé un concept de *management intégré des secours (Integrated Emergency Management IEM) entre les ministères*. L'IEM s'applique à tous les niveaux tant pour le Cabinet, le Home Office que pour le Département de la Santé. La philosophie de l'IEM se résume à trois niveaux : or, argent et bronze, respectivement liés aux réponses stratégiques, tactiques et opérationnelles.

- *Au niveau stratégique ou or*, un conseil établit -après analyse des risques- la stratégie locale en fonction des ordres du gouvernement et de la loi. Ce conseil est sous la direction du chef « constable » de chaque comté, comprenant l'ensemble des responsables de la police, des pompiers, des ambulances, des hôpitaux et de l'administration sanitaire et des autorités locales.
- *Au niveau tactique ou argent*, des plans de secours sont établis et intégrés en fonction des impératifs stratégiques définis. Ils s'appliquent à l'ensemble des agences. des exercices sont également organisés.

le Département de la santé dispose à Whitehall d'une unité spécialisée, la Health Emergency Planning Coordination Unit (HPCU), chargée de la préparation de plans sanitaires standards pour toute l'Angleterre et de la coordination avec les Ministères de la Santé Gallois, Nord Irlandais et Ecosais. Au plan régional, lié au HPCU, un Conseiller est chargé des plans d'urgence sanitaires dans chacune des huit régions anglaises. L'exécutif régional de la NHS a en charge la préparation de l'ensemble des services de santé et de la réponse lors des accidents majeurs.

- *Au niveau opérationnel ou bronze*, le service ambulancier assure les premiers secours et peut disposer de médecins généralistes sur les

lieux. Un responsable ambulancier (ambulance incident officer) dirige l'organisation sanitaire mais le travail médical est de la responsabilité d'un médecin (medical incident officer). En cas de nécessité ils peuvent réquisitionner des équipes médico-chirurgicales hospitalières sur les lieux. Le service ambulancier assure la coordination avec les autres agences de secours et fournit l'infrastructure de communication avec le NHS.

Des groupes d'hôpitaux désignés garantissent une réponse 24h/24 tout au long de l'année sur la base d'astreintes par semaine dans chaque territoire de santé. En intégrant dans leurs plans catastrophe les centres de soins primaires, ces hôpitaux disposent ainsi des capacités de traitement pour toute la population. Les hôpitaux organisent des formations et doivent tester leurs systèmes de communication tous les six mois.

**En Irlande**, les fonctions et domaines d'intervention de chaque service sont

définis sur le modèle anglais avec une approche de commandement intégré sur les lieux de l'accident. D'un point de vue sanitaire le concept de Major Incident Medical Management and Support (MIMS) est à la base de l'organisation. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire de gestion des victimes multiples dont le service ambulancier a la charge sur le terrain. Ce dernier peut transporter des équipes médicales mobiles en cas de besoins sur le site.

## Conclusions

Globalement les principes d'organisation en matière de secours tendent à s'uniformiser en Europe autour d'un système intégré basé sur les règles de l'OTAN et de l'Union Européenne qui reprennent largement les principes de gestion des catastrophes des agences de l'ONU. L'Union Européenne a formé et entraîné des experts et des coordinateurs européens dont des médecins. Ils ont la charge d'assurer

pour elle le commandement de colonnes de secours, d'apporter l'expertise indispensable et d'assurer la coordination des secours dans un pays de l'Union ou à la demande d'un pays tiers. Il existe au niveau européen un mécanisme d'entraide en cas de catastrophe : le « Monitoring Information Center » (MIC), centre d'alerte référent à Bruxelles. Ce mécanisme est régulièrement mis en œuvre : les feux de forêts en Grèce en 2008, le Tsunami de 2004 ou encore récemment lors de l'attentat à Bombay pour le rapatriement des victimes européennes. Il dépend du Service de la Protection Civile dans le Directorate de l'Environnement. Il est mis en œuvre par le MIC avec l'aval de la Présidence et de la Commission. Les formations et exercices européens communs contribuent largement à diffuser la culture de Sécurité Civile Européenne et à faire connaître l'organisation de chaque pays. Il se dégage de plus en plus un modèle commun d'organisation en cas de catastrophe. ■

## Glossaire

**ADRASEC** : Association des Radioamateurs au service de la Sécurité Civile  
**AFGSU** : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence  
**A.T.S.U** : Association des Transports Sanitaires Urgents

**BAG** : Bureau Administration Générale  
**BDE** : Bureau de Défense Economique  
**BOPCR** : Bureau Ordre Public, Circulation et Renseignement  
**BSC** : Bureau Sécurité Civile

**CEMZ** : Chef d'état-major de zone  
**CLD** : Combinaison Légère de Décontamination  
**CME** : Centre Médical d'Evacuation  
**CMIC** et **CMIR** : Cellules Mobiles d'Intervention Chimique ou Radiologique  
**COD** : Centre Opérationnel Départemental  
**CODAMUPSTS** : Comité Départementale d'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires  
**COGIC** : Centre opérationnel de Gestion Interministériel de Crise  
**COS** : Commandant des Opérations de Secours  
**COZ** : Centre Opérationnel de Zone  
**CRF** : Croix Rouge Française  
**CRI** : Centre de Regroupement des Impliqués  
**CRRA** : Centre de Réception et de Régulation des Appels  
**CRS** : Compagnie Républicaine de Sécurité  
**CTA** : Centre de Traitement des Appels  
**CUMP** : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique

**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DDRM** : Dossiers Départementaux des Risques Majeurs  
**DOS** : Directeur des Opérations de Secours  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DSM** : Directeur des Secours Médicaux

**EIAZD** : Etat-major interarmées de zone de défense  
**EMZ** : Etat-Major de Zone

**FFSS** : Fédération Française de Sauvetage et de Secourisme  
**FORMISC** : Formations Militaires de la Sécurité Civile

**IPPI** : Intervention Psychothérapique Post-Immédiate  
**NRBC** : Nucléaire Radiologique Biologique Chimique

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale  
**ORSEC** : Organisation de la Réponse de Sécurité Civile

**PCO** : Poste de Commandement Opérationnel  
**PCS** : Plan Communal de Sauvegarde  
**PDS** : Préfet Délégué à la Sécurité et la Défense  
**PMA** : Poste Médical Avancé  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PPI** : Plan Particulier d'Intervention  
**PRM** ou **CRM** : Point ou Centre de Regroupement des Moyens  
**PTS** : Police Technique et Scientifique

**RCSC** : Réserve Communale de Sécurité Civile

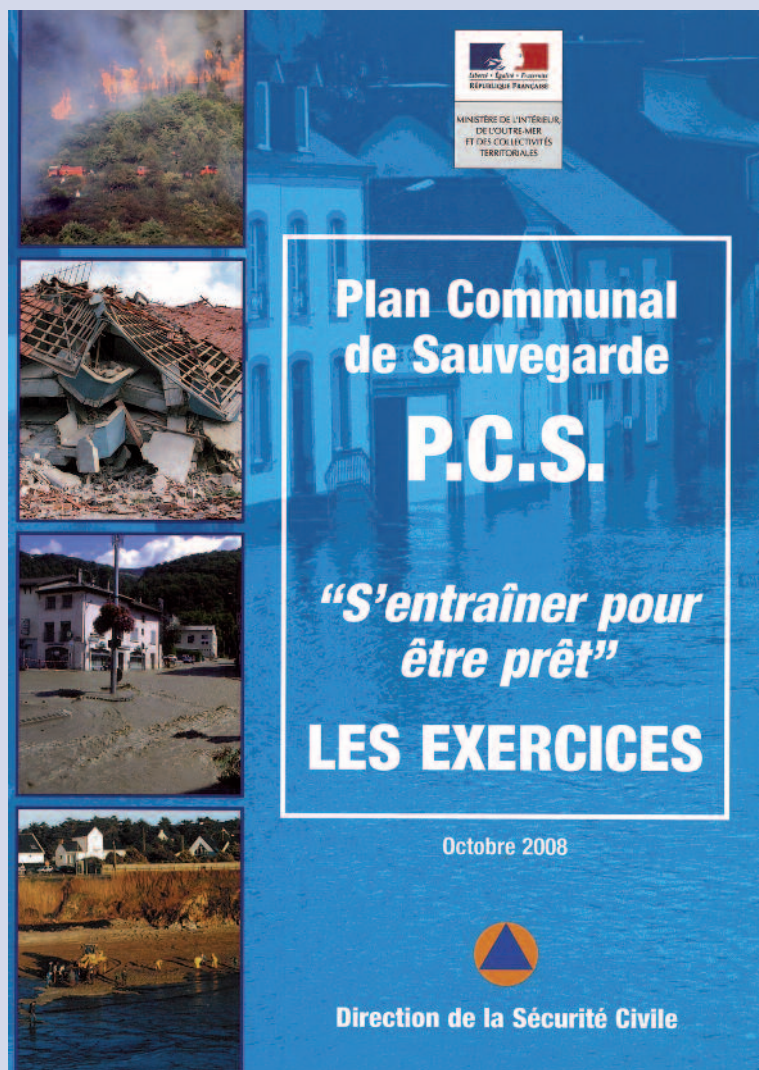
**SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente  
**SDACR** : Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques,  
**SDIS** : Service Départemental d'Incendie et de Secours  
**SMUR** : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation  
**SSSM** : Service de Santé et de Secours Médical  
**SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile

**TOM** : Tenue Outre Mer

**UA** : Urgence absolue  
**UR** : Urgence Relative

**VSAB** : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés  
**VSAV** : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes  
**VSL** : Véhicule Sanitaire Léger

## Le nouveau guide du Ministère de l'Intérieur sur les exercices "Plan Communal de Sauvegarde"



La législation a fait obligation aux communes soumises à un ou plusieurs risques majeurs, d'élaborer un Plan Communal de Sauvegarde. La méthodologie de réalisation du PCS, établie en 2005 par le Ministère de l'Intérieur avec le concours de l'Institut des Risques Majeurs, insiste sur la nécessité de tester régulièrement son caractère opérationnel par des exercices dont les enseignements sont fondamentaux, pour s'assurer du bon fonctionnement du dispositif, en constater les points faibles et les corriger.

Réaliser un exercice en ce domaine, ce n'est pas chose simple. Cela demande préparation et organisation et, étape finale fondamentale, examen critique de son déroulement (le ou les débriefings) afin d'en tirer les leçons et d'en déduire les lacunes, les corrections et améliorations à apporter.

Pour des structures, petites communes en particulier, souvent peu familiarisées avec les problèmes des plans de secours ; il a paru utile de fournir des éléments leur permettant de réaliser cette étape incontournable dans la réalisation de leur PCS

**C'est pourquoi, un document « Plan Communal de Sauvegarde « S'entraîner pour être prêt » a été élaboré en 2008 par le Ministère de l'Intérieur, en collaboration avec l'IRMa. Il a été adressé à toutes les communes de France.**

Ce document, qui s'est inspiré du retour d'expérience de communes de taille diverse, présente :

- les différentes formes d'exercices, les éléments à connaître (grandes règles, vocabulaire,...), les points essentiels pour organiser et tirer profit d'un exercice
- des exemples pour chaque type d'exercice, illustrés par une ou des simulations ayant été jouées par des communes.

Pour en savoir plus, télécharger le document sur le site du ministère de l'Intérieur :  
<http://www.interieur.gouv.fr>