



- **NOVI** -

NOMBREUSES

VICTIMES

INSTRUCTION PERMANENTE



IP 12

- Version du 13 mars 2024 -

LISTE DES DESTINATAIRES

DIFFUSION INTERNE		
	Pour action	Pour information
Directeur Départemental	x	
Directeur Départemental Adjoint	x	
Officiers Supérieurs de Direction	x	
Chefs de site	x	
Chefs de colonne	x	
Chefs de groupe	x	
Chefs de centre	x	
Médecin d'astreinte inter-départemental	x	
Infirmières sapeur-pompier	x	
CODIS 26	x	

DIFFUSION EXTERNE		
	Pour action	Pour information
SAMU 26	x	
SDIS 07		x

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Date	Page	Objet
13/03/2024		Création du document suite à la parution des DG ORSEC NOVI par la préfecture de la Drôme.

SOMMAIRE

LISTE DES DESTINATAIRES	2
HISTORIQUE DES MODIFICATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
PRÉAMBULE	7
1. CADRE GÉNÉRAL	8
2. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	9
2.1 DÉFINITIONS.....	9
2.1.1 VICTIME	9
2.1.2 DÉNOMBREMENT	9
2.1.3 LE DAMAGE CONTROL	10
2.2 LA FICHE MÉDICALE DE L'AVANT	10
2.3 LA CATÉGORISATION DES VICTIMES	10
2.4 LE CONCEPT « MENANT-CONCOURANT ».....	10
3. LA DOCTRINE	11
3.1 HORS ACTE DE TERRORISME	11
3.1.1 OCT TYPE	11
3.1.2 CHAÎNE DE COMMANDEMENT ET FICHES DE TÂCHES.....	12
3.1.3 ORGANISATION DE LA ZONE D'INTERVENTION	12
3.1.4 ACTIONS DES PRIMO-INTERVENANTS	13
3.1.5 PRISE EN CHARGE DES VICTIMES	13
3.1.6 ACTIONS DE L'AVANT	14
3.1.7 LE POINT DE REGOUPEMENT DES VICTIMES (PRV).....	15
3.1.8 LE POSTE MÉDICAL AVANCÉ (PMA)	15
3.1.9 LE CENTRE D'ACCUEIL DES IMPLIQUÉS (CAI).....	16
3.1.10 L'ÉVACUATION.....	17
3.1.11 LE DÉPÔT MORTUAIRE	17
3.2 SPÉCIFICITÉS EN SITUATION D'ATTENTAT	18
3.2.1 LE COMMANDEMENT OPÉRATIONNEL	18
3.2.2 DÉFINITION DES ZONES D'INTERVENTION	19
3.2.3 LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES.....	20
3.2.4 L'INTEROPÉRABILITÉ DES TRANSMISSIONS	20
3.2.5 SPÉCIFICITÉS « NRBC »	21
4. LE DÉNOMBREMENT.....	22
4.1 DÉCLENCHEMENT	22
4.2 CRITÈRES	22
4.3 MOYENS SPÉCIFIQUES.....	22
4.4 LA MISE EN ŒUVRE SUR LE TERRAIN.....	23
4.5 DÉNOMBREMENT TERRAIN « TR » AVEC SINUS.....	23
4.6 POSE DE BRACELETS	23
4.7 LA FICHE INTERMÉDIAIRE	24
4.8 CRÉATION DES FICHES VICTIMES DANS SINUS.....	24
4.9 RENSEIGNEMENT DES FICHES VICTIMES DANS SINUS.....	24
4.10 TRANSMISSION DES DONNÉES VICTIME VERS LE PORTAIL INTERNET SINUS	24

4.11	CLÔTURE DE L'ÉVÈNEMENT SINUS	25
4.12	CRACKTÉRISTIQUES DE SINUS	25
4.12.1	RÉFÉRENCE NATIONALE VICTIME	25
4.12.2	PORTAIL SINUS ET BASE TAMPON.....	25
4.12.3	COMPTES UTILISATEUR, LOGIN, MOT DE PASSE	25
4.12.4	AIRE D'INFLUENCE.....	26
5.	LES MOYENS OPÉRATIONNELS	27
5.1	GROUPE SECOURS À PERSONNES (GSAP)	27
5.2	GROUPE POSTE MÉDICAL AVANCÉ (GPMA).....	27
5.4	GROUPE EXTRACTION SAUVETAGE (GRES).....	27
5.4	GROUPE PRV (GPRV).....	27
6.	LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE	28
6.1	HORS ACTE DE TERRORISME	28
6.1.1	DÉCLENCHEMENT	28
6.1.2	L'ENGAGEMENT OPÉRATIONNEL	28
6.2	EN SITUATION D'ACTE DE TERRORISME	29
7.	ANNEXES	30
	Annexe 1 – Définitions.....	31
	Annexe 2 – Fiche médicale de l'avant.....	33
	Annexe 3 – 1 ^{er} COS.....	35
	Annexe 4 – COS.....	36
	Annexe 5 – Médecin 1 ^{er} intervenant.....	37
	Annexe 6 – DSM.....	38
	Annexe 7 – DSI.....	39
	Annexe 8 – Officier adjoint DSM	40
	Annexe 9 – Officier PRV-TRI.....	41
	Annexe 10 – Médecin ou infirmière SP PRV-TRI.....	42
	Annexe 11 – Gradé ramassage.....	43
	Annexe 12 – Officier PMA	44
	Annexe 13 – Médecin chef PMA	45
	Annexe 14 – Equipe médicale de l'avant	46
	Annexe 15 – Pharmacien(ne) ou infirmier(e) chargée de la pharmacie.....	47
	Annexe 16 – Officier évacuation.....	48
	Annexe 17 – Médecin évacuation	49
	Annexe 18 – Gradé parc évacuation	50
	Annexe 19 – Officier CAI	51
	Annexe 20 – Officier C3D	52
	Annexe 21 – Infirmier coordinateur	53
	Annexe 22 – Le zonage hors attentat terroriste	54
	Annexe 23 – Le secourisme de l'avant.....	55
	Annexe 24 – Le zonage lors d'un attentat terroriste.....	56
	Annexe 25 – Le zonage lors d'un attentat terroriste NRBC	57
	Annexe 26 – Dénombrement – actions à réaliser par le CODIS.....	58
	Annexe 27 – Dénombrement – liste des matériels spécifiques	59
	Annexe 28 – Dénombrement – la fiche intermédiaire	60

Annexe 29 – Dénombrement – actions à réaliser par les primo-intervenants	61
Annexe 30 – Dénombrement – les comptes SINUS du SDIS26.....	63
Annexe 31 – Notice d'emploi « Lot PRV »	64
Annexe 32 – Glossaire	65

PRÉAMBULE

Cette instruction est la déclinaison au sein du SDIS 26 des différents documents préfectoraux de planification ORSEC traitant de nombreuses victimes, et notamment les dispositions générales ORSEC NOVI et le plan NOVI acte de terrorisme hors NRBCe.

La présente instruction s'applique aux moyens opérationnels du SDIS 26 susceptibles d'intervenir dans le cadre d'évènements impliquant de nombreuses victimes, potentielles ou avérées dans le département de la Drôme, ou de venir renforcer les autres départements à la demande du préfet de zone conformément à la planification zonale ORSEC NOVI et à l'ordre zonal d'opération pour l'appui et la coordination en cas de tuerie de masse.

Les dispositions prévues dans cette instruction permanente peuvent être activées en dehors de la mise en œuvre d'un dispositif ORSEC dès lors que la situation s'y prête.

1. CADRE GÉNÉRAL

Cette instruction permanente a pour objectif de définir l'organisation permettant de faire face à un évènement, quelle qu'en soit l'origine, engendrant de nombreuses victimes et dès lors que l'accomplissement ordinaire des missions des acteurs de terrain n'est plus adapté.

Accidents technologiques, catastrophes naturelles, actes de terrorisme peuvent entraîner de multiples troubles, et déstabiliser ainsi l'organisation quotidienne de la société. Il demeure primordial que les opérations sur le terrain pour faire cesser la crise, tant dans leurs dimensions de lutte contre le sinistre que la prise en charge des victimes ou la sécurisation de sites, soient extrêmement rapides et efficaces.

Dès lors, il est nécessaire de prévoir la mise en œuvre d'actions immédiates et coordonnées en tenant compte des impératifs suivants :

- unicité et organisation rationnelle du commandement ;
- rapidité de la mise en œuvre des moyens ;
- emploi des moyens adaptés et en juste suffisance permettant de faire face à la survenue de plusieurs évènements en simultané ;
- coordination dans la mise en œuvre des moyens.

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

- l'alerte des acteurs ;
- la préservation de la sécurité et l'accès aux abords de sites ;
- la prise en charge préhospitalière des blessés ;
- la prise en charge des impliqués ;
- le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes ;
- la prise en charge des familles et des proches.

L'ensemble de ces missions est coordonné par une structure de commandement clairement identifiée et organisée, connue de tous et placée sous l'autorité du préfet de département, directeur des opérations.

L'annexe 1 compile un certain nombre de définitions nécessaires à la bonne compréhension du document.

2. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.1 DÉFINITIONS

2.1.1 VICTIME

Une victime est une personne présente sur le lieu de l'évènement, ayant subi de celui-ci un dommage physique ou psychologique immédiatement apparent ou potentiel. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « décédée » ou « blessée » ou « impliquée ».

- Un décédé est une victime dont le décès est évident ou constaté par un médecin,
- un blessé est une victime non décédée, dont l'état apparent immédiat nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes médicales. Elle est catégorisée selon son état par les secours en blessé grave/urgence absolue « UA » ou blessé léger/urgence relative « UR ».
- un impliqué est une victime non blessée ayant éventuellement besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique.

2.1.2 DÉNOMBREMENT

Le dénombrement des victimes est identifié comme le début du processus global de leur prise en charge par les services publics. Le dispositif SINUS (Système d'Information NUMérique Standardisé) répond à cet objectif précisé par la doctrine interministérielle du 16 janvier 2017 « système d'information partagé de dénombrement, d'aide à l'identification et de suivi des victimes d'attentats ». Il fiabilise la remontée et le traitement des premières informations indispensables à l'atteinte des autres objectifs de la doctrine interministérielle en aidant l'identification des personnes et le suivi de l'état de santé des victimes.

Il repose sur quatre piliers fondamentaux :

- Un référencement victime. Dès sa prise en charge, chaque victime est dotée d'un référencement alphanumérique national de marque NF 399. Ce référencement est lisible en clair et par « QR code » immédiatement posé sur la victime, et sur tous documents ou effets liés à la victime.
- Une base de données nationale. Elle recueille en temps réel l'ensemble des informations concernant les victimes. Cette base de données est l'application SINUS, sécurisée et administrée par le ministère de l'intérieur. Seules les personnes autorisées y ont accès par le portail SINUS, soit en lecture simple, soit en écriture, en fonction de leur profil.
- Une solution logicielle de comptage de nombreuses victimes. Elle permet aux primo intervenants de recueillir sur le terrain l'ensemble des informations concernant les victimes et de les transférer, en temps réel, sur la base de données nationale SINUS. Cette application locale est appelée SINUS.
- Une organisation opérationnelle. Elle est intégrée à l'ORSEC NOVI et permet de préciser judicieusement les rôles et positions des différents acteurs de SINUS, afin que le dénombrement atteigne son objectif opérationnel.

Le dénombrement est la production de la liste numérotée et qualifiée des victimes. Le dénombrement se fait en 3 étapes successives qui produisent chacune un résultat ciblé :

- **Le dénombrement rapide :** Bilan de la catégorisation des décédés et des blessés du terrain (TR) donnant rapidement une vision globale des besoins en moyens opérationnels. Tous les moyens seront mis en œuvre pour assurer le plus précocement possible ce dénombrement rapide.
- **Le dénombrement cible :** Liste anonyme détaillée de toutes les victimes TR (prises en charge sur le terrain) et les victimes HP (qui se présentent directement en établissement de santé) à destination du directeur des opérations (DO), pour faciliter sa direction des moyens

opérationnels de gestion de crise et sa stratégie de communication au public. Ce dénombrement cible est l'objectif à atteindre par actions successives qui améliorent progressivement le résultat.

- **Le dénombrement complémentaire** : Liste enrichie des identités supposées et des données complémentaires pouvant aider à l'identification judiciaire et à l'enregistrement hospitalier. Ce dénombrement complémentaire est facultatif. Il est réalisé en fonction de la capacité qu'ont les moyens opérationnels des différents services à travailler en synergie.

Rappel : SINUS n'est pas un outil d'identification, les services de secours peuvent réaliser l'identification déclarative des victimes mais la validation des états civils des victimes relève des services de police ou de gendarmerie.

2.1.3 LE DAMAGE CONTROL

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

2.2 LA FICHE MÉDICALE DE L'AVANT

La fiche médicale de l'avant permet aux médecins de mentionner sur un document, qui suivra chaque victime tout au long de son parcours de soin ou de prise en charge, l'ensemble des informations médicales la concernant. Elle doit être remplie avec le plus grand soin.

Cette fiche est distribuée à l'ensemble des victimes au plus tard au niveau du PRV. Une étiquette du bracelet SINUS avec le référencement victime, « QR code », y sera apposée.

Le descriptif ainsi que la répartition de ces fiches médicales de l'avant sont détaillés en annexe 2.

2.3 LA CATÉGORISATION DES VICTIMES

Après accord du médecin-chef du SAMU 26, en l'absence de médecin au PRV, les secouristes sont autorisés à effectuer une première catégorisation UA / UR / impliqué / DCD. Ceci afin de pouvoir disposer le plus rapidement possible d'éléments qui permettent d'évaluer la gravité de l'évènement dans la base de données SINUS.

2.4 LE CONCEPT « MENANT-CONCOURANT »

Sous l'autorité du préfet directeur des opérations (DO) il est identifié une force menante et une (ou plusieurs) force(s) concourante(s) en fonction de la crise rencontrée selon le principe suivant :

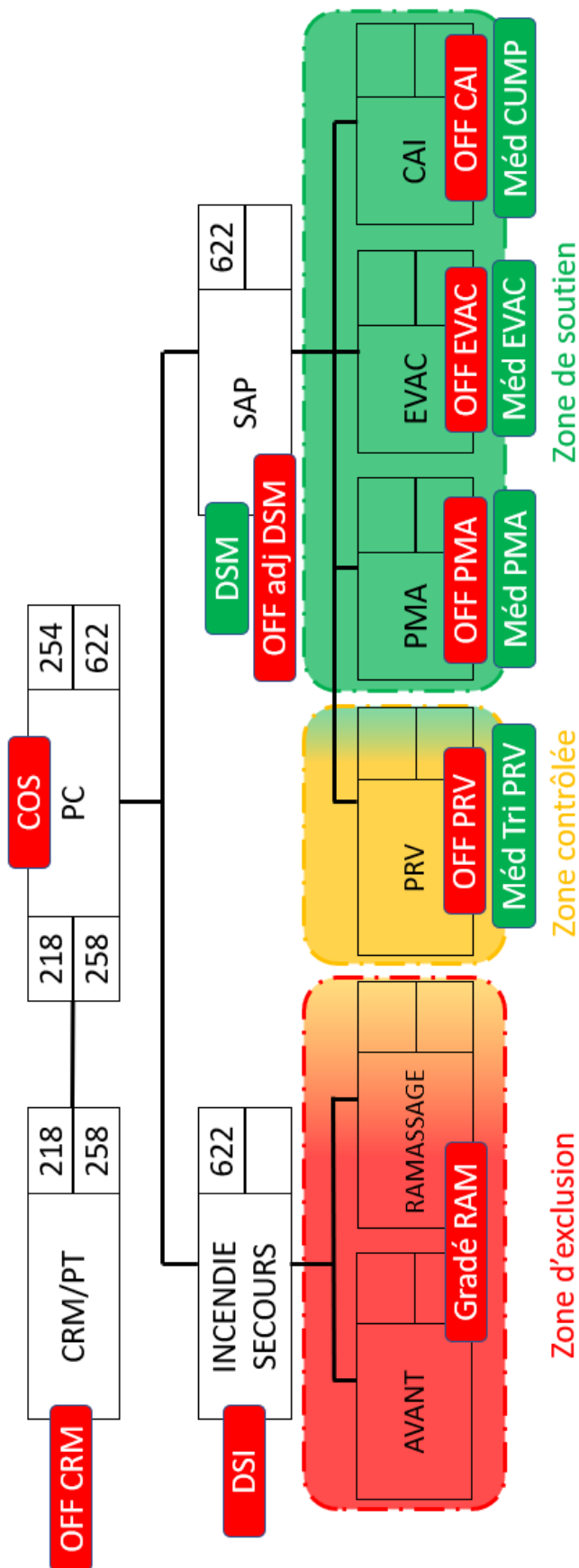
Nature de la crise	Force menante	Force concourante	Commandement Opérationnel
« sécurité et ordre public »	Sécurité Intérieure (FSI)	Incendie et Secours (SIS)	COPG
« sécurité civile »	Incendie et Secours (SIS)	Sécurité Intérieure (FSI)	COS

En vertu du principe « menant/concourant », un commandant opérationnel menant est désigné pour assurer la responsabilité de la coordination tactique interservices de la crise, depuis le fait générateur jusqu'à la fin de la crise, ou décision du directeur des opérations.

3. LA DOCTRINE

3.1 HORS ACTE DE TERRORISME

3.1.1 OCT TYPE



3.1.2 CHAÎNE DE COMMANDEMENT ET FICHES DE TÂCHES

Les fonctions spécifiques au contexte nombreuses victimes ou les attendus particuliers de la chaîne de commandement sont détaillées dans le tableau ci-dessous, pour les autres fonctions celles-ci seront créées et conduites conformément à la doctrine GOC et l'IP 01 organisation du commandement des opérations de secours et du soutien opérationnel.

Fonction	Fiche de tâche	Capacité à occuper l'emploi dans l'ordre d'arrivée sur les lieux		
COS	Annexe 3 & 4	1^{er} chef de groupe	Chef de colonne groupement	Chef de site départemental
DSM	Annexe 5 & 6	1 ^{er} médecin ou ISP	Médecin d'astreinte interdépartemental	Médecin-chef SDIS ou médecin inscrit sur liste d'aptitude DSM
DSI	Annexe 7	1^{er} chef de groupe	Chef de colonne groupement	Chef de site
Officier adjoint DSM	Annexe 8	Chef de colonne (GPMA)		
Officier PRV-tri	Annexe 9	Chef de groupe		
Médecin ou infirmier(e) SP PRV-tri	Annexe 10	1 ^{er} médecin ou ISP		
Gradé ramassage	Annexe 11	Chef d'agrès	Chef de groupe	
Officier PMA	Annexe 12	Chef de groupe (GPMA)		
Médecin chef PMA	Annexe 13	Médecin SDIS	Médecin SAMU	Médecin chef SAMU
Équipe médicale de l'avant (facultatif)	Annexe 14	Équipe SMUR		
Pharmacien(ne) ou infirmier(e) chargé(e) de la pharmacie	Annexe 15	ISP	Pharmacien(ne)	
Officier évacuation	Annexe 16	Chef d'agrès	Chef de groupe	
Médecin évacuation	Annexe 17	Médecin SDIS	Médecin SAMU	
Gradé parc évacuation (facultatif)	Annexe 18	Chef d'agrès	Chef de groupe	
Officier CAI	Annexe 19	Chef de groupe		
Officier C3D	Annexe 20	Chef de groupe cadre HBE	Chef de colonne cadre HBE	Chef de site cadre HBE
Infirmier coordinateur	Annexe 21	Infirmier d'astreinte interdépartemental		

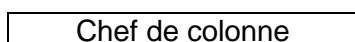


Fonction visée pour tenir l'emploi



1^{er} chef de groupe

Cadre d'astreinte



Chef de colonne

Cadre non d'astreinte trouvé par le CODIS

3.1.3 ORGANISATION DE LA ZONE D'INTERVENTION

Selon le principe menant/concourant, le responsable de la définition et de la gestion des différentes zones relève de la force menante, soit le COS pour les crises à dominante « sécurité civile » ou le COPG pour les crises à dominante « ordre public ».

La zone d'intervention des services dans le cadre d'une situation nécessitant l'activation d'ORSEC NOVI est constituée de trois zones (annexe 22) :

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

Zone contrôlée (zone orange) : elle est la zone-tampon mobile et évolutive qui protège la zone d'exclusion de toute présence indésirable afin de pouvoir disposer de l'espace et de la profondeur nécessaire à la manœuvre des secours.

Zone de soutien (zone verte) : elle est la portion de terrain la plus étendue située à la périphérie de la zone contrôlée. Cette zone est sécurisée. Les PC, le PMA, le PRV, le CAI, les DZ et le CRM sont mis en œuvre dans cette zone de soutien.

Selon l'évolution de la crise, ces trois zones ne sont pas figées et répondent à une **sectorisation dynamique** dont la définition est placée sous la responsabilité du COS dans le cadre d'une crise à dominante « sécurité civile ». Cette sectorisation doit être partagée à tous les services intervenants.

3.1.4 ACTIONS DES PRIMO-INTERVENANTS

OBJECTIFS

- Réaliser une première évaluation de la situation.
- Informer les différents acteurs afin de permettre l'engagement opérationnel des moyens les plus adaptés.
- Mettre en œuvre les premières mesures, notamment en matière de prise en charge des victimes.
- Mettre en place un premier périmètre de sécurité et proposer un premier point de regroupement des moyens.

PRINCIPES

Les renseignements recueillis lors de la reconnaissance initiale effectuée par les primo-intervenants, à laquelle participe le premier médecin arrivé sur site, portent sur :

- la nature précise du sinistre et sa localisation exacte ;
- les circonstances de l'évènement ;
- le nombre et l'état présumé des victimes ;
- l'emplacement du CRM et d'un PRV provisoire ;
- tout autre élément d'information susceptible d'intéresser l'organisation des secours et la sécurisation du (ou des) site(s), notamment les risques existants.

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

- Transmettre un bilan circonstanciel et médical au SAMU afin d'organiser l'envoi de renforts médicaux.
- Choisir les lieux d'implantation des structures NOVI : PRV, PMA, CAI.
- Catégoriser les premières victimes : urgence absolue (UA), urgence relative (UR), impliqués et décédés.
- Regrouper les impliqués en vue de leur identification et, le cas échéant, d'une prise en charge médico-psychologique.
- Débuter le conditionnement et la prise en charge médicale des victimes.
- Mettre en œuvre la sécurisation du site et un premier zonage opérationnel de l'intervention.

3.1.5 PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

OBJECTIFS

- Ramasser les victimes.
- Trier les victimes.
- Apporter les soins médicaux adaptés aux blessés.

- Dénombrer les victimes.
- Catégoriser et prioriser les blessés.
- Évacuer les blessés, après régulation médicale par le SAMU, vers un établissement de santé disposant des capacités de prise en charge adaptées, en particulier chirurgicales.
- Prendre en charge les impliqués.
- Assurer la prise en charge médico-psychologique des blessés et des impliqués.
- Faire assurer la prise en charge des décédés.

PRINCIPES

La prise en charge des victimes s'effectue dans le cadre d'une sectorisation de l'opération (géographique et fonctionnelle). La sectorisation a pour objectif d'identifier avec précision l'organisation, les capacités et le commandement nécessaires à la mise en œuvre de chacune des missions de prise en charge des victimes.

L'ORSEC NOVI a pour objectif principal :

- d'assurer les secours et les soins des blessés physiques et psychiques en pré hospitalier,
- de réaliser une orientation régulée dans le système de santé dans le cadre du parcours de soins appropriés à la nature de leurs blessures.

La chaîne pré hospitalière des secours et des soins médicaux constitue à ce titre l'axe majeur du dispositif auquel concourent les moyens déployés par le COS.

L'organisation globale du dispositif de secours est placée sous la responsabilité du COS secondé par le DSM pour les décisions médicales. Le DSM a la responsabilité du choix de la stratégie médicale à adopter. Ainsi, il détermine le parcours de soins qui est médicalement indiqué et est seul compétent pour prendre les décisions d'ordre médical.

Le dispositif de secours NOVI repose sur une organisation structurée. Il convient de ne pas déplacer le site de la catastrophe vers une structure hospitalière par un acheminement précipité et désordonné des victimes, afin que l'établissement de santé ne se retrouve pas débordé par cet afflux massif de victimes. Cette stratégie doit être appliquée à toute la chaîne de prise en charge des blessés et des impliqués. Elle consiste à faire bénéficier à tous les blessés des soins médicaux pré hospitaliers adaptés, y compris lorsqu'une stratégie de damage control pré hospitalier est indiquée, et à les transporter rapidement, après régulation par le SAMU, vers un établissement de santé disposant des capacités de prise en charge adaptées, en particulier chirurgicales.

3.1.6 ACTIONS DE L'AVANT

Il s'agit de la première vague des intervenants chargés de la reconnaissance et de la mise en œuvre des gestes de secours pour les victimes, en attendant la montée en puissance du dispositif de secours et des soins d'urgence.

Le secourisme de l'avant (détaillé en annexe 23) consiste à mettre en œuvre les actions suivantes :

- Procéder au dénombrement et à la catégorisation des victimes (tri secouriste).
- Rassembler les victimes et les mettre en sécurité.
- Transférer les victimes au sein du PRV et/ou du PMA ou du CAI.
- Prodiguier les gestes de premiers secours.
- Amorcer la traçabilité des victimes (cf. §4).

Une médicalisation de l'avant peut être réalisée lorsqu'elle est possible, en fonction des moyens disponibles et du contexte, et lorsqu'elle est indiquée. Elle consiste à apporter aux victimes un niveau de soins pré hospitaliers lorsqu'il est nécessaire.

Ce premier secteur se structure rapidement en « secteur ramassage ». Placé sous l'autorité d'un gradé sapeur-pompier « ramassage » désigné par le COS et mis pour emploi auprès du DSI. Le ramassage est organisé par des équipes de secours constituées prioritairement et préférentiellement de sapeurs-pompiers qui prodiguent les gestes de premiers secours et, le cas échéant, mettent en œuvre le damage control pré hospitalier. Les équipes ainsi constituées assurent le transport des victimes jusqu'au PRV. En fonction des ressources disponibles et sur décision du DSM ce secteur

peut être médicalisé par des équipes médicales du SMUR et/ou du SSSM pour assurer la prise en charge médicale des blessés.

L'ensemble des intervenants chargés du ramassage doit être identifiable grâce au port d'une chasuble ou d'un brassard de couleur rouge.



Il est rappelé que le ramassage doit être effectué de manière à perturber le moins possible les opérations de police judiciaire (préservation des traces et indices, gel des lieux, gestion des DCD).

3.1.7 LE POINT DE REGROUPEMENT DES VICTIMES (PRV)

Le PRV est situé le plus près possible du sinistre mais à l'abri de tout risque évolutif et dans une zone sécurisée. Il est placé sous l'autorité d'un officier PRV – tri. Il peut également être mis en place en mesure réflexe avant le déploiement du PMA. Le ou les PRV peu(ven)t aussi être maintenu(s) ou mis en place en amont du PMA en fonction des circonstances.

Un premier tri des victimes est effectué sous la responsabilité d'un médecin ou infirmier SP PRV - tri mis pour emploi auprès du DSM. Des lots PRV peuvent être utilisés à cet effet (voir NDE Lot PRV en annexe 31). En fonction de leur catégorisation, les victimes peuvent être :

- transportées au PMA lorsqu'elles sont blessées.
- évacuées vers un établissement de santé, après régulation médicale par le SAMU, en dehors de circonstances exceptionnelles.
- orientées vers le CAI, en vue d'une surveillance ou d'une prise en charge psychologique.

Les victimes décédées peuvent être regroupées en un lieu spécifique. Toutefois, une fois le décès constaté par un médecin et en cas d'ouverture d'une enquête judiciaire, les corps ne doivent pas être déplacés, dans la mesure du possible, en vue de permettre la réalisation des constatations dans le cadre des opérations de police technique et scientifique.

Le cas échéant, la médicalisation au niveau du PRV correspond à un niveau de soins « de l'avant ». Ainsi, lors d'un événement provoquant simultanément des atteintes vitales immédiates, liées à un saignement actif, les mesures de damage control pré hospitalier peuvent être initiées au PRV et les patients UA instables identifiés comme « extrême urgence ».

L'ensemble des intervenants exerçant au sein du PRV doit être identifiable grâce au port d'une chasuble ou d'un brassard de couleur rouge.

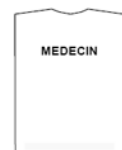


3.1.8 LE POSTE MÉDICAL AVANCÉ (PMA)

Le PMA accueille les blessés. Il est placé sous la responsabilité d'un « médecin chef PMA » désigné par le DSM. Le médecin chef PMA travaille en étroite collaboration avec l'officier PMA, désigné par le COS.

Le personnel médical, paramédical et secouriste nécessaire au fonctionnement du PMA est déterminé par le DSM, sur proposition du médecin chef PMA. Il se compose notamment de professionnels de santé du SAMU, d'équipes du SMUR et du SSSM, de sapeurs-pompiers et d'intervenants secouristes des AASC.

Les intervenants chargés du fonctionnement du PMA sont identifiables grâce au port de chasubles ou de brassards de couleur blanche.



L'objectif est de :

- Effectuer un nouvel examen médical pour catégoriser les blessés suivant l'évolution de leurs lésions.
- Mettre en œuvre les soins appropriés à l'état des blessés, notamment le damage control pré hospitalier le cas échéant, ou compléter ceux prodigués lors du ramassage et/ou au sein du PRV afin de permettre leur évacuation vers un établissement de santé.

- Prioriser l'ordre d'évacuation des blessés vers la structure de soins adaptée, après contact avec le médecin régulateur du SAMU.

Le choix du lieu d'implantation du PMA est déterminé par le COS en concertation entre le DSM. Il est installé :

- dans une zone le plus près possible du sinistre mais à l'abri de tout risque et dans une zone sécurisée en prenant en compte les possibilités d'évolution de la situation ;
- dans une structure fixe (ex : gymnase, salle des fêtes...) ou une structure mobile (ex : tente) si possible vaste, abritée, aérée, chauffée, éclairée et disposant si possible d'un point d'eau et au minimum de deux accès (marche en avant) ;
- dans une zone aisément accessible aux équipes de secours pour permettre la rotation de nombreux véhicules, voire de comporter une zone sécurisée d'atterrissage pour hélicoptère à proximité.

Le PMA est divisé en deux zones, la zone de soins légers réservée aux blessés classés UR et la zone de soins réservée aux blessés les plus graves classés en UA. Les blessés y bénéficient d'un traitement adapté à leur état ainsi qu'une mise en condition leur permettant de supporter les contraintes de l'évacuation. Le niveau de soins attendu au PMA est celui d'une réanimation pré hospitalière complète.

Sur le principe d'une « marche en avant », le médecin chef PMA veille au bon déroulement du flux de blessés (tri, conditionnement, évacuation). Il rend compte régulièrement au DSM de l'état des flux entrées/sorties (nombre, catégorisation) au sein du PMA.

L'officier PMA supervise la mise à jour les informations des victimes accueillies au PMA, au niveau du secrétariat d'entrée, dans l'outil de dénombrement SINUS (cf. §4)

3.1.9 LE CENTRE D'ACCUEIL DES IMPLIQUÉS (CAI)

Placé sous l'autorité du COS, le CAI est mis en place le plus rapidement possible lors de l'évènement sur décision du COS et en lien avec le COPG. Il accueille les impliqués qui ont été orientés après un premier tri ou qui se présentent spontanément dans le CAI après avoir fui la zone de l'évènement. Il est fermé lorsque tous les impliqués ont été pris en charge ou renvoyés à leur domicile, à la fin des opérations de secours. Le CAI permet pour les impliqués d'être :

- regroupés ;
- sécurisés ;
- dénombrés ;
- identifiés (par les services judiciaires);
- réconfortés ;
- pris en charge par la CUMP, le cas échéant, et orientés vers un établissement de santé, si nécessaire, après régulation médicale.

À cet égard, les associations agréées sécurité civile (AASC) disposant de l'agrément de sécurité civile B, réalisent la première mission d'accueil, d'écoute et de réconfort. Il s'agit d'une première écoute bienveillante qui ne constitue en aucun cas des soins médico psychologiques, lesquels relèvent uniquement de la CUMP. L'acheminement et le déploiement des moyens des AASC doivent être réalisés le plus rapidement possible conformément à l'ordre de mobilisation du DO.

Le choix du lieu d'implantation du CAI est déterminé par le COS en concertation avec le DSM et le COPG. En tenant compte des contraintes liées à la crise et au contexte local, le CAI ne doit pas être trop éloigné des structures PRV et PMA afin notamment :

- d'éviter la multiplication des norias et la mobilisation trop importante de véhicules ;
- d'être à proximité du DSM et du site d'évacuation. En effet, l'état psychique de certains impliqués peut nécessiter une évacuation vers un établissement de santé, après évaluation par la CUMP et régulation médicale par le SAMU. Dans la mesure du possible, une proximité du CAI avec le site d'évacuation est donc à privilégier.

En son sein, la mission de dénombrement est placée sous la responsabilité du COS et la mission d'identification est placée sous l'autorité d'un fonctionnaire de police ou d'un militaire de la gendarmerie désigné par le Commandant des opérations de police judiciaire (COPJ).

Les AASC sont chargées de l'organisation matérielle et logistique du CAI et ne seront pas désignées responsables du dénombrement et de l'identification mais seront appelées à concourir à ces missions.

Il importe que les impliqués ne perturbent ni les secours, ni les soins. Si, compte tenu des circonstances, ils ne peuvent quitter par leurs propres moyens les lieux de l'évènement, des moyens de transport collectif seront prévus. Par ailleurs, des solutions d'hébergement provisoire pourront, en cas de nécessité, être recherchées en concertation avec les collectivités locales. Cependant, lorsque les impliqués sont les clients d'un opérateur de transport lors d'un accident, ce dernier intervient prioritairement pour organiser leur rapatriement ou la fin de leur déplacement.

3.1.10 L'ÉVACUATION

Le bilan médical effectué au PRV et/ou PMA détermine la procédure d'évacuation. La régulation médicale du SAMU oriente les victimes vers les services des établissements de santé adaptés à leur état (parcours de soin adapté). Les évacuations d'urgence par voie terrestre sont effectuées à l'aide des moyens des SMUR, du SDIS et des AASC (dans le cadre des dispositions réglementaires afférentes) ainsi que des entreprises privées de transports sanitaires agréées, mobilisés par le DO. La médicalisation des victimes durant leur transport est décidée par le SAMU en fonction du bilan des victimes transmis à ce dernier par le médecin chef PMA.

Les intervenants chargés de l'évacuation sont identifiables grâce au port de chasubles ou brassards de couleur bleue.



En contact permanent avec le PRV ou le PMA, le point d'évacuation est placé sous la responsabilité d'un officier sapeurs-pompiers désigné par le COS et placé sous l'autorité du DSM. Dénommé « Officier Évacuation », il assure la gestion de tous les vecteurs d'évacuation, médicalisés ou non, y compris héliportés. Il travaille en lien constant avec une antenne du SAMU, sous la responsabilité du « médecin évacuation » désigné par le DSM. Ce médecin décide de la priorité d'évacuation et de l'orientation de chaque victime en fonction de ses lésions et des disponibilités, en lien avec le « médecin chef PMA ».

Située aux abords du PMA ou du PRV, la zone d'évacuation doit garantir une circulation aisée des véhicules arrivant et partant. L'officier évacuation se charge également de recenser les victimes dans l'outil de dénombrement (cf. §4).

En cas de nécessité, l'officier évacuation peut s'appuyer sur un gradé « parc évacuation », notamment lorsque la zone d'évacuation et/ou de stationnement des vecteurs d'évacuation est exiguë.

Si plusieurs hélicoptères sont présents sur la zone d'intervention (sécurité-civile, gendarmerie, SAMU etc...), une coordination de ces moyens par une cellule d'appui aérienne devra être mise en place conformément à l'Ordre Zonal d'Opérations de coordination 3 dimensions (OZO C3D), tous les mouvements aériens seront coordonnés par le chef interbase de la sécurité-civile ou son représentant. Un officier sera alors affecté spécifiquement à la C3D.

3.1.11 LE DÉPÔT MORTUAIRE

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

Le dégagement et le transport des personnes décédées sont assurés de façon à ne pas gêner les opérations médico-légales et notamment l'identification. Ces victimes sont évacuées par les opérateurs spécialisés, du dépôt mortuaire vers la chapelle ardente aménagée par les autorités

locales ou vers l'institut médico-légal (IML). En aucun cas, les établissements de santé dépourvus d'IML ne peuvent recevoir les décédés relevés sur les lieux de l'évènement.

Lors d'accident collectif, la procédure judiciaire prévoit qu'après le travail préalable des services enquêteurs, notamment d'identification judiciaire, les corps des personnes décédées soient transportés au sein d'un IML ou plateau médico-légal (ou un lieu dédié), afin de procéder aux opérations d'identification formelle ainsi qu'à la détermination des causes de la mort. La cellule post-mortem de l'unité d'identification de victimes de catastrophe (UIVC) requise par le service enquêteur sera mise en place dans ce ou ces lieux.

Un dépôt mortuaire est aménagé dans un endroit retiré situé près du PMA et déterminé par le COS en lien avec le COPG. Il s'agit d'un espace destiné à accueillir temporairement les corps des personnes décédées sur le site, au PRV ou au PMA en attendant leur transfert ultérieur.

Le dépôt mortuaire est placé sous la responsabilité du COPJ, auquel sont associés un ou plusieurs médecins, des membres d'AASC et des agents des opérateurs funéraires. Ainsi le COPJ est responsable du recensement, du transport et de la démarche d'identification des corps. En cas d'intervention du procureur compétent, il lui revient de déterminer les conditions de prise en charge des personnes décédées et d'organiser les opérations de médecine légale.

L'objectif du dépôt mortuaire est de :

- Regrouper, dans un lieu dédié, les corps des personnes décédées sur site ou au sein du PRV ou du PMA.
- Recenser et amorcer les démarches d'identification des corps.
- Évacuer les corps.
- Mettre en place un lieu de recueillement.

3.2 SPÉCIFICITÉS EN SITUATION D'ATTENTAT

Dans le cas particulier d'un attentat terroriste, l'organisation des secours veillera à :

- Anticiper la survenance d'un attentat multi sites, en veillant à conserver des équipes de secours et de soins disponibles.
- Éviter le phénomène de sous-triage des victimes conduisant à orienter les blessés grave (UA) vers un établissement de santé de proximité ne disposant pas des ressources de soins adaptées.
- Éviter le phénomène de sur-triage, consistant à adresser sans distinction l'ensemble des UA et des UR vers le ou les établissements de santé dédiés aux blessés graves (souvent identifiés comme trauma center).

Les mesures explicitées au paragraphe 3.1 ci-dessus seront à appliquer en les adaptant en fonction des spécificités détaillées ci-dessous.

En cas d'attaque terroriste en cours, la neutralisation des assaillants ou leur fixation reste la priorité absolue. **Elle peut être concomitante à l'évacuation des blessés** (cf NDO 01 relative aux tueries de masse et à la notion de corridor d'extraction).

3.2.1 LE COMMANDEMENT OPÉRATIONNEL

En vertu du principe « menant/concourant », un commandant opérationnel menant est désigné pour assurer la responsabilité de la coordination tactique interservices de la crise, depuis le fait générateur jusqu'à la fin de la crise, ou décision du directeur des opérations.

Dans une situation d'attentat, le COPG sera toujours menant.

Le COPG commande l'ensemble des unités des forces de sécurité intérieure sur un même site lors d'un événement (attaque terroriste, ...). Il est placé sous l'autorité du directeur des opérations.

Le commandant des opérations de police et de gendarmerie (COPG) est responsable :

- de la mise en œuvre des mesures d'ordre public ;
- de la sécurisation ;
- de la gestion des flux ;
- du gel des lieux et la préservation des traces et indices ;
- de la coordination interservices ;
- des 3 zones.

Il établit rapidement les périmètres des zones d'intervention (modulables et évolutives dans le temps). Une coordination sera opérée avec le COIS (le cas échéant), le COS et le DSM pour prendre en compte leurs contraintes. Un officier de liaison du COS rejoint dans les plus brefs délais le PC du COPG pour optimiser la coordination des FSI avec les secours (notamment lors des opérations d'extraction et d'évacuation).

L'engagement d'unités d'intervention spécialisées peut être nécessaire pour résoudre totalement la crise, dans la mesure où seules ces unités détiennent les capacités spécifiques (moyens, techniques, procédures) pour neutraliser les individus dangereux, particulièrement dans des lieux clos. Ces unités d'intervention spécialisée opèrent selon les procédures qui leur sont propres et selon les règles définies dans le schéma national d'intervention en vigueur sous l'autorité d'un commandant des opérations d'intervention spécialisés COIS.

Le COIS est :

- placé sous l'autorité du COPG ;
- le commandant de l'unité d'intervention spécialisée engagée.

Le COS conduit les opérations de secours. Afin de garantir la sécurité des intervenants sous sa responsabilité, il maintient une étroite coordination avec le COPG avec notamment l'officier de liaison SP détaché auprès du PC du COPG. Il est placé sous l'autorité du directeur des opérations.

Les multiples modalités des attentats terroristes complexifient la prise en charge médicale sur le terrain comme en établissement de santé et nécessite une adaptation du parcours de soins qui peut difficilement être anticipée ou décidée à distance du terrain. En conséquence, le DSM, qui coordonne toute la chaîne médicale pré hospitalière, peut être amené à proposer au COS des adaptations du schéma général d'organisation des soins dans le but d'optimiser la survie des victimes les plus graves. Seul compétent pour prendre des décisions médicales, le DSM est intégré à la conception de la stratégie de réponse opérationnelle en agissant de concert avec le COS et le COPG.

3.2.2 DÉFINITION DES ZONES D'INTERVENTION

Dans le cadre d'un attentat, un zonage spécifique est mis en place, il est détaillé en annexe 24.

Zone d'exclusion (zone rouge) :

En cas de crise à dominante « sécurité et d'ordre public », son accès est interdit aux services de secours.

Zone contrôlée (zone orange) :

En cas de crise à dominante « sécurité et ordre public », cette zone est définie par le COPG et réservée à l'intervention des forces de l'ordre. Le point d'extraction des victimes (PEV) à la limite de la zone rouge et le point de regroupement des victimes (PRV à la limite zone verte) sont installés par le COS, après validation du COPG, dans cette zone contrôlée. Cette zone est partiellement sécurisée (uniquement les corridors d'extraction) par les forces de police et de gendarmerie. Les secours ne peuvent y circuler qu'en empruntant les corridors définis par le COPG. À tout moment en cas de danger, le COPG peut fermer l'accès à la zone contrôlée aux secours et demander le déplacement du PEV ou du PRV.

Zone de soutien (zone verte) :

En cas d'attaque terroriste, les FSI et/ou les forces armées devront protéger les structures (PMA, PC etc..) qui y sont établies dès lors que leurs capacités opérationnelles sont suffisantes.

Selon l'évolution de la crise, ces trois zones ne sont pas figées et répondent à une **sectorisation dynamique** dont la définition est placée sous la responsabilité du COPG dans le cadre d'une crise à dominante « sécurité et ordre public ».

3.2.3 LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES

Dans le cas d'un événement provoquant un grand nombre de victimes présentant simultanément un risque vital et compte tenu de l'évolutivité de la situation et des risques encourus sur place (ex : sécurisation des victimes et des intervenants), la priorité peut être mise sur l'évacuation, après régulation médicale par le SAMU, au détriment du déploiement d'un PMA.

La doctrine doit être souple et adaptée à l'état des victimes, aux circonstances ou à la configuration du terrain (ex : plusieurs PRV et/ou PMA pour un même site). Il s'agit également de garantir la sécurité de tous, victimes et intervenants.

Ainsi, il peut être mis en place un ou plusieurs PRV permettant la médicalisation adaptée au contexte et l'évacuation rapide, mais régulée par le SAMU, des blessés et des impliqués. Dans ce cas, les blessés ne transitent pas à l'intérieur de la structure physique d'un PMA. Ils sont évacués, potentiellement en convoi, vers un établissement de santé en fonction de la typologie de leurs lésions, après la mise en œuvre, le cas échéant, des techniques de damage control pré hospitalier réalisées au sein d'une chaîne élémentaire de secours et de soins médicaux.

La prise en charge de policiers, gendarmes ou sapeurs-pompiers blessés (dans le cadre de leur intervention sur l'évènement initial) fait l'objet d'une procédure particulière décrite notamment dans la NDO 01 sur la tuerie de masse.

3.2.4 L'INTEROPÉRABILITÉ DES TRANSMISSIONS

La complémentarité et la liaison nécessairement forte entre les forces de sécurité intérieure et les services de secours, notamment dans le cadre de l'engagement des moyens humains dans les corridors d'extraction, impose un travail en réseau partagé.

Tel est l'usage initialement dévolu au réseau INPT (infrastructure nationale partagée des transmissions) qui est sécurisé, crypté et enregistré. Par ailleurs, il garantit la confidentialité des échanges et permet les opérations de contrôle en post-crise.

Pour assurer la coordination préfectorale et la remontée d'information à tous les niveaux hiérarchiques, différentes communications radios sont disponibles et rappelées ci-dessous.

- Communication entre les directeurs et le DO (préfet de département) :

La conférence 210 autorités est réservée à la coordination entre les directeurs et le DO. Elle est utilisée en secours des moyens traditionnels, à savoir le téléphone GSM et/ou le dialogue à la voix en salle de crise, PCA/PCO ou COD. Elle est le support de communication entre le préfet sur le terrain et son COD en préfecture.

- Communication de commandement entre les PC :

La conférence 212 est utilisée comme fréquence de commandement qui permet d'assurer la liaison arrière entre les différents centres opérationnels (PC métiers), les centres de commandement (CIC, CORG, CODIS...), le PC Autorités et le COD.

- Communication de terrain :

Le mode direct DIR 90 est utilisé essentiellement en zone orange pour la coordination et les échanges directs entre les autorités avancées sur le terrain, à savoir :

- les forces spécialisées en charge de la neutralisation des terroristes ;
- les FSI en charge de la sécurisation des corridors d'extraction ;
- les moyens SP affectés à l'extraction des victimes dans les corridors d'extraction.

3.2.5 SPÉCIFICITÉS « NRBC »

La prise en compte des victimes dans le cadre d'un accident ou d'un attentat NRBC perpétré avec un produit **contaminant ou supposé contaminant** doit être précédée d'une étape de décontamination par une structure organisée.

Les spécificités du zonage (voir annexe 25) et de l'organisation des actions préalables de décontamination notamment sont détaillées dans l'IP 06 NRBC dans le chapitre dédié à la réponse opérationnelle face à un attentat avec présomption d'agent NRBC.

4. LE DÉNOMBREMENT

Le dénombrement concerne les victimes d'**attentats** ou de **crises de toutes natures** et n'a pas pour mission d'identifier les victimes. **SINUS n'est pas un outil d'identification**. Il est réalisé le plus rapidement possible sans perturber l'action des forces de sécurité, du secours aux personnes, de l'aide médicale urgente et des services judiciaires.

Le dénombrement est placé sous la direction du directeur des opérations (DO). Le DO est informé du dénombrement par le COS. Le dénombrement s'enrichit dans SINUS avec le temps, chaque message du dénombrement rappelle le groupe horaire de sa photographie. Toutes les autorités et services habilités et intéressés par cette information ont accès, en temps réel au dénombrement dans SINUS, au moyen de l'URL SINUS (Cf NDO 07 SINUS).

Le dénombrement comptabilise les victimes **TR** prises en charge **sur le terrain** et les victimes **HP** se présentant directement en **établissement de santé (ES)**.

- Le dénombrement des victimes TR couvre les victimes prises en charge à l'avant et celles prises en charge au centre d'accueil des impliqués (CAI). Ce dénombrement est placé sous l'autorité du COS,
- Le dénombrement des victimes HP est placé sous l'autorité de chaque ES d'accueil et du SAMU.

Chaque victime est physiquement numérotée avec un code alphanumérique personnel de la marque NF399. La lecture de ce code alphanumérique sur la victime est automatisée par le système code barre 2D « **QRcode** ».

L'outil national du dénombrement est SINUS. Il est composé, notamment, de 2 fonctionnalités :

- SINUS qui est l'application de comptage des victimes sur le terrain.
- SINUS qui est un site internet portant la base de données victimes avec son portail d'accès pour consultation des données

Pour éviter toute erreur de relevé d'identité dans SINUS qui pourraient avoir de graves conséquences, les victimes **décédées et inconscientes sont enregistrées sous X**.

Les dispositions détaillées ci-dessous sont en accord avec le règlement national d'organisation SINUS édité par le ministère de l'intérieur.

4.1 DÉCLENCHEMENT

Le déclenchement du dénombrement via SINUS implique les actions suivantes :

- un Compte Rendu Immédiat (CRI) au COZ, puis l'ouverture d'un événement SYNERGI,
- l'activation du CODIS renforcé,
- si le niveau de COS nécessaire pour le sinistre est chef de groupe (CDG) alors le CODIS renforcera systématiquement le commandement avec un chef de colonne (CDC) qui assurera le COS du sinistre, et un chef de groupe présent sur le sinistre la fonction de renseignement de l'outil SINUS (primo-intervenant),
- si le niveau de COS nécessaire pour le sinistre est chef de colonne ou plus alors le CODIS ne renforcera pas à priori le commandement, un chef de groupe présent sur le sinistre assurera la fonction de renseignement de l'outil SINUS (primo-intervenant).

4.2 CRITÈRES

Le dénombrement SINUS est systématiquement mis en œuvre lors de l'activation des dispositions ORSEC NOVI.

4.3 MOYENS SPÉCIFIQUES

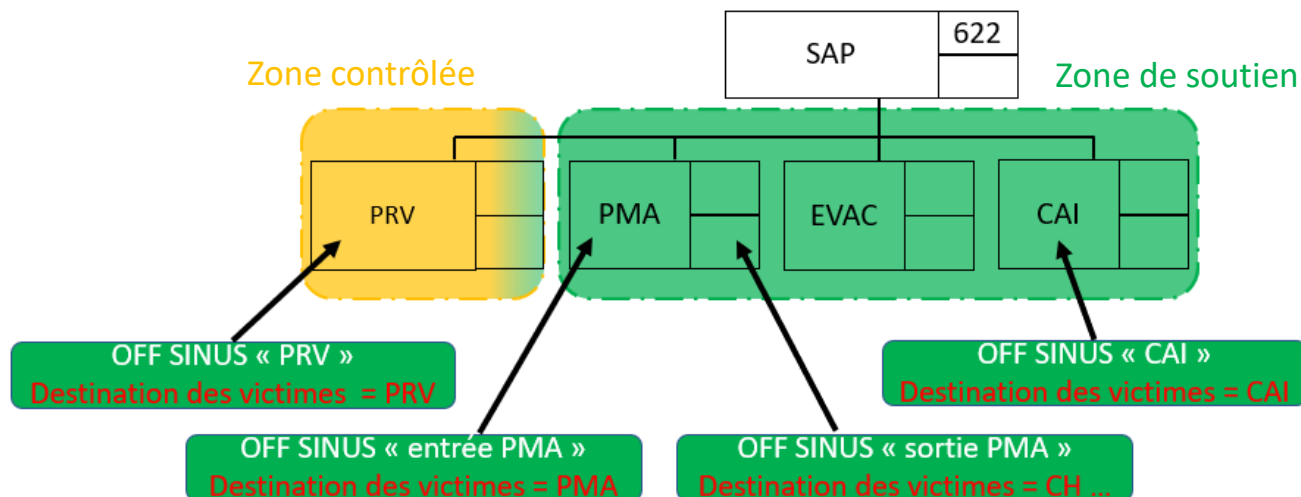
La liste des moyens spécifiques pour le dénombrement est détaillée en annexe 27.

4.4 LA MISE EN ŒUVRE SUR LE TERRAIN

Les particularités liées à la mise en œuvre du dénombrement SINUS sont détaillées ci-dessous :

	HORS NOVI	EN NOVI
Déclenchement	5 BLESSES/DCD ou + 10 VICTIMES ou + (dont au moins 1 blessé ou DCD) Demande autorité préfectorale Demande du COS	Cf DG ORSEC NOVI (indication = 10 BLESSES ou +)
Niveau COS	CDC à minima	CDS avec PCS
Niveau de fonction saisie SINUS (primo intervenant)	CDG	CDG
Nombre de points de saisie SINUS	1 seul au PRV	4 dans l'ordre de priorité suivant 1. PRV 2. Secrétariat d'entrée PMA 3. Secrétariat de sortie PMA 4. CAI
Consultation des données SINUS par le COS	Avec SINUS au PRV	Avec SINUS au PCS

Positionnement des officiers SINUS dans une organisation NOVI :



4.5 DÉNOMBREMENT TERRAIN « TR » AVEC SINUS

Le dénombrement des victimes TR se décompose au minimum en 3 actions qui peuvent être menées simultanément ou séparément :

- Pose des bracelets.
- Création des fiches victimes : dénombrement rapide (alphanumérique et catégorie).
- Le renseignement des fiches victimes : dénombrements cible et complémentaire.

L'appellation primo-intervenant dans les paragraphes ci-dessous nomme le CDG chargé de la saisie SINUS.

4.6 POSE DE BRACELETS

Chaque victime (décédé, blessé ou impliqué) se voit attribuer sa référence nationale alphanumérique personnelle par la pose d'un bracelet. Cette pose doit être la plus rapide possible afin d'anticiper une éventuelle évacuation accélérée par le processus damage control.

Dans le cas d'une personne décédée démembrée, le bracelet sera posé sur la partie du corps portant la tête.

Afin de préserver au mieux les traces et indices, à titre exceptionnel, selon les circonstances et le déroulement des opérations, si cela ne retarde pas le dénombrement et après accord entre le COS et le COPG ou le COPJ, la pose des bracelets sur les personnes décédées peut être assurée par des personnels de la Police Nationale ou de la Gendarmerie Nationale.

Une victime décédée ne doit pas être évacuée ni déplacée avant les constatations judiciaires. Il en est de même pour les effets ou objets pouvant lui appartenir. Sous contrôle du Parquet compétent et sous la responsabilité du service de police judiciaire saisi, le corps est pris en charge sur les lieux des faits puis acheminé vers l'institut ou plateau médico-légal ou vers un lieu désigné par le Parquet.

La répartition des bracelets est indiquée en annexe 27.

4.7 LA FICHE INTERMÉDIAIRE

Il est possible de préenregistrer à la main sur une fiche appelée « fiche intermédiaire » (annexe 28), les données victimes référencées par l'étiquette « QRcode », avant une saisie SINUS dans un lieu plus adapté.

L'utilisation de la « fiche intermédiaire » est :

- Le secours en cas de panne SINUS. L'emploi systématique des fiches intermédiaires permet de déporter la saisie SINUS directement dans le portail SINUS sur un PC connecté internet,
- Utilisable quand la saisie primo-intervenant sur un ordinateur portable ou tablette n'est pas approprié au terrain. La saisie primo-intervenant SINUS ou directement SINUS peut être alors reportée vers un lieu plus proche d'un PC.

4.8 CRÉATION DES FICHES VICTIMES DANS SINUS

Dès que cela est possible, un primo-intervenant doté d'un ordinateur portable ou de la tablette et de la douchette, démarre SINUS et suit la procédure détaillée en annexe 29 pour dans un premier temps effectuer un dénombrement rapide.

Le dénombrement rapide.

Le dénombrement rapide consiste à produire le plus rapidement possible, la liste du plus grand nombre des victimes TR comportant les seules données suivantes :

- Référence nationale alphanumérique NF399 TR.
- Catégorisation.

4.9 RENSEIGNEMENT DES FICHES VICTIMES DANS SINUS

Cette activité détaillée en annexe 29 permet de produire un dénombrement cible puis éventuellement complémentaire.

Dans le cadre d'un NOVI, pour garantir le suivi de l'avancement de la prise en charge des victimes, il est indispensable de renseigner la destination de la victime selon le tableau suivant :

Point de saisie SINUS	Mention à indiquer dans la case « destination » des victimes
PRV	PRV
Entrée PMA	PMA
Sortie PMA	CH (avec le nom de l'établissement ciblé)
CAI	CAI

4.10 TRANSMISSION DES DONNÉES VICTIME VERS LE PORTAIL INTERNET SINUS

Dès que cela est possible, les primo intervenants transfèrent les données de SINUS dans le portail internet SINUS selon la procédure détaillée en annexe 29.

4.11 CLÔTURE DE L'ÉVÈNEMENT SINUS

La fin des opérations de secours déclenche la clôture de l'évènement SINUS par le CODIS.

Hors attentat, l'ouverture de la Cellule d'Information du Public (CIP) par le Directeur des Opérations de Secours (DOS) repousse la clôture de l'évènement SINUS à la fin du fonctionnement de la CIP sans dépasser 7 jours après la fin des opérations de secours.

La cellule nationale de gestion de SINUS procède, 30 jours après la clôture d'un évènement, à la purge dans SINUS de ses données victimes et les archive pour une durée indéterminée sur un support indépendant de SINUS.

4.12 CARACTÉRISTIQUES DE SINUS

4.12.1 RÉFÉRENCE NATIONALE VICTIME

Le référencement national des victimes d'attentats, de catastrophes ou d'accidents collectifs est assuré par des codes alphanumériques certifiés par la marque NF 399.

Le dénombrement d'une victime commence par l'attribution personnelle et définitive d'un tel code alphanumérique.

Le format de cette référence nationale des victimes comporte 21 caractères construit comme suit :

- 2 caractères sigle du pays : « FR » pour la France
- 3 chiffres représentant le R de l'identité RFGI du département (pour Drôme = 260)
- 4 caractères sigle entité : « NOVI » pour la gestion d'une crise de type ORSEC-NOVI
- 4 caractères : compteur bloqué à « 0000 » (initialement prévu pour identifier l'année)
- 2 caractères : « TR » pour terrain et « HP » pour établissement de santé
- 6 chiffres : réservoir de 1 millions de numéros dédiés à chaque département.

4.12.2 PORTAIL SINUS ET BASE TAMPON

SINUS est un système d'information interministériel qui met à disposition de ses utilisateurs, en temps réel durant la gestion d'une crise, une base de données « dénombrement des victimes », sur un portail internet simplement accessible avec un URL et un compte d'accès.

L'URL du portail « SINUS production » est : <https://sinus.novi.interieur.gouv.fr>

L'URL du portail « SINUS formation » est : <https://formation.sinus.novi.interieur.gouv.fr>

Afin de dissocier le travail de prise de renseignement du terrain du travail de mise en forme de la base de données du portail, celui-ci dispose d'une base tampon nationale toujours disponible dans laquelle tous les renseignements du terrain seront stockés dans l'attente de la création de l'évènement SINUS qui permettra de vider la base tampon dans la base dénombrement de l'évènement.

4.12.3 COMPTES UTILISATEUR, LOGIN, MOT DE PASSE

Le SDIS 26 est doté des comptes détaillés en annexe 30.

PROFIL STRATÉGIQUE

Réservé à l'autorité devant accéder aux données simples du dénombrement des victimes. Il permet de consulter la liste des victimes comportant les seules rubriques suivantes :

- Nom.
- Prénom.
- Féminin ou masculin.
- Age.
- Profession.
- Destination (de l'évacuation).
- Catégorisation.

PROFIL OPÉRATIF

Réservé au CODIS il permet de créer et gérer un événement et de compléter, consulter, modifier et de supprimer toutes les données d'une fiche victime.

PROFIL COORDINATEUR TERRAIN

Réservé au PC terrain pour faciliter sa gestion des secteurs opérationnels, il peut également être utile au COD.

PROFIL PRIMO INTERVENANT

Réservé aux utilisateurs de SINUS pour enregistrer sur le terrain, les renseignements victimes. Le profil primo-intervenant permet de consulter toutes les données victimes stockées dans le seul PC portable ou tablette utilisé.

4.12.4 AIRE D'INFLUENCE

Un événement qui a une aire d'influence départementale par défaut, peut se voir attribuer par son créateur, une aire d'influence concernant plusieurs départements. Le créateur de l'événement ne peut donner à l'événement que les aires d'influence auquel il a lui-même accès.

La base tampon inclut tous les cas possibles d'aire d'influence.

Une fiche SINUS du tampon est rattachée à l'aire d'influence par défaut de l'intervenant.

À l'affichage, le tampon est systématiquement filtré et trié sur les aires d'influence de l'intervenant connecté.

À noter que si un intervenant extérieur a transféré ses fiches avec son compte d'accès SINUS habituel, les fiches ont été créées dans SINUS, mais affectées aux aires d'influence de l'intervenant extérieur et non à celles de l'événement en cours.

Cela engendre une difficulté car l'opératif créateur de l'événement ne voit pas les fiches dans le tampon et l'opératif de l'intervenant extérieur voit les fiches mais ne voit pas l'événement qui n'est pas dans son aire d'influence.

Seule la cellule nationale de gestion de SINUS peut remédier à cette situation, son profil administrateur lui donnant accès à l'ensemble des aires d'influence. Trois solutions sont alors possibles :

- Élargir les aires d'influence du compte d'accès Sinus des opératifs créateurs des événements en leur ajoutant les aires des intervenants extérieurs possibles. L'opératif verra alors les fiches de l'intervenant extérieur dans le tampon et pourra les affecter à son événement,
- Élargir les aires d'influence des événements en leur ajoutant les aires des intervenants extérieurs possibles. Les opératifs créateurs de l'événement et les intervenants extérieurs verront alors les fiches de l'intervenant extérieur dans le tampon et pourront les affecter à l'événement.
- À défaut, traiter au cas par cas, la fiche dans le tampon pour l'affecter à l'événement adéquat.

En pratique, pour résoudre cette difficulté et permettre au CODIS de gérer les renforts, les aires d'influences des opératifs créateurs d'événements et celles accessibles par événement sont élargies aux départements proches.

5. LES MOYENS OPÉRATIONNELS

5.1 GROUPE SECOURS À PERSONNES (GSAP)

Composé de 4 VSAV d'un VLM ou VL avec binôme SSSM et d'un chef de groupe.
Permet la prise en charge de 4 UA ou de 8 UR.

5.2 GROUPE POSTE MÉDICAL AVANCÉ (GPMA)

- 1 VL chef de colonne + chef de groupe
- 1 VL pharmacien SP
- 1 UPMA 10
- 2 VL ou VLHR (8 SP au total pour gestion PMA)

Permet l'accueil instantané de 10 victimes au moins, puis la prise en charge de 20 victimes par heure dont au moins 5 UA. Le GPMA comprend le personnel pour le montage et la mise en œuvre non médicale.

5.3 GROUPE EXTRACTION SAUVETAGE (GRES)

- 2 VSAV
- 2 VLHR RAM CSP
- 2 LOT EPIB
- 1 FPT
- 1 VLM
- 1 VL chef de groupe

Permet de réaliser plusieurs évacuations en simultanée sous EPIB et éventuellement l'armement d'un premier PRV, au moyen de 2 à 3 binômes d'extraction, pour une capacité de 40 à 50 minutes.

5.4 Groupe PRV

- 2 VSAV
- 1 VLHR
- 1 VTU avec lot PRV
- 1 VL chef de groupe

Les 3 lots PRV sont disposés dans les CIS LE CHATELARD, VALLEE DE LA DROME et NYONS. L'intérêt opérationnel d'un lot PRV est de mettre à disposition d'un PRV des capacités supplémentaires pour la prise en charge de 35 victimes.

Pour ce faire, un lot PRV dispose de matériels de brancardage, d'immobilisation, de réserves de matériels secouriste et de matériels médicamenteux.

Il est à noter que ces derniers (bouteilles 5l O2, insufflateurs, masques haute concentration et tubulures) sont destinés à gréer le PMA.

6. LA RÉPONSE OPÉRATIONNELLE

6.1 HORS ACTE DE TERRORISME

6.1.1 DÉCLENCHEMENT

Les dispositions nombreuses victimes sont mises en œuvre en cas d'intervention ayant pour nature ou conséquence les caractéristiques suivantes :

- Le nombre de blessés est a priori supérieur à 10,
- La nature du sinistre (effondrement d'immeuble, chute d'aéronef, accident de bus, etc...) peut engendrer de nombreux blessés,
- Le caractère évolutif d'un sinistre est avéré,
- En complément d'une DS ORSEC.

Ces dispositions NOVI pourront être suivies de l'activation des dispositions générales ORSEC nombreuses victimes par monsieur le préfet de la Drôme sur demande du DDSIS (ou de son représentant) qui prendra alors la fonction de directeur des opérations.

Dès la mise en œuvre des dispositions générales ORSEC nombreuses victimes, l'ensemble des moyens du SDIS s'intègrent dans le plan départemental. Le COD et le PCA/PCO peuvent être activés.

6.1.2 L'ENGAGEMENT OPÉRATIONNEL

Les moyens minimaux à engager par le centre de traitement de l'alerte (CTA) sont :

1. les **moyens prévus en fonction de la nature du sinistre** (feu, AVP, explosion, etc...).
2. le complément de départ spécifique NOVI suivant :

Nombre prévisible de blessés	Secteur RAMASSAGE		Secteur PMA	Secteur ÉVACUATION	Autres
	Groupe Secours à Personnes (GSAP) 1/4/8 + 1 binôme médical 4 VSAV 1 VLM 1 CDG	Groupe PRV (GPRV) 1/4/8 + 1 binôme médical 2 VSAV 1 VLHR 1 VTU lot PRV 1 CDG	Groupe Poste Médical Avancé (GPMA) 2/3/12 + pharmacien 1 CDC 1 CDG 1 pharmacien 1 UPMA 10 2 VL (8 SP)	Groupe Secours à Personnes (GSAP) 1/4/8 + 1 binôme médical 4 VSAV 1 VLM 1 CDG	VTP 0/1/1
SINUS		1 OFF SINUS « PRV »	2 OFF SINUS « entrée/sortie PMA »		1 OFF SINUS « CAI »
De 10 à 19	2*	1	1	2	1
Au-delà sur demande du COS	1 GSAP par tranche de 10 victimes	1 GPRV par tranche de 35 victimes	1 GPMA par tranche de 20 victimes	1 GSAP par tranche de 10 victimes	À la demande du COS

*les 2 GSAP engagés en 1^{ère} intention sont prédestinés au ramassage, néanmoins le COS pourra faire le choix de conserver des VSAV disponibles pour d'éventuelles évacuations à réaliser avant la mise en œuvre du PMA.

3. le groupe commandement de niveau chef de site (GPCS).

6.2 EN SITUATION D'ACTE DE TERRORISME

- Pour les situations particulières de tuerie de masse il convient d'appliquer les mesures détaillées dans la note de doctrine opérationnelle 01. Et notamment l'engagement du départ type :

EXC – ATTENTAT-TUERIE DE MASSE

- Pour les situations particulières NRBC il convient d'appliquer les mesures détaillées dans l'IP 06 NRBC et notamment le chapitre dédié à la réponse opérationnelle face à un attentat avec présomption d'agent NRBC. Et notamment l'engagement du départ type :

EXC – ATTENTAT AVEC PRESOMPTION NRBC

7. ANNEXES

Annexe 1 – Définitions	31
Annexe 2 – Fiche médicale de l'avant.....	33
Annexe 3 – 1 ^{er} COS.....	35
Annexe 4 – COS.....	36
Annexe 5 – Médecin 1 ^{er} intervenant.....	37
Annexe 6 – DSM.....	38
Annexe 7 – DSI.....	39
Annexe 8 – Officier adjoint DSM	40
Annexe 9 – Officier PRV-TRI.....	41
Annexe 10 – Médecin ou infirmière SP PRV-TRI.....	42
Annexe 11 – Gradé ramassage.....	43
Annexe 12 – Officier PMA	44
Annexe 13 – Médecin chef PMA	45
Annexe 14 – Equipe médicale de l'avant	46
Annexe 15 – Pharmacien(ne) ou infirmier(e) chargée de la pharmacie.....	47
Annexe 16 – Officier évacuation.....	48
Annexe 17 – Médecin évacuation	49
Annexe 18 – Gradé parc évacuation	50
Annexe 19 – Officier CAI	51
Annexe 20 – Officier C3D	52
Annexe 21 – Infirmier coordinateur	53
Annexe 22 – Le zonage hors attentat terroriste	54
Annexe 23 – Le secourisme de l'avant.....	55
Annexe 24 – Le zonage lors d'un attentat terroriste.....	56
Annexe 25 – Le zonage lors d'un attentat terroriste NRBC	57
Annexe 26 – Dénombrement – actions à réaliser par le CODIS.....	58
Annexe 27 – Dénombrement – liste des matériels spécifiques	59
Annexe 28 – Dénombrement – la fiche intermédiaire	60
Annexe 29 – Dénombrement – actions à réaliser par les primo-intervenants	61
Annexe 30 – Dénombrement – les comptes SINUS du SDIS26.....	63
Annexe 31 – Notice d'emploi « Lot PRV »	64
Annexe 32 – Glossaire	65

Annexe 1 – Définitions	IP.12 Annexe 1
------------------------	-------------------

Victime = personne présente sur le lieu de l'évènement, pouvant présenter un dommage, physique ou psychique, directement causé par celui-ci. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « blessée » ou « décédée » ou « impliquée ».

Blessé = victime non décédée, dont l'état caractérisé par une atteinte corporelle nécessite la prise en charge par les secours et/ou les équipes d'aide médicale urgente. Elle est catégorisée selon son état par les secours en « urgence absolue (UA) » ou en « urgence relative (UR) ».

Décédé = victime dont le décès est caractérisé par les secours puis constaté par un médecin.

Impliqué = victime non blessée physiquement, exposée directement à un risque de mort ou de blessure pouvant avoir besoin d'une prise en charge notamment médico-psychologique. Les impliqués sont accueillis au centre d'accueil des impliqués (CAI).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Norias = flux de matériels, secouristes et victimes entre deux lieux. Nous pouvons distinguer :

- « la petite noria » qui correspond aux mouvements entre le sinistre et le PRV
- « la grande noria » ou « noria d'évacuation » qui concerne les transports des victimes entre la sortie du PMA et les structures hospitalières.

Point de rassemblement des victimes (PRV) = lieu de mise à l'abri des victimes (blessées et impliquées) avant leur transfert vers le PMA, un établissement de santé ou le CAI. Le PRV peut être

éventuellement médicalisé et permettre la réalisation de gestes de soins extrêmement urgents notamment en l'absence de PMA.

Poste d'urgence médico-psychologique (PUMP) = tout lieu où intervient la CUMP lors d'un événement pour prodiguer les soins médico-psychologiques. Chaque PUMP est placé sous la responsabilité d'un responsable (psychiatre, psychologue ou infirmier de CUMP) qui en organise le fonctionnement, assure la supervision de la prise en charge des victimes et établit un rapport d'activité quotidien transmis au psychiatre référent coordinateur du dispositif d'urgence médico-psychologique.

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

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

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

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

Urgence absolue (UA) = blessé dont le pronostic vital est engagé.

Urgence relative (UR) = blessé dont le pronostic vital n'est pas engagé.

Zonage = délimitation sur le terrain par le COS et le COPG de différentes zones géographiques ou fonctionnelles dont l'accès est contrôlé pour assurer la sécurité des victimes, des intervenants et de la population.

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

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

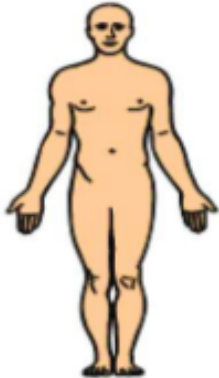
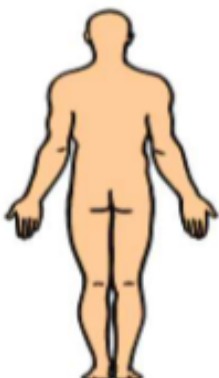
Zone de soutien (verte) = portion de terrain la plus étendue située à la périphérie de la zone contrôlée. Cette zone est sécurisée par les forces de l'ordre (contrôle des accès), mais peut aussi l'être par les armées (bouclage). Les PC services, le PRV, le PMA, le PUMP, le CAI, les *drop zone* (DZ) et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

Afin de permettre la distribution rapide des fiches médicales de l'avant, elles sont réparties de la façon suivante :

10 fiches par VSAV,

20 fiches par VLM

30 fiches par UPMA,

FICHE MEDICALE DE L'AVANT		
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nationalité :	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; margin: 0 auto; width: 80%;"> Etiquette SINUS </div>
NOM - Prénom :		
Date de naissance : / /	Age :	
Adresse :		
PRISE EN CHARGE SECOURISTE		
Date : / /		Heure : h
Conscience : <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> altérée <input type="checkbox"/> inconscience	Ventilation : voies aériennes : <input type="checkbox"/> libres <input type="checkbox"/> obstruées symétrique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non fréquence : / min	Circulation : pouls radial perçu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non fréquence : / min TRC : <input type="checkbox"/> ≤ 2" <input type="checkbox"/> > 2" T.A. : /
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;"> H : hémorragie P : plaie F : fracture B : brûlure C : contusion <input type="checkbox"/> toxique / NRBC </p>		
Gestes secouristes réalisés :		
<u>respiration</u> : <input type="checkbox"/> LVA <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> aspiration <input type="checkbox"/> oxygène MHC à l/min		
<u>circulation</u> : <input type="checkbox"/> pansement compressif <input type="checkbox"/> garrot, posé à h		
<u>soins locaux</u> : <input type="checkbox"/> nettoyage <input type="checkbox"/> emballage <input type="checkbox"/> refroidissement		
<u>immobilisation</u> : <input type="checkbox"/> collier ou attelle cervic. <input type="checkbox"/> ACT <input type="checkbox"/> attelle <input type="checkbox"/> plan dur <input type="checkbox"/> MID		

PRISE EN CHARGE MEDICALE (Heure : h)

Neuro : GCS : E V M = pupille Dte : pupille G : déficit :
 Respiration : voies aériennes : ☐ libres ☐ obstruées ☐ intubées fréquence : /min SpO₂ : %
 Circulation : fréquence : /min T.A. : / Glycémie : mg/l T° : °C HbCO : % Hémocue :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

Gestes médicaux réalisés :

ventilation: ☐ O₂ MHC à l/min ☐ exsuff. PNO ☐ intubation Ø :

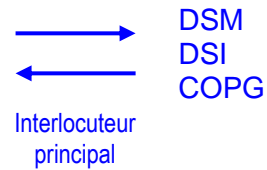
heure	GCS	FR	SpO ₂	EtCO ₂	TA	FC	traitements	médecin	infirmier
h									
h									
h									
h									
h									

Annexe 3 – 1 ^{er} COS	IP.12 Annexe 3
--------------------------------	--------------------------



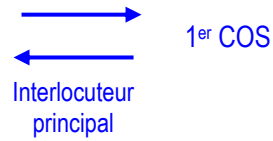
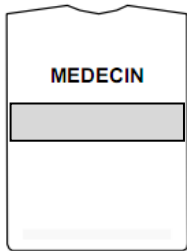
<u>Le 1^{er} COS est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Le chef de groupe ou l'officier arrivant le premier sur les lieux du sinistre	Sur le site	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours arrivés sur les lieux.
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Aborde le site en respectant les règles de sécurité, 2. Détermine le centre de regroupement des moyens (CRM), 3. Fait une reconnaissance rapide, accompagné du médecin 1^{er} intervenant, 4. Évalue le nombre de victimes, le type et la gravité de leurs lésions, 5. Demande les moyens NOVI en fonction du nombre de victimes et propose l'activation des dispositions ORSEC nombreuses victimes dans son message initial, 6. Détermine, avec le médecin 1^{er} intervenant, l'emplacement du PRV et du PMA en tenant compte de leurs règles d'implantation, 7. Désigne l'officier PRV – tri, 8. Met en place le premier point de saisie SINUS au niveau du PRV, 9. Engage ses personnels dans le respect de la doctrine du secourisme de l'avant, 10. Veille à l'engagement, avec leur matériel, des personnels secouristes arrivant sur les lieux, 11. Dès l'arrivée du nouveau COS, se met à sa disposition et lui rend compte. 		

Annexe 4 – COS	IP.12 Annexe 4
----------------	--------------------------



<u>Le COS est successivement :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
-le CDG ou l'OFF arrivé le 1 ^{er} sur les lieux du sinistre -le CDG du secteur -le CDC du secteur -le CDS départemental -le DDSIS ou la personne désignée par lui	Sur le site et au PCO/PCA	Il a autorité sur tous les personnels et les moyens de secours engagés sur le site quel que soit leur origine.
<u>Missions</u>		
1. Responsable de l'organisation générale des secours, 2. Valide l'emplacement du PC de site et du PMA précédemment déterminés par le 1 ^{er} COS, 3. Fait appliquer l'OCT, 4. Désigne : <ul style="list-style-type: none"> a. le DSI, b. le DSM, c. le chef du PC de site, d. l'officier adjoint au DSM, 5. Détermine l'emplacement de l'hélicoptère et en fait assurer la sécurité, 6. S'assure de la prise de fonction du directeur des secours médicaux (DSM), 7. S'assure de la mise en place des points de saisie SINUS au niveau du PRV, entrée PMA, évacuation PMA et CAI, 8. Veille au bon fonctionnement de la chaîne médicale des secours, 9. Organise en cas d'intervention de longue durée, la relève des personnels, 10. Rend compte au directeur des opérations de secours (DOS).		

Annexe 5 – Médecin 1 ^{er} intervenant	IP.12 Annexe 5
--	--------------------------



<u>Le médecin ou ISP 1^{er} intervenant est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Le médecin sapeur-pompier ou SMUR ou l'ISP arrivant en premier sur les lieux du sinistre	Avec le 1 ^{er} COS lors de la reconnaissance, puis au PRV	Autorité sur l'ensemble des moyens médicaux arrivés sur les lieux (si médecin)
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dirige les secours médicaux en attendant l'arrivée du DSM, 2. Fait une reconnaissance rapide, accompagné du 1^{er} COS, 3. Évalue le nombre de victimes, le type et la gravité de leurs lésions, 4. Détermine avec le COS l'emplacement du PRV et du PMA, 5. S'assure que le secourisme de l'avant est appliqué, 6. Élabore avec le COS, la partie médicale du message initial, 7. Assure le tri des victimes au PRV et leur catégorisation, 8. Dès l'arrivée du DSM, lui rend compte et devient médecin ou ISP PRV - tri. 		

Annexe 6 – DSM	IP.12 Annexe 6
----------------	--------------------------



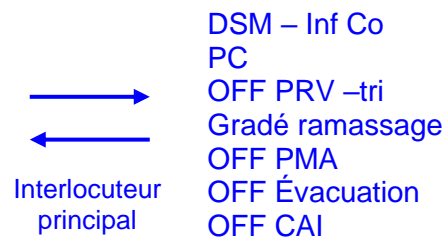
<u>Le DSM est successivement :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
<ul style="list-style-type: none"> - le 1^{er} médecin sur les lieux - le médecin chef du SDIS ou l'un des médecins du SSSM ou du SMUR inscrits sur une liste d'aptitude opérationnelle à la fonction de DSM. 	Sur le site	Il a autorité sur l'ensemble des moyens de secours médicaux engagés sur le sinistre, en liaison constante avec le COS et le DSI
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Après s'être présenté au COS, organise et coordonne la médicalisation des opérations : triage, ramassage, mise en condition de transport et évacuation des victimes, 2. Organise le secourisme de l'avant le repérage et la pose des bracelets SINUS, 3. Valide avec le COS l'emplacement du (ou des) PMA précédemment déterminé(s) par le médecin 1^{er} intervenant avec le 1^{er} COS, 4. Accueille et affecte les médecins et les personnels de santé qui se présentent au PC de site, 5. Désigne le médecin chef PMA. Lors d'un accident catastrophique à effets limités, les fonctions de DSM et médecin chef PMA peuvent être cumulées, 6. Désigne le médecin évacuation et lui fait établir la liste des capacités d'accueil hospitalier, 7. Fait mettre en place une structure d'accueil des urgences médico-psychologiques (CUMP), 8. Fait mettre en place une structure d'accueil des décédés. 9. Fait faciliter l'identification des victimes décédées, 10. Désigne la personne chargée de la gestion de la remorque PSM du SAMU et s'assure de l'approvisionnement continu en produits pharmaceutiques (médicaments et oxygène), 11. Organise, en cas d'intervention de longue durée, la relève des personnels médicaux, 12. Peut-être l'interlocuteur médical auprès des autorités et de la presse selon les directives données par le DOS. 		

Annexe 7 – DSI	IP.12 Annexe 7
----------------	--------------------------



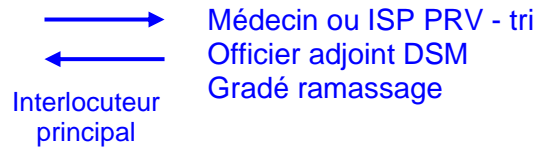
<u>Le DSI est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS (en fonction de la nature du sinistre : CDG, CDC ou CDS)	Sur le site	Il a autorité sur l'ensemble des personnels et des moyens de secours affectés à la lutte contre le sinistre
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Assure la lutte contre le sinistre initial et/ou les effets secondaires de celui-ci, 2. Coordonne la lutte contre le sinistre et le secourisme de l'avant, 3. Assure l'extraction des victimes et leur acheminement au PRV si cette action est réalisée par des moyens de lutte contre le sinistre ou dans la continuité d'une action de lutte contre le sinistre. 4. Complète la reconnaissance dans la zone d'intervention, 5. Détermine la sectorisation nécessaire et le balisage des chantiers, 6. Fait transmettre au DSM les demandes de médicalisations de l'avant, 7. Prend en compte et fait assurer la sécurité des équipes médicales engagées à l'avant, 8. Reste en liaison avec le PC, 9. Il formule toutes les demandes de moyens complémentaires au PC. 		

Annexe 8 – Officier adjoint DSM	IP.12 Annexe 8
---------------------------------	--------------------------



L'officier adjoint au DSM est :	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS	Sur le site	Il assure la liaison entre le DSM, l'officier PMA et le poste de commandement
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Après s'être présenté au COS, assure auprès du DSM la liaison avec les cadres SP Ramassage, PRV- tri, PMA, évacuation, CAI et le poste de commandement, 2. Affecte selon les directives du DSM, des personnels aux zones PRV, de soins et d'évacuation, 3. S'assure de la saisie SINUS au PRV, entrée PMA, évacuation PMA et CAI 		

Annexe 9 – Officier PRV - TRI	IP.12 Annexe 9
-------------------------------	--------------------------



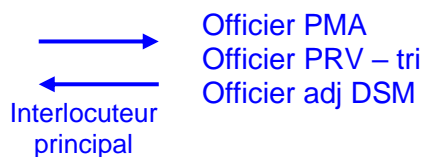
<u>L'Officier PRV - tri est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS	Au PRV, à proximité du chantier mais en dehors des effets de celui-ci	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours non médicaux affectés à la zone PRV.
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise avec le Médecin ou Infirmier SP PRV-tri l'espace et les moyens qui sont affectés au PRV, 2. Affecte à chaque victime, en relation avec le Médecin ou Infirmier SP PRV-tri, une fiche médicale de l'avant et un bracelet SINUS, 3. Renseigne l'outil de dénombrement SINUS, 4. Désigne les personnels affectés à la pratique des gestes de secourisme, 5. S'assure avec le gradé ramassage du transfert des victimes vers le PMA ou CAI en fonction de l'ordre de priorité défini par le Médecin ou Infirmier SP PRV-tri et des possibilités d'accueil. 		

Annexe 10 – Médecin ou infirmier(ère) SP PRV - TRI
IP.12
Annexe 10


→ Gradé PRV - tri
 ← Médecin-chef PMA
 Interlocuteur principal

<u>Le Médecin ou Infirmier SP PRV-tri est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Le 1 ^{er} médecin ou ISP sur les lieux. Il prend cette fonction après avoir réalisé avec le 1 ^{er} COS la 1 ^{ère} reconnaissance permettant une évaluation du nombre de victimes et leur gravité.	Au PRV, à proximité du chantier mais en dehors des effets de celui-ci	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens secouristes et médicaux affectés à la zone PRV
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise avec l'Officier PRV - tri l'espace et les moyens qui sont affectés à la zone PRV, 2. S'assure avec l'Officier PRV - tri de l'affectation à tous les victimes d'une fiche médicale de l'avant et d'un bracelet SINUS, 3. Catégorise les victimes en UA, UR, impliqué, décédé, 4. Fait mettre en œuvre, si nécessaire, des gestes de secourisme de survie, 5. Dès l'activation des structures d'accueil, oriente tous les victimes vers celles-ci, 6. Rend compte au médecin chef PMA. 		

Annexe 11 – Gradé ramassage	IP.12 Annexe 11
-----------------------------	---------------------------



<u>Le gradé ramassage est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS (si possible un chef de groupe issu d'un GRAM)	Entre le PRV et la zone PMA et entre le sinistre et le PRV	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours non médicaux affectés au ramassage
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise les équipes de prise en charge des victimes qui lui sont affectées, 2. Réalise, sous coordination du DSI, éventuellement le ramassage des victimes sur le chantier et assure leur transport vers le PRV. 3. Coordonne la phase de brancardage vers les structures PRV, PMA et CAI 		

Annexe 12 – Officier PMA	IP.12 Annexe 12
--------------------------	---------------------------



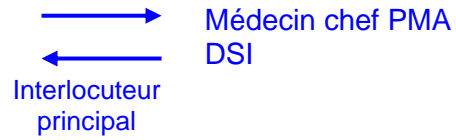
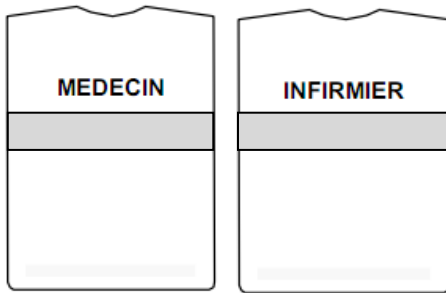
<u>L'officier PMA est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS	Au PMA	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens non médicaux de la zone PMA
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> Active la zone PMA sur l'emplacement déterminé par le COS et le DSM en tenant compte de ses règles de fonctionnement, Assure la gestion logistique et administrative des missions du PMA, dont la saisie des informations relatives aux victimes dans l'outil de dénombrement SINUS, Affecte les personnels : <ol style="list-style-type: none"> Au secrétariat d'entrée, Au secrétariat d'évacuation Au fonctionnement du PMA Veille au bon fonctionnement de la zone PMA, Rend compte à l'officier adjoint au DSM. 		

Annexe 13 – Médecin chef PMA	IP.12 Annexe 13
------------------------------	---------------------------



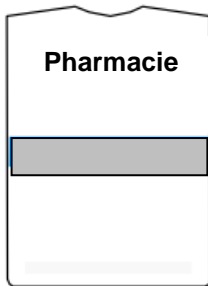
<u>Le médecin chef PMA est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le DSM	Au PMA	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens médicaux du PMA
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Veille à la mise en œuvre de la zone PMA en tenant compte de ses règles de fonctionnement, 2. Accueille les personnels mis à sa disposition par le DSM, 3. Répartit les médecins et les infirmiers en fonction de leur compétence et des besoins entre les secteurs UA, UR, la noria d'évacuation, 4. Fait assurer par le/la pharmacien(ne), ou un personnel désigné, la gestion et la distribution des médicaments, 5. Coordonne l'action des personnels médicaux et paramédicaux : <ol style="list-style-type: none"> a. Contrôle l'efficacité de l'enregistrement et de la catégorisation au PRV, b. Vérifie la qualité de la mise en condition de transport des victimes à l'intérieur du PMA, c. S'assure du bon déroulement des évacuations, 6. Peut engager ponctuellement, sur demande du DSI auprès du DSM, une équipe médicale pour compléter la mise en condition de transport d'un blessé avant son ramassage sur le chantier, 7. Rend compte régulièrement au DSM. 		

Annexe 14 – Équipe médicale de l'avant	IP.12 Annexe 14
--	---------------------------



<u>L'équipe médicale de l'avant est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Détachée sur le site par le médecin chef PMA	Sur le site	Elle est amenée sur le site par un vecteur désigné par l'officier PMA
<u>Missions</u>		
1. Se présente au DSI qui fait assurer sa sécurité et lui présente le site, 2. Médicalise ponctuellement un dégagement, Après son dégagement, accompagne le blessé durant son transfert vers le PMA.		

Annexe 15 – Pharmacien(ne) ou infirmier(e) chargé(e) de la pharmacie	IP.12 Annexe 15
--	---------------------------



<u>Le pharmacien ou l'infirmière est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Engagé avec la remorque PSM du SAMU	Au PC de site avant d'être affecté par le DSM au PMA	Autorité sur l'ensemble des personnes et moyens affectés à la pharmacie
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise et gère la pharmacie, 2. Assure l'approvisionnement par : <ol style="list-style-type: none"> a. La mise à disposition des malles pharmacie, b. L'anticipation des demandes, en assurant le réapprovisionnement par la pharmacie centrale du centre hospitalier de VALENCE, après contact avec le pharmacien de garde, 3. Assure la distribution en honorant la demande des médecins, 4. Assure le réapprovisionnement. 		

Annexe 16 – Officier évacuation	IP.12 Annexe 16
---------------------------------	---------------------------



<u>Le gradé évacuation est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS (si possible 1 CDG d'un G SAP)	Zone évacuation du PMA	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours non médicaux affectés à la zone évacuation
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise l'espace et les moyens qui sont affectés à la zone évacuation, 2. Désigne les personnels affectés au brancardage, 3. Fait inventorier les moyens d'évacuations (terrestres et aériens), 4. Fait organiser, si nécessaire, une DZ, 5. Fait fonctionner avec le médecin évacuateur, la zone d'évacuation : <ol style="list-style-type: none"> a. Respecte l'adéquation : priorité d'évacuation / choix du vecteur / destination, b. Renseigne l'outil de dénombrement SINUS, c. Évite le désamorçage de la noria d'évacuation, 6. Rend compte à l'officier adjoint au DSM. 		

Annexe 17 – Médecin évacuation	IP.12 Annexe 17
--------------------------------	---------------------------



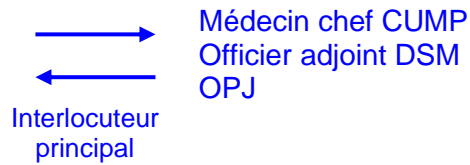
<u>Le médecin évacuation est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le DSM. De préférence un médecin du SMUR	À proximité du secrétariat d'évacuation de la zone PMA, si possible dans un endroit au calme doté de moyens téléphoniques	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours médicaux affectés à la zone d'évacuation Il peut être secondé par un auxiliaire de régulation médicale du SAMU
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Active la noria d'évacuation et inventorie avec l'aide de l'officier évacuation : <ol style="list-style-type: none"> a. Les vecteurs d'évacuation mis à disposition, b. Les capacités d'accueil hospitalier fournies par le médecin régulateur du SAMU, c. Les délais d'acheminement, d. Les personnels affectés à la noria d'évacuation, 2. Détermine la priorité d'évacuation, 3. Choisit le type de vecteur et la destination, 4. Organise, si besoin, le convoyage, 5. Rend compte au médecin-chef PMA. 		

Annexe 18 – Gradé parc évacuation	IP.12 Annexe 18
-----------------------------------	---------------------------



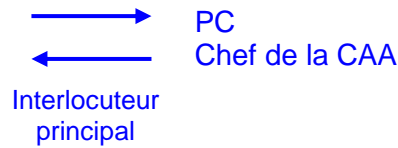
<u>Le gradé parc évacuation est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS	Au parc évacuation	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens de secours affectés au parc évacuation
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organise l'espace et les moyens qui sont affectés au parc évacuation, 2. Inventorie et numérote les vecteurs d'évacuation : <ol style="list-style-type: none"> a. médicalisables, b. non médicalisables, c. autres, 3. Informe l'officier évacuation des vecteurs disponibles et engagés, 4. Veille à ce que les personnels restent dans leur engin, 5. Fait fonctionner le parc évacuation, 6. Mobilise les vecteurs demandés par l'officier évacuation, 7. Rappelle aux chefs d'agrès qu'ils ne doivent pas passer de message radio et que sauf contre ordre ils doivent revenir et se présenter au CRM sur la GRP 258. 		

Annexe 19 – Officier CAI	IP.12 Annexe 19
--------------------------	---------------------------



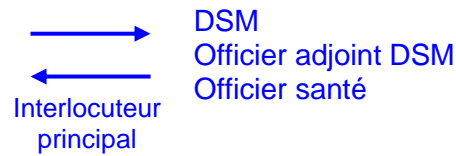
<u>L'officier CAI est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS	Au CAI	Autorité sur l'ensemble des personnels et moyens non médicaux et judiciaires du CAI
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> Active le CAI à l'emplacement déterminé par le COS et le DSM en tenant compte de ses règles de fonctionnement, Assure la gestion logistique et administrative du CAI, dont la saisie des informations relatives aux victimes dans l'outil de dénombrement SINUS, Veille au bon fonctionnement du CAI en liaison avec les AASC, les services judiciaires et les moyens de la CUMP, Rend compte à l'officier adjoint au DSM. 		

Annexe 20 – Officier C3D	IP.12 Annexe 20
--------------------------	---------------------------



<u>L'officier C3D est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le COS, préférentiellement parmi les cadres HBE.	A la CAA (Cellule d'Activité Aérienne)	Il assure la liaison entre la CAA et le poste de commandement, et a autorité sur un 2 nd officier SP également cadre HBE qui sera chargé de la déconfliction.
<u>Missions</u>		
<ol style="list-style-type: none"> Assure la liaison entre la CAA et le PC En l'absence de chef CAA (chef inter-base pour un NOVI départemental), peut veiller à la déconfliction, prévient la sécurité des vols jusqu'à la mise en place du poste d'information en vol (contrôleur aérien) : <ul style="list-style-type: none"> - en répartissant les machines par zone, - en regroupant les missions - en définissant des circuits de vol Optimise la gestion des moyens aériens au sein de la cellule optimisation de l'emploi des moyens aériens : <ul style="list-style-type: none"> - Elabore la programmation de l'activité aérienne - Engage les moyens les plus adaptés aux missions données - Redirige en vol les vecteurs en fonction des urgences Anticipe la gestion du soutien opérationnel et logistique machine et équipages (carburant, relèves, hébergement, potentiels machines et équipages, qualification des équipages, ...) S'assure que la CAA veille 2 fréquences : <ul style="list-style-type: none"> - Coordination/déconfliction - Travail (description situation au sol) Remplit le fichier de suivi des missions, affectée par le coordinateur 		
<p>Critères d'activation d'une CAA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - si présence d'aéronefs n'étant pas en capacité d'assurer leur propre déconfliction, - ou plus de 3 aéronefs. <p>L'activation de la CAA peut être demandée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le COS - le 1^{er} pilote, à l'endroit du COS - le COZ <p>La décision de déploiement de la CAA relève du préfet ou préfet de zone.</p> <p>1ers enjeux : définir la localisation de la CAA et du PRMH (Point de Regroupement des Moyens Hélicoportés) si possible tour de contrôle d'un aérodrome.</p> <p>Toutes les missions nécessitant l'emploi de moyens hélicoportés passent par la CAA.</p>		

Annexe 21 – Infirmier coordinateur	IP.12 Annexe 21
------------------------------------	---------------------------

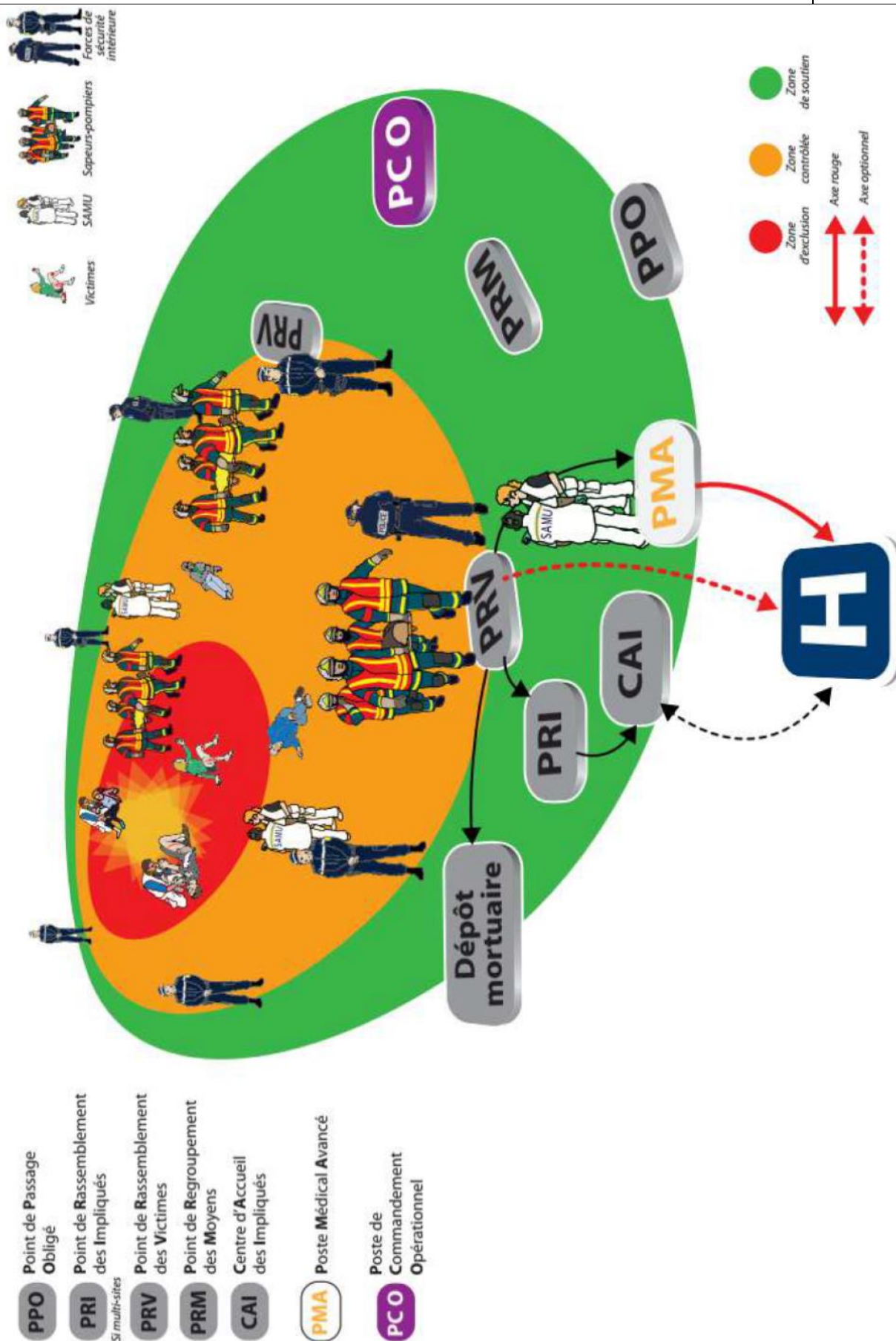


<u>L'infirmier coordinateur est :</u>	<u>Position géographique</u>	<u>Moyens</u>
Désigné par le DSM, préférentiellement l'IAID.	Sur le site	En lien direct avec le DSM et l'officier adjoint DSM, il supplée en cas de besoin le DSM.
<u>Missions</u>		
<p>1. L'infirmier coordinateur est en soutien du DSM concernant les demandes « médicales » du DSM remontées par l'officier adjoint au DSM. Ces demandes peuvent concerner des besoins en personnel santé, la réaffectation de personnels de santé en fonction des leurs compétences ou encore des besoins de matériels pharmaceutiques.</p> <p>Remarque : un plan NOVI peut mobiliser jusqu'à 3 infirmiers coordinateurs (1 au PC, 1 au CODIS renforcé, 1 sur le terrain)</p>		

Annexe 22 – Le zonage hors attentat terroriste

IP.12

Annexe 22



Annexe 23 – Le secourisme de l'avant

IP.12

Annexe 23

Le repérage des victimes se fait en progressant en binôme de deux secouristes, en effectuant le bilan d'une victime en moins d'une minute, et en limitant les gestes de secours aux gestes de survie (libération des voies aériennes, mise en position latérale de sécurité et arrêt des hémorragies), à une éventuelle installation en position d'attente et à la protection par une couverture de survie.

Code couleur du tri secouriste :

Toute personne présente sur le sinistre, valide, qui ne présente pas de lésion, ni de traumatisme, mais qui pour autant peut être impactée psychologiquement, est catégorisée « **IMPLIQUE** ».

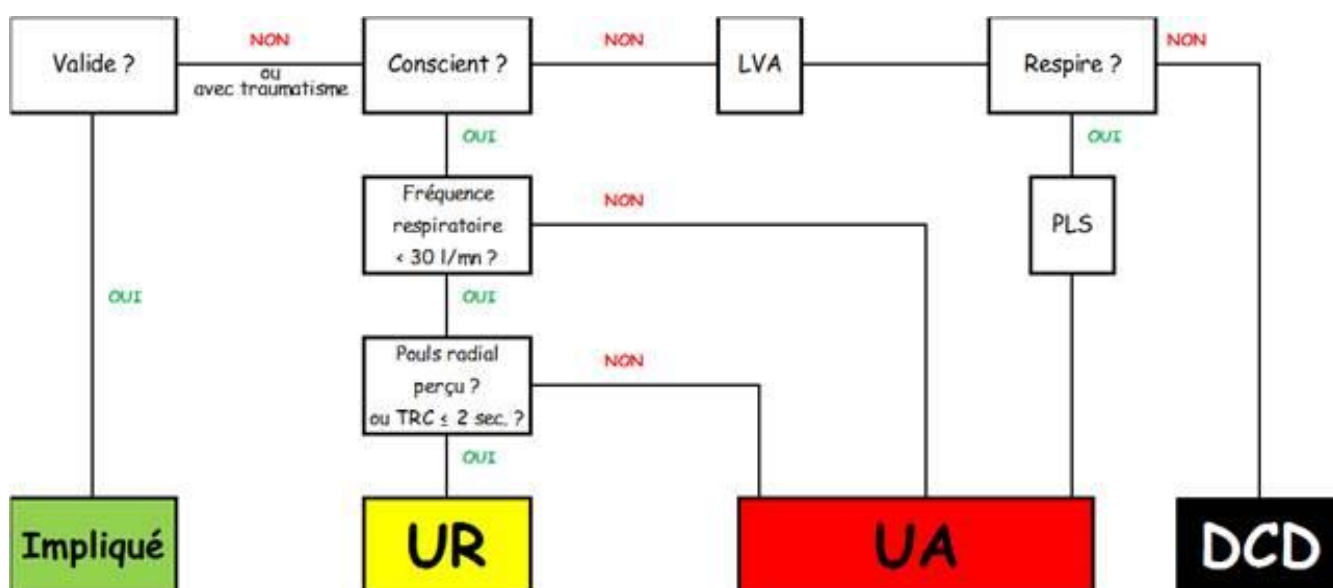
Toute victime qui **ne respire pas spontanément** après avoir assuré la liberté des voies aériennes est catégorisée « **DCD** », on la recouvre entièrement par une couverture de survie (tête comprise) et, sauf nécessité, on évite de la déplacer.

Toute victime qui présente lors du bilan initial **au moins un critère de gravité** :

Troubles de la conscience	Nécessité de sécuriser les voies aériennes	Fréquence respiratoire > 30/min
Hémorragie apparente	Pouls radial non perçu	Temps de recoloration cutanée > 2 secondes
Fréquence cardiaque > 120/min		

est catégorisée « **UA** », elle nécessite un geste de secours immédiat (arrêt d'une hémorragie par pansement compressif ou garrot, LVA, PLS), elle sera prioritaire lors de la prise en charge par les équipes médicales.

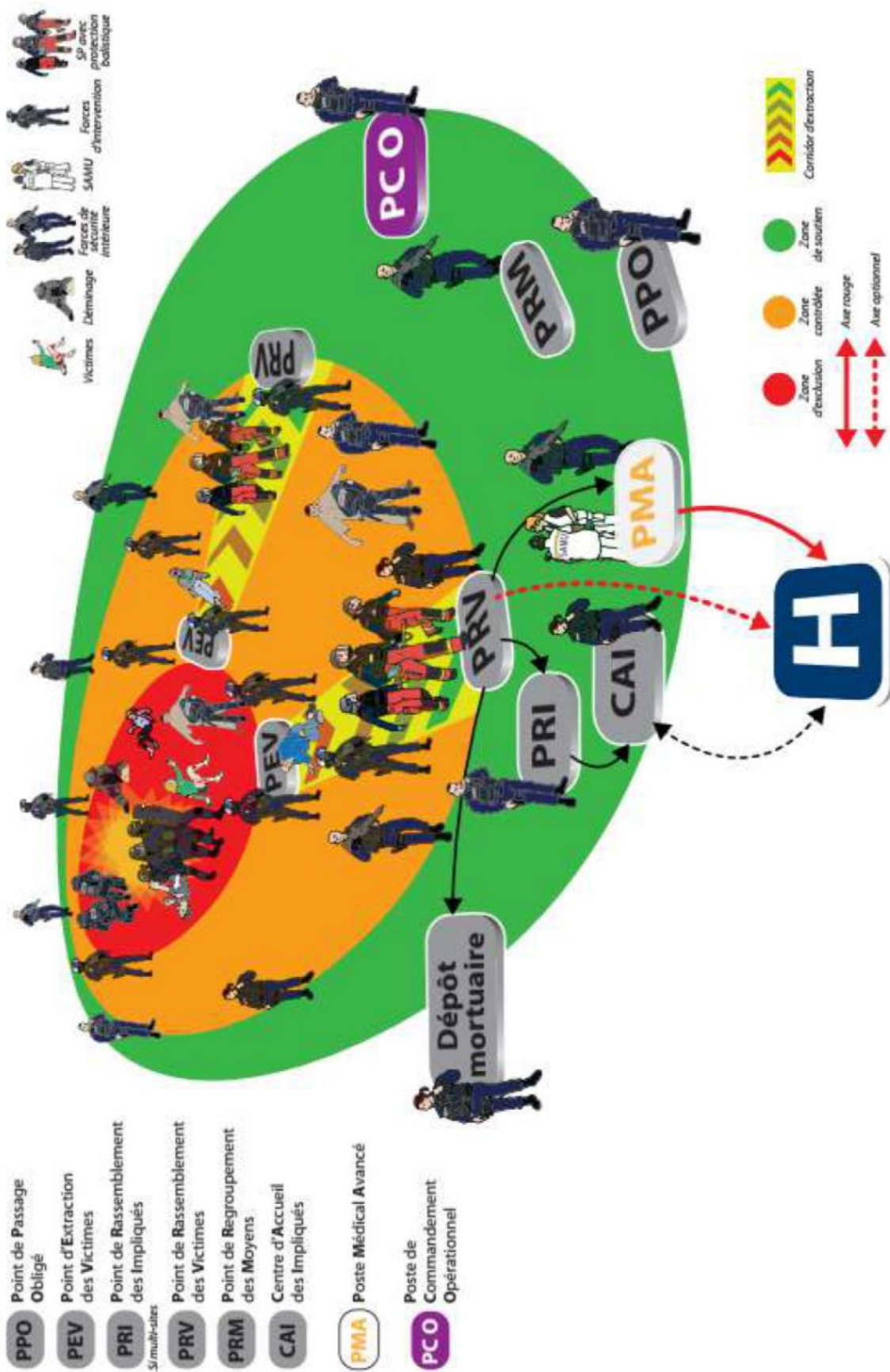
Par élimination, toute victime vivante, qui présente une lésion, un traumatisme sans critère de gravité, est catégorisée « **UR** » et elle bénéficiera de soins "non-prioritaires", éventuellement temporisés, selon le contexte.



Annexe 24 – Le zonage lors d'un attentat terroriste

IP.12

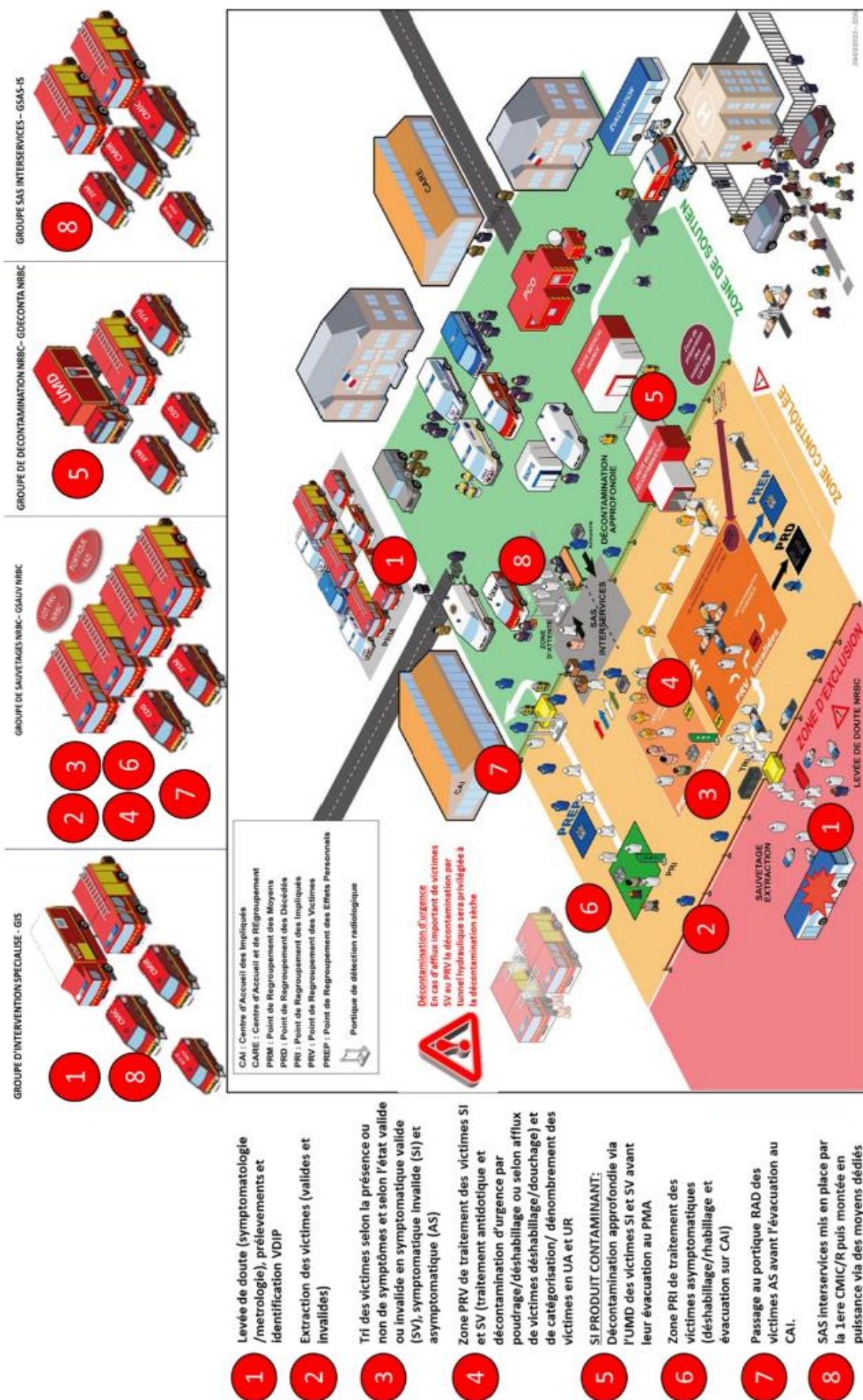
Annexe 24



Annexe 25 – Le zonage lors d'un attentat NRBC

IP.12

Annexe 25



1- CRÉATION DE L'ÉVÈNEMENT SINUS PAR LE CODIS

Le ou les évènements SINUS sont créés le plus rapidement possible par le CODIS :

- URL « SINUS production » <https://sinus.novi.interieur.gouv.fr>
 - Attention :** Pour des exercices ou de la formation,
 - Utiliser l'URL « SINUS formation » <https://formation.sinus.novi.interieur.gouv.fr>
 - Utiliser exceptionnellement l'URL « SINUS production » pour des grands exercices nationaux après accord de la cellule nationale de gestion.
- Login opératif « 260OPSDISCODIS »,
- Mot de passe,
- Menu : choisir « **ÉVÈNEMENT** »,
- Choisir « **Nouveau** »,
- Remplir le nom de l'évènement selon la codification : n° département - ville - motif,
- Le motif est à choisir parmi :
 - Catastrophe naturelle : avalanches, cyclones, submersion marine, glissement de terrain...
 - Accident industriel : explosion d'usine, nuage toxique, accident nucléaire...
 - Accident de transport : carambolage, bus, train, aérien, navire...
 - Accident de site : incendie, mouvement de foule, intoxication CO...
 - Attentat : ou supposé attentat
 - Crise d'ordre public : émeute, violences urbaines...
 - Crise sanitaire : toxi-infection alimentaire collective...

L'aire d'influence automatiquement proposée est le département élargi aux départements limitrophes. Pour un évènement qui ne nécessitera pas de renforts extra-départementaux, le CODIS réduit l'aire d'influence à son seul département afin de minimiser le risque de saturation de la base tampon.

2- AFFECTATION DU TAMPON À L'ÉVÈNEMENT

Le CODIS affecte le plus rapidement possible les fiches victimes TR de la base tampon SINUS, dans l'évènement concerné :

- Menu : choisir « **TAMPON** »,
- Choisir l'évènement,
- Sélectionner les lignes victimes par le login primo-intervenant ou par le site,
- Choisir « **Affecté** ».
- Une fois la fiche victime affectée au bon évènement, la mise à jour de cette fiche s'attache automatique à cet évènement

3 - CONSULTATION STRATÉGIQUE DANS SINUS

Les différentes autorités et services qui disposent d'un compte utilisateur de profil stratégique peuvent consulter les données du dénombrement à partir du portail SINUS, sans pouvoir les modifier.

- URL « SINUS production » <https://sinus.novi.interieur.gouv.fr>
- Login stratégique « 260STSDIS »,
- Mot de passe,
- Menu : choisir « ETATS »,
 - Pour visualiser une liste nominative : choisir « Listes » par requête souhaitée,
 - Pour visualiser un état numérique : choisir « États » par requête souhaitée.

Le profil opératif (CODIS) permet aussi de consulter les données.

VSAV

Chaque VSAV est doté en plus du KIT NOVI d'un KIT SINUS composé des matériels suivants :

- 1 anneau avec 10 bracelets SINUS
- 2 fiches intermédiaires (modèle en annexe 28)

La pose des bracelets sur les victimes devra être réalisée le plus rapidement possible en privilégiant l'utilisation de bracelets provenant du même anneau avant d'utiliser les bracelets d'un autre véhicule. Le renouvellement du KIT SINUS se fera selon la même procédure que celle arrêtée pour les autres kits des VSAV.

VLM

Chaque VLM est doté, en plus des 2 KIT NOVI, de 2 KIT SINUS.

VL CDG SECTEUR

L'activité de renseignement de l'outil SINUS (activité primo-intervenant) est confiée à l'échelon de commandement chef de groupe. Pour réaliser cette mission les VL CDG de secteur sont équipées d'une valise SINUS composée des matériels suivants :

- 1 valise durcie
- 1 PC portable (avec souris) ou tablette PC et son alimentation secteur
- 1 douchette et son câble blindé USB
- 1 lot de 3 anneaux de 10 bracelets SINUS
- 1 lot de 20 fiches intermédiaires
- 1 clé USB
- 1 stylo
- 1 chasuble siglée « SINUS »

UPMA

En plus des 3 KIT NOVI, les UPMA sont dotées d'une réserve de 5 anneaux soit 50 bracelets.






RÉSERVE PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR

Une réserve est disponible à la PUI du SDIS.

Annexe 28 – La fiche intermédiaire

IP.12

Annexe 28

Fiche intermédiaire - SINUS				Pré identification NOM, Prénom & Date de naissance (Facultatif)		Evacuation	
N° vict.	Autocollant N° SINUS	Victime		Nationalité	Destination	Vecteur	Origine vecteur
		Cat.	Sex Age				
	 Coller autocollant ici	UA UR DCD IMP	F M Adulte			VSAV SMUR Hélico Autre	
	 Coller autocollant ici	UA UR DCD IMP	F M Adulte			VSAV SMUR Hélico Autre	
	 Coller autocollant ici	UA UR DCD IMP	F M Adulte			VSAV SMUR Hélico Autre	
	 Coller autocollant ici	UA UR DCD IMP	F M Adulte			VSAV SMUR Hélico Autre	
	 Coller autocollant ici	UA UR DCD IMP	F M Adulte			VSAV SMUR Hélico Autre	

Nom :
Date :
Site :

Attention : Veuillez écrire en lettres majuscules



4: Transmettre



3: Remplir



2: Coller



1: Poser

1- OUVERTURE DE L'APPLICATION SINUS

- Démarrage du PC portable ou tablette et ouverture de SINUS,
- Choix entre « reprendre » ou « nouvelle »,
 - « **Reprendre** » permet de reprendre la dernière intervention.
 - « **Nouvelle** » écrase toutes les données victimes présentes dans le PC portable ou tablette,
- Remplir « **Site** ». Non obligatoire, vient préciser le lieu du dénombrement important en cas d'événements multi-sites.
- Le motif est à choisir parmi :
 - Catastrophe naturelle : avalanches, cyclones, submersion marine, glissement de terrain...,
 - Accident industriel : explosion d'usine, nuage toxique, accident nucléaire...,
 - Accident de transport : carambolage, bus, train, aérien, navire...,
 - Accident de site : incendie, mouvement de foule, intoxication CO...,
 - Attentat : ou supposé attentat,
 - Crise d'ordre public : émeute, violences urbaines...,
 - Crise sanitaire : toxi-infection alimentaire collective...,
- Remplir « **Poste émetteur** » par le login primo-intervenant qui est automatiquement pré-rempli normalement,
- « Valider » pour accéder à la fiche victime,
- Il se peut que SINUS demande « Synchronisation des tables de références » (voyant orange),
- Exécuter cette demande puis poursuivre.

2- CRÉATION DES FICHES VICTIMES DANS SINUS

- Création des fiches victimes en scannant les bracelets selon 2 modes :
 - chaque bracelet, mode à privilégier,
 - par « **Anneau** » de 10 de bracelets (attention s'il reste des bracelets sur un anneau), mode à éviter.
- Catégorisation des victimes en renseignant les fiches selon 2 modes :
 - chaque fiche victime, mode à privilégier,
 - par « **Masse** » de 10 fiches pour une même catégorisation, mode à éviter.

3- RENSEIGNEMENT DES FICHES VICTIMES DANS SINUS

Les renseignements obligatoires du dénombrement cible sont :

Dans le 1^{er} masque de la fiche victime

- Référence nationale alphanumérique NF399 (lecture automatique QR code).
- Catégorisation (UA, UR, DCD, IMP) (ne pas utiliser EU, U1, U2, U3).
- Destination de l'évacuation de la liste FINESS (+ PRV / PMA / CAI / laissé sur place).
- Féminin ou masculin.
- Tranche d'âge (0-24 mois, 2-14 ans, adulte).

Dans le 2^{ème} masque de la fiche victime

- X à la place de « nom » (sans prénom) si personne décédée ou inconsciente (incapable de décliner de façon fiable son identité) ou si victime policier, gendarme ou sapeur-pompier.
- Nationalité (menu déroulant)
- Profession (menu déroulant et au minimum, si policier, gendarme ou sapeur-pompier).

Les renseignements complémentaires du dénombrement peuvent être :

Dans le 2^{ème} masque de la fiche victime

- Nom et prénom si victime consciente (en capacité de décliner de façon fiable son identité) ou si victime non Policier, Gendarme ou Sapeur-pompier.

- Date de naissance
- Lieu de naissance
- Adresse
- Téléphone
- Description (cette rubrique ne contient pas de données médico-secouristes réservées à la Fiche Médicale de l'Avant) :
 - nom et prénom supposé de la victime sous X
 - nom, prénom et coordonnées des témoins pouvant attester de l'identité de la victime sous X
 - circonstances constatées ayant pu provoquer les blessures
 - description des objets pouvant appartenir à la victime

4- TRANSMISSION DES DONNÉES VICTIME VERS LE PORTAIL INTERNET SINUS

- Choisir « **Envoi et retour SINUS** »,
- Login primo-intervenant normalement saisie automatiquement,
- Mot de passe.

En cas de réseau 3/4G ou wifi inaccessibles plus de 1h, il sera procédé au transfert des données par clé USB. Le primo-intervenant charge manuellement sur la clé USB les données SINUS puis décharge manuellement la clé USB sur un ordinateur connecté internet accessible le plus proche.

- À partir de SINUS, chargement manuel de la clé USB :
 - Choisir « **Sortie USB** »
 - Générer le fichier des données SINUS,
 - Enregistrer ce fichier dans la clé USB.
- À partir du portail SINUS, déchargement manuel de la clé USB :
 - URL du portail SINUS,
 - Login primo-intervenant,
 - Mot de passe,
 - Menu : choisir « **IMPORT** »,
 - Choisir « **Parcourir** » puis sélectionner le bon fichier SINUS,
 - Choisir « **Évènement** » puis sélectionner le bon évènement ou le tampon.

Login	Mot de passe	Profil	Aire d'influence
260STSDIS	Détenus au CODIS	Stratégique	26
260OPSDIS_CODIS		Opératif CODIS	26, 07, 42, 69, 38, 05, 04, 84, 30
260CTSDIS_COORDINATEUR_TERRAIN		Coordinateur terrain	26, 07, 42, 69, 38, 05, 04, 84, 30
260PISDIS_UPMA_BCL01		Primo intervenant	26
260PISDIS_UPMA_BCL02		Primo intervenant	26
260PISDIS_UPMA_PLV01		Primo intervenant	26
260PISDIS_UPMA_PLV02		Primo intervenant	26
260PISDIS_UPMA_PIE01		Primo intervenant	26
260PISDIS_UPMA_PIE02		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_ROM		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_SMV		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_VAL		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_MTL		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_DIOIS		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_NYONSAIS		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_RHONE_VALLEE		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_ROYANS_VERCORS		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_TAIN_HERBASSE		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_TRICASTIN		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_VALDAINE		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_VALLOIRE_GALAURE		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_VEORE_CRESTOIS		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_CDC_NORD		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_CDC_CENTRE		Primo intervenant	26
260PISDIS_OFFSINUS_CDC_SUD		Primo intervenant	26

SERVICE DÉPARTEMENTAL D'INCENDIE ET DE SECOURS DE LA DRÔME



LOT PRV

NOTICE D' EMPLOI



NDE 23

- Version du 6 juillet 2022 -

Annexe 32 – Glossaire

IP.12

Annexe 32

AASC	Association Agrée de Sécurité Civile
ARS	Agence Régionale de Santé
AVP	Accident Voie Publique
CAI	centre d'Accueil des Impliqués
CDC	Chef De Colonne
CDG	Chef De Groupe
CDS	Chef De Site
CIC	Centre d'Information et de Commandement
CIP	Cellule d'Information du Public
COD	Centre Opérationnel Départemental
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
COIS	Commandant des Opérations d'Intervention Spécialisé
COPG	Commandant des Opérations de Police et de Gendarmerie
COPJ	Commandant des Opérations de Police Judiciaire
CORG	Centre d'Opérations et de Renseignement de la Gendarmerie
COS	Commandant des Opérations de Secours
COZ	Centre Opérationnel Zonal
CRI	Compte Rendu Immédiat
CRM	Centre de Regroupement des Moyens
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSP	Centre de Secours Principal
CTA	Centre de Traitement des Appels
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DCD	Décédé
DD SIS	Directeur Départemental des Services d'Incendie et de Secours
DG	Disposition Générale
DIR	communication DiRecte
DO	Directeur des Opérations
DOS	Directeur des Opérations de Secours
DS	Disposition Spécifique
DSI	Directeur des Secours Incendie
DSM	Directeur des Secours Médicaux
DZ	Drop Zone
EPIB	Équipement de Protection Individuel Balistique
ES	Établissement de Santé
EXC	EXCeptionnel
FINESS	Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FPT	Fourgon Pompe Tonne
FSI	Forces de Sécurité Intérieures
GOC	Gestion Opérationnelle Commandement
GPCS	Groupe Poste de Commandement de Site
GPMA	Groupe Poste Médical Avancé
GPRV	Groupe Point de Rassemblement des Victimes
GRES	GRoupe d'Extraction et de Sauvetage
GSAP	Groupe Secours À Personne
HP	HosPitalier
IML	Institut Médico-Légal

INPT	Infrastructure Nationale Partagée des Transmissions
ISP	Infirmier(e) Sapeur-Pompier
LVA	Libération des Voies Aériennes
MAD	Médecin d'Astreinte Départemental
NDE	Notice d'emploi
NDO	Note de Doctrine Opérationnelle
NF	Norme Française
NOVI	NOmbreuses VItimes
OCT	Ordre Complémentaire des Transmissions
OFF	Officier
ORSEC	Organisation de la Réponse de SECurité civile
OSD	Officier Supérieur de Direction
OZOC3D	Ordre Zonal d'Opérations pour la Coordination des 3 Dimensions
PC	Poste de Commandement ou Personal Computer
PCA	Poste de Commandement Avancé
PCO	Poste de Commandement Opérationnel
PCS	Poste de Commandement de Site
PEV	Point d'Extraction des Victimes
PLS	Position Latérale de Sécurité
PMA	Poste Médical Avancé
PRV	Point de Rassemblement des Victimes
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
RAM	RAMassage
RFGI	Réseau Flotte Groupe Identifiant
RGE	Remorque Groupe Électrogène
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIC	Systèmes d'Information et de Communication
SIG	Système d'Information Géographique
SINUS	Système d'Information NUMérique Standardisé
SIS	Service d'Incendie et de Secours
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SP	Sapeur-Pompier
SYNERGI	Système Numérique d'Échange de Remontée et de Gestion des Informations
TR	TeRrain
TRS	TRanSmission
UA	Urgence Absolue
UIVC	Unité d'Identification de Victimes de Catastrophes
UPMA	Unité Poste Médical Avancé
UR	Urgence Relative
URL	Uniform Resource Locator
VL	Véhicule de Liaison
VLHR	Véhicule de Liaison Hors Route
VLHM	Véhicule de Liaison Médicalisé
VPC	Véhicule Poste de Commandement
VSAV	Véhicule de Secours À Victime
VTP	Véhicule de Transport de Personnel