



PREMIER MINISTRE

S.G.D.N

CIRCULAIRE

relative à la doctrine nationale d'emploi
des moyens de secours et de soins
face à une action terroriste mettant en œuvre
des matières chimiques

n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX	4
1.1. Les nouvelles formes de terrorisme	4
1.2. Les situations concernées	5
1.3. Le champ d'application de la présente circulaire.....	5
2. PARTICULARITÉS D'UNE INTERVENTION CHIMIQUE: Evolutions majeures	8
2.1. La médicalisation de la zone contrôlée	8
2.2. L'afflux non contrôlé et massif des victimes et des personnes impliquées vers les établissements de soins (ETS).....	9
2.3. Les sas	9
2.4. Les transmissions	10
2.5. La signalétique sur les lieux de l'intervention	10
2.6. Les relèves.....	10
2.7. Les opérateurs publics et privés	11
3. RAPPEL DE L'ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE.....	12
3.1. Le commandement	12
3.2. Les plans d'organisation des secours	12
4. PRINCIPES GÉNÉRAUX ET MISSIONS DES INTERVENANTS	13
4.1. Le choix des matériels de protection individuelle.....	14
4.2. Les missions de l'échelon local et de l'échelon départemental	14
4.3. Les moyens et les missions des renforts zonaux et nationaux	16
4.3.1. Le détachement central interministériel d'intervention technique (DCI)	17
4.3.2. Les unités NRBC de la police nationale.....	18
4.3.3. Les unités NRBC de la gendarmerie nationale	18
4.3.4. Le rôle des armées face à un événement NRBC	18
4.3.5. Le service du déminage de la direction de la sécurité civile.....	19
4.3.6. Les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile (UIISC)	19
5. PREMIERES ACTIONS DU DIRECTEUR DES OPERATIONS DE SECOURS A L'ECHELON TERRITORIAL	21
5.1. Le déclenchement, si nécessaire, du plan PIRATOX départemental et zonal	21
5.2. L'alerter, sans délai, des moyens de secours zonaux et nationaux	21
5.3. La prise des mesures d'urgence d'alerte des populations menacées.....	21
6. MODALITES PARTICULIERES D'INTERVENTION DES SERVICES DE POLICE ET DES FORCES DE GENDARMERIE.....	22
7. GESTION DES VICTIMES SUR LES LIEUX DE L'EVENEMENT	24
7.1. La zone d'exclusion	24
7.2. La zone contrôlée, à la sortie de la zone d'exclusion : les points de regroupement des victimes	25
7.2.1. Le regroupement des victimes.....	25
7.2.2. Le tri et le contrôle de contamination.....	25
7.2.3. La prise en charge médicalisée des victimes symptomatiques	26
7.2.3.1. La prise en charge des victimes symptomatiques valides	27
7.2.3.2. la prise en charge des victimes symptomatiques invalides	27
7.2.4. La prise en charge des personnes impliquées.....	27
7.2.5. L'organisation des centres d'accueil des impliqués.....	28
7.3. La zone de soutien.....	29
7.3.1. Le (les) poste médical avancé (PMA).....	29
7.3.2. Le point de répartition des évacuations (PRE).....	29
7.3.3. La prise en charge psychologique des victimes sur les lieux de l'intervention.	29

7.4.	La prise en charge hospitalière – L’information des personnes dont la contamination éventuelle n’a pas été contrôlée.....	30
7.4.1.	Les principes d’organisation : les établissements de santé référents	30
7.4.2.	Le rôle des établissements de santé.....	30
7.4.3.	La population susceptible d’avoir été exposée au risque (« impliqués »).....	31
7.4.4.	L’information et la protection des populations	31
8.	GESTION DES CORPS	31
9.	GESTION ENVIRONNEMENTALE	32
	LEXIQUE	34
	ABREVIATIONS	35

CIRCULAIRE
relative à la doctrine nationale d'emploi
des moyens de secours et de soins
face à une action terroriste mettant en œuvre
des matières chimiques

n° 700/SGDN/PSE/PPS du 7 novembre 2008

Ce document n'est pas classifié.
Il a vocation à être diffusé auprès de tous les services concernés
Il annule et remplace la circulaire 700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002

La forme du présent document diffère sensiblement de la seconde édition de la « Circulaire 700 ».

Le texte a été revu, afin d'améliorer sa clarté et sa lisibilité¹. La terminologie a été modifiée afin de se rapprocher autant que faire se peut des termes familiers aux acteurs des secours.

L'organisation générale sur le terrain, qui constitue le fond du document, n'a pas été modifiée. Mais une approche graduée est proposée afin de mieux tenir compte des délais de mise en œuvre des moyens et de permettre l'adaptation du dispositif au degré d'équipement variable des départements.

L'acquisition de nouveaux équipements de lutte contre le terrorisme nucléaire, radiologique, biologique et chimique par les services intervenants, les formations mises en place ainsi que les exercices menés sur le territoire national depuis 2003 ont amené à actualiser la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques pour assurer la sauvegarde et la préservation des vies humaines, mais aussi pour développer le travail interservices et permettre le déroulement de l'enquête de police judiciaire.

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1. Les nouvelles formes de terrorisme

Les attentats au sarin survenus au Japon en juin 1994 dans la ville de Matsumoto et le 20 mars 1995 dans le métro de Tokyo, ont prouvé qu'une action terroriste mettant en œuvre des substances toxiques était possible. Entre 1986 et septembre 2001, plusieurs indices relevés lors d'enquêtes sur des mouvements terroristes ont confirmé ce risque, en particulier dans la période 2000-2001. Le 11 septembre 2001, les attentats survenus aux Etats-Unis ont montré que la stratégie des terroristes pouvait désormais chercher à faire de nombreuses victimes et de personnes impliquées. En septembre-novembre 2001, les « enveloppes au charbon » (« anthrax ») ont constitué une première forme de terrorisme biologique, tandis que les investigations conduites par les services sur les réseaux en Europe confirmaient la nécessité d'une vigilance accrue. Plus récemment, les attentats de Madrid en mars 2004 et de Londres en juillet 2005 mettaient en évidence l'existence de réseaux en Europe et confirmaient la volonté des terroristes d'y faire de nombreuses victimes, la faisant entrer violemment dans l'hyperterrorisme multisite voire polymorphe.

La gravité de telles actions est principalement liée à l'extrême toxicité des produits, à leur mode de contamination insidieux et évolutif ainsi qu'à leur persistance, ce qui constitue un risque d'amplification du nombre de victimes dès lors que les premières actions sur le terrain seraient inappropriées.

¹ Lexique et abréviations à la fin de la circulaire.

1.2. Les situations concernées

La présente circulaire s'applique en cas d'attentat chimique perpétré en zone urbaine à forte densité de population, à l'air libre ou dans un site semi-ouvert tel que les infrastructures de transport collectif, les établissements recevant du public, les administrations ouvertes au public, etc. Ses dispositions s'appliquent tant qu'il n'a pas été établi avec certitude que le produit utilisé n'a pas de caractère toxique². Le caractère intentionnel n'a pas besoin d'être établi avec certitude pour que ces dispositions soient mises en œuvre ; aussi cette circulaire peut-elle aussi s'appliquer à certaines situations à caractère accidentel³.

Son objectif principal est le sauvetage et la préservation des vies humaines.

Le **pouvoir contaminant** d'un agent résulte de sa persistance sous forme solide, liquide ou visqueuse, sur tout ce qu'il a touché (objets, vêtements, peau, etc.) conduisant à le transférer vers des personnes qui ne se trouvaient pas initialement dans la zone de dispersion.

1.3. Le champ d'application de la présente circulaire

Le présent document, à caractère interministériel, a été conçu à la demande du Premier ministre. Il concerne les principaux services publics qui auraient à intervenir sur le terrain :

- les services d'incendie et de secours,
- les services de déminage,
- les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile,
- les services de police et les forces de gendarmerie,
- les services de l'aide médicale urgente,
- les établissements de santé, et notamment les établissements de santé référents,
- les armées, dès lors qu'il semble vraisemblable que les moyens civils ne permettront pas à eux seuls de faire face à la situation, en prélude à une éventuelle réquisition,
- les opérateurs publics,
- les associations de sécurité civile habilitées.

Que les produits utilisés soient d'origine civile⁴ ou militaire⁵, fugaces ou contaminants, avec ou sans utilisation simultanée d'explosif, la présence probable de très nombreuses victimes, conjuguée à des opérations de secours longues et particulièrement délicates et pénibles, rend nécessaire la mise en place, sur l'ensemble du territoire national, d'une **méthodologie unifiée** d'emploi des moyens, afin d'en optimiser l'efficacité.

Cette méthodologie a une portée nationale. Elle ne se substitue pas aux modalités génériques d'application de l'actuel plan gouvernemental PIRATOX⁶ et de ses déclinaisons. Elle ne s'oppose en rien au déclenchement d'autres plans de défense et de sécurité, notamment le plan destinés à porter secours à de nombreuses victimes (ancien Plan Rouge⁷) appartenant aux dispositions générales du plan ORSEC départemental depuis le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005. Elle a seulement pour objectif d'en préciser les modalités.

² Annexes 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17

³ Annexes 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17

⁴ Annexe 10

⁵ Annexe 9

⁶ Les plans PIRATOX, PIRATOME et BIOTOX sont en cours de refonte au sein d'un plan NRBC

⁷ Annexe 1

Les dispositions figurant dans la présente circulaire sont destinées à orienter les services et les organismes chargés de la planification et de la conduite des situations d'urgence. Elles ont vocation à être adaptées aux situations rencontrées par le commandant des opérations de secours (COS).

La restauration des lieux ainsi que la gestion post-accidentelle d'un tel événement n'entrent pas dans le champ d'application de la présente circulaire.

La **zone d'exclusion** est contaminée ou contaminable ; *le port de la tenue de protection y est obligatoire*. Elle comprend :

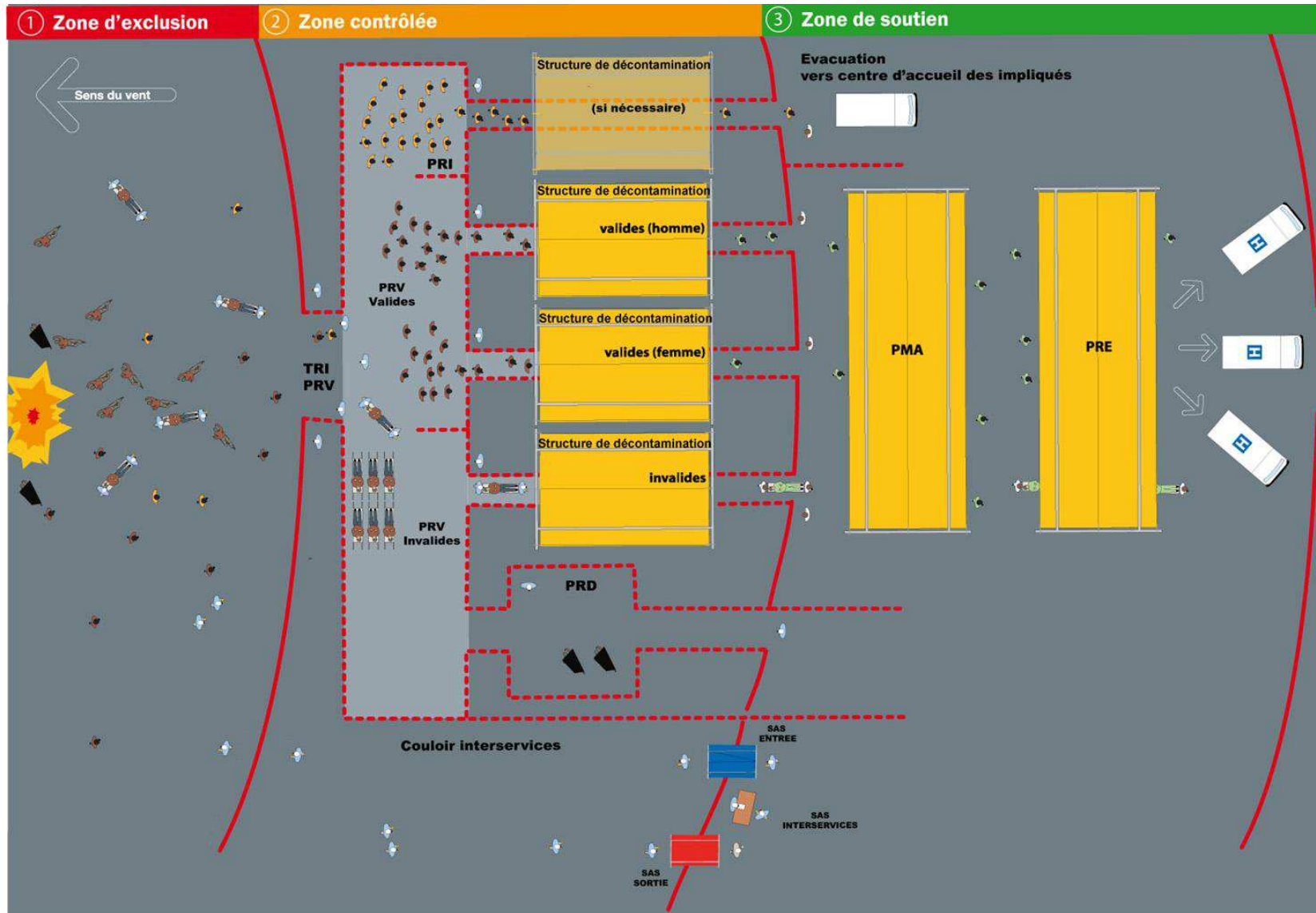
- la **zone de danger immédiat** (compte tenu des modélisations réalisées, le choix a priori d'un rayon de 100 mètres autour du point d'attentat est préconisé);
- la **zone de danger sous le vent** (compte tenu des modélisations réalisées, le choix a priori d'une zone s'étendant sur 500 m est préconisé pour un attentat à ciel ouvert, avec un angle d'ouverture de 40°).

La **zone de soutien**, opposée au vent, accueille les services de secours.

La **zone contrôlée** est une bande qui sépare la zone d'exclusion de la zone de soutien. Le ou les points de regroupement des victimes (PRV) et une structure de décontamination y sont d'emblée installés. Cette zone permet de prévenir ou de réduire la contamination. *Le port de la tenue de protection y est également obligatoire en amont de la décontamination.*

A l'intérieur d'un bâtiment, ces zones peuvent être ramenées respectivement au local touché et à tout ou partie du bâtiment.

Schéma général d'une intervention face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques



PRV = POINT DE REGROUPEMENT DES VICTIMES SYMPTOMATIQUES
 PRD = POINT DE REGROUPEMENT DES PERSONNES DECEDÉES

PRI = POINT DE REGROUPEMENT DES PERSONNES IMPLIQUEES
 PMA = POSTE MEDICAL AVANCE
 PRE = POINT DE REPARTITION DES EVACUATIONS

2. PARTICULARITÉS D'UNE INTERVENTION CHIMIQUE: Evolutions majeures

Ces évolutions, mises en évidence lors des divers exercices de type NRBC menés sur le territoire national, ont pour objectif de compenser ou de réduire des délais d'intervention encore trop longs.

Ces délais recouvrent :

- la reconnaissance de l'événement toxique,
- la diffusion de l'appel vers les services de premiers secours concernés,
- l'acheminement des moyens de secours vers le ou les lieux d'événement(s),
- la mise en place du zonage réflexe,
- le montage opérationnel des structures de décontamination,
- les débits des chaînes de décontamination mobiles,
- la gestion des relèves,
- les difficultés de détection voire d'identification instrumentale du ou des agent(s) toxique(s). Face à la symptomatologie des victimes, le diagnostic médical déterminant pour dispenser des soins médicaux. La détection, voire l'identification de(s) agent(s) toxique(s) aideront à l'adaptation de la conduite opérationnelle ainsi qu'aux choix des actions médicales.

2.1. La médicalisation de la zone contrôlée

Les actions terroristes mettant en œuvre des matières chimiques se caractérisent par l'extrême toxicité des produits, leur mode de contamination insidieux et évolutif ainsi que leur persistance. Une autre de leurs caractéristiques est la grande diversité des produits chimiques toxiques utilisables ; ceci conditionne les actions de l'ensemble des moyens de secours et plus particulièrement l'action médicale (exemples : symptômes immédiats et riches ou symptômes retardés ; contamination ou extrême volatilité des agents utilisés...).

Par ailleurs, l'utilisation concomitante d'un agent toxique et d'un dispositif pyrotechnique, soit pour disperser l'agent, soit pour associer un effet toxique à un effet mécanique, doit être envisagée.

Les services de secours médicaux devront assurer la prise en charge de victimes blessées, brûlées, blastées et intoxiquées et/ou contaminées.

Ce scénario nécessite une véritable mise en condition de survie des victimes après leur extraction du milieu toxique, dans la zone contrôlée.

Après les gestes secouristes (libération des voies aériennes supérieures, position latérale de sécurité...), cette médicalisation se justifie par la nécessité d'effectuer un diagnostic avant toute prescription à visée thérapeutique (symptomatique ou antidotique⁸), une surveillance et une réévaluation des traitements instaurés, mais aussi pour diriger la mise en condition des victimes avant leur décontamination approfondie.

Les médecins mettront en œuvre ces différentes actions en fonction de leurs compétences et des moyens mis à leur disposition⁹.

La prise en charge médicalisée des victimes doit assurer une mise en condition de survie et de stabilisation des détresses vitales avant décontamination approfondie. Elle ne doit pas être retardée par les délais d'intervention et se décompose comme suit :

⁸ Annexe 23

⁹ Annexe 19

- tri médical selon les procédures de la médecine de catastrophe,
- diagnostic,
- décontamination d'urgence,
- mise en œuvre de la thérapeutique : antidotes, traitement symptomatique, adaptation des posologies (pédiatriques, adultes, personnes âgées, femmes enceintes),
- surveillance : évolution sous traitement (renforcement thérapeutique, changement de thérapeutique...),
- tri continu,
- priorisation pour la décontamination approfondie.

En ce qui concerne la spécificité des antidotes, ceux-ci sont administrés en fonction des circonstances et des nécessités, soit avant décontamination, soit au niveau du poste médical avancé après décontamination, en parallèle avec la mise en œuvre des dotations des postes sanitaires mobiles. Les stocks d'antidotes sont dimensionnés afin de permettre la prise en charge de plusieurs milliers de victimes sur l'ensemble du territoire national et sont notamment répartis dans les hôpitaux de référence des sept zones de défense.

2.2. L'afflux non contrôlé et massif des victimes et des personnes impliquées vers les établissements de soins (ETS)

Les dernières catastrophes ayant occasionné de nombreuses victimes en milieu urbain (accidents, attentats conventionnels ou non conventionnels) mettent en évidence un afflux spontané et massif des victimes, la grande majorité des personnes impliquées ayant la capacité de fuir le danger et de quitter le site de l'événement puis de se rendre dans des structures de soins proches pour faire soigner leurs blessures ou faire vérifier l'absence de lésion ou de contamination.

Face à cet afflux massif de victimes, les établissements de soins disposent d'une part des annexes NRBC de leur Plan Blanc d'établissement et d'autre part d'unités de décontamination hospitalière (UDH) mobiles et/ou fixes ainsi que de moyens de protection NRBC. Leur objectif consiste à réaliser un tri médical et une décontamination des victimes avant leur admission au sein de l'établissement pour éviter une contamination qui le rendrait inutilisable.

Il convient à cet égard de rappeler la nécessité d'une diffusion immédiate de l'alerte¹⁰ permettant aux ETS potentiellement concernés par une catastrophe chimique d'être informés, pour fermer leur accès et mettre en œuvre leur(s) UDH fixes et/ou mobiles ; l'admission s'effectuera ainsi après passage dans les UDH.

2.3. Les sas

Les sas d'entrée et de sortie entre les différentes zones sont sous la responsabilité du commandant des opérations de secours. Un registre des personnels engagés en zone d'exclusion et en zone contrôlée (services de police, forces de gendarmerie, sapeurs-pompiers, services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR),...) est tenu, précisant notamment le nombre, la nature et la durée de travail du personnel en zone de danger. Afin que les forces de l'ordre soient en mesure d'assurer leur mission, elles doivent pouvoir, en parfaite complémentarité avec les services de secours, utiliser les sas pour garantir le suivi des entrées et des sorties du personnel des services de police et des forces de gendarmerie.

Ces sas sont dimensionnés en tenant compte d'une part du nombre de personnels engagés et d'autre part de l'étendue de la zone de danger chimique¹¹.

¹⁰ Circulaire du 12 décembre 1992 relative à l'interconnexion des numéros d'appel d'urgence 15, 17, 18.

¹¹ Lexique page 34

Un sas de décontamination d'urgence est immédiatement mis en place pour prendre en charge les équipes non protégées qui sont intervenues en premier. Ces équipes ne doivent pas quitter la zone de danger chimique. Elles se font immédiatement connaître des premières équipes de secours en tenue de protection NRBC pour être prises en charge de façon optimale **au niveau de ce sas de décontamination d'urgence : services de secours, services de police, forces de gendarmerie, SMUR...** Les personnels de secours éventuellement blessés, intoxiqués et/ou contaminés sont traités selon les mêmes procédures que les autres victimes.

2.4. Les transmissions

La communication entre les différents secteurs d'intervention, qu'ils soient géographiques ou fonctionnels (zone d'exclusion, zone contrôlée, zone de soutien) et vers les postes de commandement, est un élément important du dispositif de remontée de l'information et de gestion opérationnelle. Des moyens de communication devront être répartis dans la zone de danger chimique.

2.5. La signalétique sur les lieux de l'intervention

Elle doit répondre aux impératifs suivants :

- visualiser rapidement les emplacements des sites et des zones de travail ;
- permettre le contrôle des déplacements des personnels et personnes impliqués ;
- faciliter la communication non orale entre les acteurs, porteurs de masques à gaz ou de cagoules de protection ;
- faciliter la communication non orale entre les services, les victimes et les personnes impliquées.

Les éléments de signalisation doivent permettre une compréhension rapide et efficace entre tous les acteurs de l'intervention (sapeurs-pompiers, services de police et forces de gendarmerie, SMUR, personnels militaires, équipes spécialisées d'expertise, d'analyse et d'intervention NRBC, personnes impliquées et victimes...).

Les moyens de signalisation des périmètres de sécurité sont mis en place par les services de police et les forces de gendarmerie, en liaison avec les services techniques institutionnels et/ou municipaux (en zone de soutien), et conformément aux instructions du directeur des opérations de secours (DOS) après avis du COS.

2.6. Les relèves

Du fait des contraintes physiologiques et psychologiques liées au port des tenues de protection NRBC, des opérations de secours longues, particulièrement délicates et pénibles, la gestion des relèves doit être anticipée par le COS. Cette anticipation doit prendre en compte la gestion des interventions habituelles des services qui, bien entendu, devront être assurées.

L'anticipation des relèves est intégrée à la « fiche réflexe » ou aux « ordres et guides opérationnels » établis par les services d'intervention et mis à la disposition du COS.

Le schéma de relève devra tenir compte :

- de la durée limitée d'utilisation des tenues de protection NRBC,
- des conditions climatiques,
- de l'intensité du travail (extraction, relevage, décontamination en milieu chaud et humide...).

L'estimation de la durée du travail en tenue de protection NRBC est établie, conjointement, par le COS et le directeur des secours médicaux (DSM), en fonction des conditions précitées. Les équipes de santé, quels que soient leurs services d'appartenance, doivent entre autre assurer le soutien sanitaire des personnels engagés.

2.7. Les opérateurs publics et privés

Des équipes techniques des opérateurs publics et privés, habilitées et dotées d'équipements de protection adaptés, peuvent apporter une assistance technique aux services de secours sur site : zone contrôlée et zone d'exclusion. Ces personnels devront avoir suivi avec succès une formation NRBC ainsi que des exercices avec les services de secours auprès desquels ils devront intervenir.

Les opérateurs s'assurent de l'aptitude médicale et psychologique de ces personnels volontaires habilités.

De manière générale, l'emploi opérationnel de ces équipes techniques est planifié dans le cadre des dispositions prévues par l'article 1 du décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC. A défaut, il peut faire l'objet d'une réquisition. Il est rappelé que la réquisition peut être valablement signifiée sous forme verbale, faisant alors l'objet d'une confirmation *a posteriori* par un acte écrit.

Le COS s'assure, lors de l'intervention en ambiance NRBC, que ces équipes sont engagées avec des tenues de protection adaptées au risque. Il veille à ce qu'elles soient accompagnées, dans leur mission, par des membres des services de secours qui s'assurent, en fin de mission, du respect des procédures de sortie de zones.

3. RAPPEL DE L'ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE

3.1. Le commandement

Conformément à la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile, la **direction des opérations de secours** relève soit du maire soit du préfet représentant de l'Etat dans le département¹².

Selon la même loi, l'organisation du **COS** est déterminée par le règlement opérationnel du service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Le COS désigné est chargé, sous l'autorité du DOS, de la mise en œuvre de tous les moyens mobilisés pour l'accomplissement des opérations de secours¹³.

Cette organisation du commandement, qui concerne la totalité des phases des opérations de secours, s'applique **à l'ensemble des acteurs publics ou privés** de la chaîne des secours.

La diffusion de l'information aux familles et aux médias est de la responsabilité exclusive du DOS. Il sollicitera, préalablement et dès que possible, le procureur de la République saisi du volet judiciaire de l'évènement, sur les informations à communiquer afin de ne pas être préjudiciable à l'affaire en cours. L'information des familles sur l'état de santé des victimes blessées, intoxiquées ou contaminées est du ressort du corps médical, selon les règles fixées par la loi et la déontologie.

3.2. Les plans d'organisation des secours

Pour les situations visées dans la présente circulaire, le préfet dispose du **plan départemental et zonal PIRATOX** qui, comme tout plan de secours spécialisé, doit notamment prévoir l'organisation spécifique des secours.

En présence de nombreuses victimes, le plan d'urgence mis en œuvre sur les lieux de l'évènement pour assurer la prise en compte pré-hospitalière des victimes est le plan destiné à porter secours à de nombreuses victimes appartenant aux dispositions du **plan ORSEC départemental**¹⁴, tel qu'il est défini dans le décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005.

L'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave relève des dispositions prévues par le décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005, ainsi que de la circulaire DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006, relative à l'élaboration des Plans Blancs des établissements de santé et des Plans Blancs élargis, avec son annexe *guide Plan Blanc et gestion de crise*.

L'interface entre le plan destiné à porter secours à de nombreuses victimes et le Plan Blanc, est assurée par le médecin régulateur du service d'aide médicale urgente (SAMU) du département concerné.

¹² Le domaine militaire constitue un cas particulier où cette direction est assurée par l'autorité militaire responsable, en liaison avec le préfet ou le représentant du Gouvernement.

¹³ L'article L 1424-49 du Code général des collectivités territoriales précise que cette disposition ne s'applique ni à la commune de Marseille, ni dans les départements de Paris, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne, où les fonctions de COS sont exercées conformément aux règles d'emploi respectivement par le commandant du Bataillon des marins-pompiers de Marseille et celui de la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris.

¹⁴ Annexe 1

4. PRINCIPES GÉNÉRAUX ET MISSIONS DES INTERVENANTS

La rapidité d'intervention des premiers acteurs est un point essentiel afin de limiter la dispersion des victimes potentiellement contaminées et contaminantes, de limiter l'afflux de victimes dans des ETS non avertis et/ou non équipés, de limiter la durée d'intoxication des victimes et d'éviter autant que faire se peut la fuite des terroristes.

Compte tenu des délais d'acheminement des renforts zonaux, et a fortiori nationaux, l'efficacité du dispositif repose en premier lieu sur la préparation, la formation et l'équipement des premiers intervenants.

A tous les niveaux (local, départemental, zonal et national), en raison de la spécificité des matériels destinés à faire face aux menaces NRBC, de leur entretien et de l'instruction des personnels appelés à les mettre en œuvre, il convient :

- **de prépositionner les équipements NRBC dans les services** qui auraient à les utiliser, de préférence dans les véhicules de première intervention, afin notamment de donner une capacité d'intervention immédiate aux premiers intervenants (exemples de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris, du bataillon des marins-pompiers de Marseille, de la préfecture de police de Paris, des SDIS de la grande couronne parisienne...)
- **d'assurer la formation des personnels¹⁵ et de réaliser périodiquement (au moins une fois tous les trois ans pour chaque département) des exercices interservices.** A ce titre, chaque ministère concerné a reçu mission d'élaborer un plan de formation des personnels relevant de sa responsabilité.

Les missions auxquelles aura à répondre le dispositif de réponse opérationnelle comprend notamment :

- l'évaluation de la situation et de son évolution : détection, identification des dangers, identification des matières en cause, évaluation de la dispersion des matières,
- le tri des victimes,
- la prise en charge des victimes et des personnes impliquées, la mise en œuvre des actes médico-secouristes et de mise en sécurité,
- la mise en place des périmètres de sécurité,
- le traitement de la source de danger,
- la décontamination des victimes,
- le transport des victimes vers les infrastructures hospitalières,
- le transport des personnes impliquées vers les structures d'accueil,
- la mise en place des organes de direction et de commandement ainsi que des systèmes de communication adaptés,
- la gestion des biens,
- le suivi des victimes,
- le suivi des personnes impliquées,
- la gestion des décédés,
- l'enquête de police judiciaire,
- l'alerte et l'information des populations.

¹⁵ Un CD ROM de formation a notamment été élaboré par le Secrétariat général de la défense nationale et un CD ROM « gestion de crise » par la Direction de la défense et de la sécurité civiles.

4.1. Le choix des matériels de protection individuelle

La première reconnaissance spécialisée (cellule mobile d'intervention chimique (CMIC)) doit être réalisée en tenue de protection chimique de type 1 ou 2 (étanche aux gaz : scaphandre) avec port d'un appareil respiratoire isolant (ARI).

Les masques respiratoires filtrants doivent être dotés de cartouches polyvalentes (classe A2B2E2K2P3 NBC). Ils sont portés avec des tenues de protection adaptées, gants et sur-bottes.

Tous les agents des services intervenants, lorsqu'ils portent leur tenue de protection, devront pouvoir être clairement distingués de jour comme de nuit en distinguant leurs fonctions et services d'appartenance.

4.2. Les missions de l'échelon local et de l'échelon départemental

La réponse locale est extrêmement tributaire de la connaissance ou de l'évaluation de la menace chimique. Face à tout attentat, il sera procédé à une « levée de doute » NRBC et, si aucun élément ne fait redouter un agent NRBC, cette « levée de doute » s'effectuera avec les premières mesures de sécurisation et de sauvetage.

Lorsque la menace chimique est avérée, ou lorsqu'il existe une forte présomption, notamment par l'observation de la situation à l'arrivée sur les lieux de l'évènement, la présente circulaire doit être appliquée.

Dès lors qu'il est établi avec certitude que le produit n'est pas toxique, les dispositions de la présente doctrine d'emploi ne s'appliquent plus ; le schéma classique d'organisation des secours prend alors le relais.

En cas de doute, il sera pris comme première hypothèse que le produit utilisé possède un pouvoir toxique, voire contaminant.

Il est donc nécessaire que, dans les grandes agglomérations et à proximité de sites sensibles, se développe une capacité de réponse permettant au moins d'accomplir les missions et actions suivantes :

Gestion spécifique de l'alerte

1. Application systématique d'un canevas de questionnaire s'inspirant du modèle de l'annexe 7, permettant d'obtenir des renseignements-clés lorsque la prise d'appel peut laisser craindre une menace chimique.
2. Echange d'informations immédiat et réciproque entre les centres de traitement de l'alerte des services d'urgence¹⁶ : sapeurs-pompiers, police, gendarmerie, SAMU, déminage, service météo local.
3. Priorité donnée à l'alerte des services de secours et des services de police ou des forces de gendarmerie compétents pour qu'ils mettent en attente les personnels non protégés dans une zone abritée du vent et qu'ils ne fassent intervenir que des personnels en tenue de protection.
4. Détermination par les services de police ou les forces de gendarmerie, en liaison avec les services de secours, d'un ou plusieurs points d'accès des différents services et d'un plan de circulation d'ensemble.
5. Prise en compte immédiate d'une menace multisite.

¹⁶ Circulaire du 12 décembre 1992 relative à l'interconnexion des numéros d'appel d'urgence 15, 17, 18.

6. Dès qu'un événement est connu, même s'il n'est pas avéré qu'il s'agisse d'un acte de malveillance, le préfet est prévenu.

La gestion spécifique de l'alerte est conduite par le dispositif départemental ou interdépartemental de traitement de l'alerte lorsqu'il y a regroupement de la réception des appels de secours sur un point unique.

Actions réflexes des premiers secours¹⁷

7. Protection individuelle des personnels exposés, d'où la nécessité de disposer de tenues de protection dans les véhicules des intervenants de première ligne.
8. Confinement ou extraction des victimes non décédées de l'ambiance toxique vers les points de regroupement des victimes (PRV) en zone contrôlée et à l'abri des toxiques.
- 9. Pratique des gestes de survie indispensables par des sauveteurs équipés.**
10. Détermination du type de produit chimique concerné. L'interrogation des témoins aide à évaluer la situation, de même que l'observation des symptômes¹⁸.
11. Détermination des zones de danger a priori¹⁹.
12. Arrêt ou confinement, si cela est possible, de la source d'émission du produit lorsqu'elle a pu être repérée, dans la mesure du possible par des moyens et des méthodes ne dénaturant pas le(s) produit(s) incriminé(s) (produits adsorbants, recouvrement...). Dans les bâtiments, arrêt de la ventilation mécanique, si cela n'a pas déjà été fait.
13. Message d'ambiance et expression de la demande des renforts nécessaires

Préservation des vies humaines

14. Alerte immédiate et information des populations concernées à l'intérieur de la zone d'exclusion et de la zone contrôlée, sur l'attitude à adopter notamment quant à la mise à l'abri (confinement, par exemple), en complément des mesures d'alerte utilisant les moyens à disposition du DOS (sirènes...).
15. Extraction d'urgence et déplacement vers les PRV, des personnes venant de la zone d'exclusion.
16. Pratique des **soins médicaux** appropriés aux PRV.
17. Mise en place, immédiate, d'un sas de décontamination d'urgence pour les premiers intervenants insuffisamment protégés : services de secours, services de police, forces de gendarmerie, SMUR...

Décontamination et transfert vers l'hôpital

- 18. Décontamination d'urgence, en zone contrôlée, par absorption (exemple : terre de Foulon) et par déshabillage²⁰ d'au moins la couche de vêtement la plus extérieure ainsi que par retrait des chaussures.**
- 19. Mise en place, en fonction des dotations existantes, des chaînes de décontamination.**
Si l'on ne dispose pas d'une unité mobile de décontamination à mettre en œuvre dans un délai satisfaisant, il conviendra de mettre en place rapidement tous les moyens disponibles : douches de la localité, moyens d'arrosage des secours (sous conditions météorologiques particulières), etc.
- 20. Douche si nécessaire et déshabillage des intervenants protégés sortant des zones contaminées (protocole pré-établi). Cette mesure sera fonction du type de tenue de protection NRBC des intervenants²¹.**

¹⁷ Annexes 4, 5 et 6

¹⁸ Annexes 7

¹⁹ Annexes 2 et 3

²⁰ Annexes 20, 21

Accueil hospitalier

Tout ETS dispose d'un Plan Blanc avec volet spécifique NRBC prévoyant les moyens de décontamination nécessaires en cas d'attentat chimique.

Outre les UDH dont sont dotés les ETS disposant d'un service d'urgence, les autres structures hospitalières prévoient les moyens susceptibles de répondre à cette prise en charge, notamment :

- réquisition de douches de la localité, voire les douches mêmes de l'établissement,
- décontamination par les moyens d'arrosage des secours (sous conditions météorologiques particulières),
- accueil des victimes contaminées ou susceptibles de l'être dans des locaux dédiés,
- mise en attente des victimes au point de regroupement jusqu'à la mise en place d'une chaîne de décontamination.

21. Accueil des victimes non régulées se présentant spontanément dans un ETS.

Certaines victimes valides, non décontaminées sur site, risquent de se rendre spontanément vers les ETS les plus proches du lieu de l'attentat. Dans cette optique, tout ETS est prêt à recevoir ce type de victimes, le volet NRBC de son Plan Blanc prévoyant les moyens mis en œuvre dans ces circonstances.

Dans le volet NRBC et notamment en ce qui concerne le risque chimique, des procédures de tri, des circuits dédiés de prise en charge et des mesures de protection du personnel doivent être établis.

22. Accueil des victimes régulées dans les ETS

Dans la mesure du possible, les victimes régulées sont orientées prioritairement vers les ETS, sièges de services d'urgence dotés d'unités de décontamination.

Le niveau départemental ou interdépartemental doit permettre de conforter rapidement le niveau local notamment pour les actions 6-8-9-13-14-15-16-17 mentionnées ci-avant. Si, dans le département, il n'existe aucune agglomération importante ni aucun site ou mode de transport pouvant constituer un risque ou une cible, à défaut de développer une telle capacité de réponse, les moyens les plus proches permettant de répondre à une menace chimique devront être clairement identifiés et immédiatement sollicités en cas de besoin.

4.3. Les moyens et les missions des renforts zonaux et nationaux

Ces renforts doivent permettre de mener les missions et actions suivantes :

- organisation du conseil à distance, puis sur site (réseau BIOTOX-PIRATOX...),
- renforcement du niveau départemental,
- démarrage de la décontamination des victimes, ou renforcement de cette action si elle a pu être débutée au niveau local,
- application d'une procédure de prélèvement et d'analyse, si cela n'a pas pu être fait au niveau départemental,
- participation aux actions de secours lors d'un attentat multisite,
- relève des services de secours.

²¹ A titre d'exemple, les tenues filtrantes carbonées (tenue de protection à port permanent T3P) ne résistent pas à un douchage.

Ce sont les moyens des ministères :

- de l'intérieur et plus spécifiquement de la direction de la sécurité civile (DSC),
- de la défense : forces de la gendarmerie nationale, armées, délégation générale pour l'armement (DGA) et service de santé des armées (SSA),
- de la santé : SAMU-SMUR...

En fonction des délais d'alerte, d'acheminement et de mise en œuvre de leurs équipements, les moyens nationaux définis dans le plan PIRATOX²² devront être en mesure d'assurer l'appui et la relève des moyens territoriaux engagés dans les opérations de secours, en particulier pour la décontamination. A cet effet, ces moyens sont mis en alerte via le centre opérationnel de gestion interministériel de crise (COGIC) dès que l'événement est connu et il fait prendre les mesures pour assurer sans délai leur acheminement. La mise en alerte et l'engagement des moyens des armées sont ordonnés par le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO), sur demande de l'officier général de zone de défense lorsque la demande provient du niveau territorial, ou du COGIC au niveau national.

Le COGIC assure notamment l'alerte des réseaux nationaux d'experts et de laboratoires. Les zones de défense tiennent également à jour un répertoire des conseillers en questions de terrorisme chimique, susceptibles de se rendre rapidement auprès du DOS

Les demandes de renfort ou de soutien doivent, au-delà d'une demande de moyens, s'exprimer le plus possible en objectifs à atteindre.

4.3.1. Le détachement central interministériel d'intervention technique (DCI)

En cas de **menace d'attentat NRBC**, ou de **découverte d'un engin susceptible de contenir à des fins malveillantes des matières NRBC**, et après évaluation de la réalité de la menace, le DCI est engagé et mis à la disposition de l'autorité territorialement concernée.

Le DCI, unité interministérielle placée pour emploi auprès du ministère de l'intérieur, a vocation à assister l'autorité auprès de laquelle il est mis en place pour le traitement d'un problème spécifique.

Le DCI est mis en œuvre par le directeur général de la police nationale.

Face à des engins suspects NRBC, les missions du DCI sont :

- la recherche et la localisation de l'engin,
- le diagnostic (détermination des caractéristiques de l'engin),
- l'évaluation des conséquences d'un fonctionnement de l'engin,
- le confinement,
- la destruction ou l'inactivation.

Dans le cadre de ses missions, le DCI fait appel aux compétences et aux matériels spécifiques de la DSC (unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile n°1 et service du déminage), du commissariat à l'énergie atomique (CEA), de la DGA (centre d'étude du Bouchet (CEB)), du laboratoire central de la préfecture de police de Paris (LCPP), du ministère de la défense (échelon central NEDEX), et du ministère de la santé.

²² Il s'agit notamment des formations militaires de la sécurité civile (UIISC n°1 de Nogent-le-Rotrou et l'UIISC n°7 de Brignoles).

La compagnie républicaine de sécurité (CRS) n° 8 est susceptible d'effectuer des missions d'assistance au DCI, et peut notamment intervenir pour assurer la sécurisation lors d'un dispositif de type "grand événement", plus particulièrement lors de l'utilisation du module d'extraction rapide d'autorité (DERA). Elle participe également aux exercices nationaux et aux entraînements de l'unité de recherche, d'assistance, d'intervention et de dissuasion (RAID) en configuration NRBC.

Cette unité est donc dotée des équipements individuels suivants : combinaison filtrante, gants et surbottes ; assistance respiratoire à régulation manuelle munie de cartouches filtrantes large spectre ; cartouche filtrante A2B2E2K2P3 large spectre NBC.

4.3.2. Les unités NRBC de la police nationale

Toutes les CRS ont des personnels formés et équipés de tenues RBC (80 tenues par compagnie). Pour chaque zone, une CRS est en alerte et en mesure d'intervenir sur demande de l'autorité territoriale. A Paris, le LCPP dispose de moyens spécifiques pour intervenir en zone contaminée. Le LCPP est aussi intégré au dispositif du DCI.

4.3.3. Les unités NRBC de la gendarmerie nationale

Ces unités sont constituées d'une composante spécialisée et d'une composante ordre public.

- La composante spécialisée :
la cellule nationale NRBC a pour mission de conseiller au niveau technique et opérationnel le commandant du dispositif de gendarmerie engagé et d'assurer le soutien technique des unités intervenant en atmosphère contaminée.
Elle détient des capacités de détection, d'analyse et de protection contre les agents NRBC. Elle assure la mise en œuvre du véhicule d'intervention BIOTOX-PIRATOX (VIBP), laboratoire mobile d'analyse des agents biologiques et chimiques, pressurisé et aérotransportable.
Elle peut être projetée de façon autonome ou en accompagnement du sous-groupement opérationnel NRBC sur tout le territoire national (métropole et outre-mer). Elle est soumise à un régime d'alerte (préavis de mise en route de trois heures).

- La composante ordre public :
au niveau central, le sous-groupement opérationnel NRBC comprenant un état-major tactique et quatre escadrons du groupement blindé de gendarmerie mobile, formés et équipés ; ils peuvent être projetés sur l'ensemble du territoire national, avec une capacité de déploiement sur la capitale.
Au niveau zonal, la gendarmerie nationale a la capacité d'équiper deux escadrons de gendarmerie mobile

4.3.4. Le rôle des armées face à un événement NRBC

Dans la lutte contre le terrorisme chimique, la participation des armées s'exprime notamment grâce au CEB et à l'échelon central NEDEX dans le cadre du dispositif du DCI :

- neutralisation, enlèvement des engins (ou colis) ou destruction d'explosifs en prenant des mesures pour limiter la dispersion de la contamination en cas de présence non décelée d'agents chimiques,

- expertise en vue de confirmer la nature du produit de type « chimique de guerre » et déterminer, autant que possible, les dangers qu'il représente,
- moyens de détection, d'identification et de décontamination de certains agents chimiques (essentiellement militaires),
- soutien médical spécialisé en cas de menace chimique, sous la responsabilité de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA),
- soutien non-spécialisé avec toutes les unités militaires équipées de leurs moyens de protection individuelle adéquats (soutien logistique, confinement d'une zone, etc.),
- moyens de transport logistiques terrestres, aériens et maritimes.

4.3.5. Le service du déminage de la direction de la sécurité civile

Le service du déminage assure, par le biais de ses centres et antennes, une astreinte permanente 24h/24 pour l'intervention sur les objets suspects. Ses équipes sont activées conformément à l'organisation de la DSC en vigueur (circulaire DDSC/SDSOCCM/DEMINAGE n° 212 du 30 avril 2004).

Dans ce cadre, les démineurs sont les seuls, de par leur formation, à pouvoir intervenir sur et à proximité d'un objet suspect.

Leur intervention s'effectue, en général, lorsque les premiers intervenants (services de police, forces de gendarmerie et sapeurs-pompiers) sont déjà en place et ont réalisé le périmètre de sécurité.

Dans le cadre de leur mission classique si leurs moyens leur font suspecter la présence d'un engin de type chimique, ils demandent au COS la mise à disposition des appareils de détection de la CMIC des sapeurs-pompiers afin de corroborer les informations déjà recueillies (les appareils de détection de la CMIC seront mis en œuvre par les démineurs).

Après les opérations de « levée de doute », si la présence de substances ou de matières NRBC est suspectée, ils avisent le DCI par le biais du COGIC. A partir de ce moment, le service du déminage de la DSC agit dans le cadre du DCI, conformément aux directives du chef de ce détachement.

Le service de déminage du LCPP est compétent pour Paris et la petite couronne.

4.3.6. Les unités d'instruction et d'intervention de la sécurité civile (UIISC)

Unités de renfort national, les formations militaires de la sécurité civile rassemblent environ 1 500 hommes. Elles disposent d'une force professionnelle permanente et de haute technicité capable d'intervenir en tout point du territoire national ou à l'étranger.

Les formations militaires de la sécurité civile interviennent en renfort des moyens des collectivités territoriales et sous la responsabilité des autorités locales (préfet, maire...).

Elles disposent de moyens spécifiques contre le risque et la menace NRBC :

1. Le détachement d'intervention technologique (DIT) :

Les accidents technologiques ou les attentats dans lesquels sont impliqués des produits chimiques ou radioactifs, imposent une réaction rapide avec des moyens spécialisés pour déterminer la menace avec précision. La « compagnie technologique » répond à ce besoin par la mise sur pied d'un DIT. Celui-ci peut assurer les missions suivantes :

- évaluation des risques,
- balisage de zone,
- intervention en ambiance contaminée,
- contrôle et décontamination des intervenants.

2. Le module de décontamination pré-hospitalière (MDPH) :

En cas de contamination par des toxiques ou des éléments radioactifs, le MDPH peut être envoyé sur tout le territoire comme renfort national des secours locaux. Il peut être mobilisé et acheminé en quelques heures avec son matériel (2,5 tonnes pour 20 m³) par route, rail ou air. Arrivés sur les lieux, les secouristes s'implantent en sortie de zone contaminée ou devant un hôpital. Le MDPH est constitué d'une tente de 60 m² à armature gonflable. À l'intérieur, les victimes blessées et contaminées sont prises en charge par une équipe médicalisée puis décontaminées en vue de leur hospitalisation.

3. La chaîne de décontamination de masse :

Les formations militaires de la sécurité civile sont équipées d'une chaîne de décontamination employée dans le cas d'une agression chimique sur la population civile. Elle permet la décontamination et le rhabillage de 1000 personnes valides et assure un flux de 100 personnes à l'heure.

5. PREMIERES ACTIONS DU DIRECTEUR DES OPERATIONS DE SECOURS A L'ECHELON TERRITORIAL

Ces actions sont rappelées pour mémoire.

5.1.Le déclenchement, si nécessaire, du plan PIRATOX²³ départemental et zonal

Dès qu'ils ont connaissance d'un événement impliquant la diffusion d'un produit toxique dont la nature malveillante est vraisemblable, les préfets déclenchent les plans déclinant au niveau départemental et zonal le plan PIRATOX qui définissent les modalités concrètes d'intervention et de secours en cas d'attentat chimique.²⁴

5.2.L'alerter, sans délai, des moyens de secours zonaux et nationaux

Le préfet de zone prend immédiatement les mesures pour pouvoir disposer des moyens civils adaptés de sa zone, via l'état-major de zone et, via le COGIC, des moyens de renfort nationaux civils, ainsi que les réseaux d'experts et de laboratoires. Il peut demander des renforts militaires supplémentaires via l'officier général de zone de défense. Le préfet de département se fait préciser immédiatement les délais dans lesquels ces moyens seront opérationnels. Ils auront pour mission :

- de renforcer les moyens départementaux, dans le cas des moyens zonaux pouvant être à pied d'œuvre en moins de deux heures, ainsi que des moyens nationaux prépositionnés à l'occasion d'événements particuliers ;
- d'en assurer la relève (cas des moyens zonaux ou nationaux à pied d'œuvre en deux heures ou plus).

5.3.La prise des mesures d'urgence d'alerte des populations menacées

Les populations menacées sont alertées dans les meilleurs délais, et une consigne de mise à l'abri leur est donnée (confinement, par exemple).

Des consignes sont également données au public pour éviter de s'approcher des zones concernées. Les mesures d'alerte utilisent les moyens à disposition du DOS.

²³ Les plans PIRATOX, PIRATOME et BIOTOX sont en cours de refonte au sein d'un plan NRBC.

²⁴ Le déclenchement du plan départemental n'exclut pas que les plans zonaux et/ou nationaux soient mis en œuvre.

6. MODALITES PARTICULIERES D'INTERVENTION DES SERVICES DE POLICE ET DES FORCES DE GENDARMERIE

Coordonnées par le **commandement des opérations de police ou de gendarmerie** (COPG – directeur départemental de la sécurité publique en zone de police nationale ou commandant de groupement de gendarmerie départementale en zone de gendarmerie nationale), en liaison avec le COS, les services de police et les forces de gendarmerie assurent l'ensemble des missions de sécurité publique et de police judiciaire dans le cadre d'un acte de terrorisme à caractère chimique. Elles contribuent notamment à neutraliser les terroristes qui pourraient se trouver sur place, à boucler la zone, à organiser la circulation et à diffuser l'alerte d'urgence en matière de confinement.

Le COS doit veiller, par une bonne coordination avec le COPG, à évaluer l'impact des mesures prises sur les opérations de police. **Cette synergie s'effectuera par la mise en place d'un poste de commandement opérationnel (PCO) regroupant les moyens de commandement mobiles des différents services intervenants et notamment les postes de commandement du COS et du COPG. Une bonne coordination du COS avec le COPG doit permettre au DOS d'évaluer l'impact des mesures de protection des populations.**

Le COPG a aussi pour rôle de sensibiliser les services de secours à la problématique de la **protection des traces et indices** et à l'instauration, dès que possible, d'un « cheminement » permettant la protection d'une partie au moins de la scène de crime.

Agissant, contre les troubles à l'ordre public ainsi créés, au profit du Préfet et de son représentant sur le terrain, les services de police et les forces de gendarmerie informent également le parquet territorialement compétent de leurs investigations.

Dès qu'il arrive sur les lieux, le COS informe le COPG ou son représentant des actions menées par les services de secours, en particulier des limites des zones à contrôler ainsi que des instructions à donner au public, notamment afin d'orienter les personnes présentes dans la zone d'exclusion vers le PRV et d'éviter les intrusions de personnes indemnes dans la zone contaminée (badauds, journalistes, curieux, personnes voulant connaître le sort de leurs proches...). La définition précise des limites de zones à contrôler ainsi que les itinéraires à emprunter par les services intervenants doivent faire l'objet d'une concertation avec le COPG afin de tenir compte de toutes les contraintes opérationnelles. Les services de police et les forces de gendarmerie seront ainsi à même de faire valoir auprès des personnes que l'orientation vers ces zones de sortie vise à assurer leur sécurité et, si nécessaire, à garantir leur évacuation vers un hôpital préparé à les recevoir. Dès que possible, le représentant de l'autorité civile formalise par écrit ou par voie de réquisition les instructions quant aux actions à mener.

Les services de police et les forces de gendarmerie, **dotés des équipements individuels spécifiques de protection**, peuvent remplir quatre missions génériques de nature à contrôler la zone, les flux humains et de véhicules, et procéder à tous actes d'enquête.

Alerter : les services de police et les forces de gendarmerie contribuent à diffuser de façon cohérente avec les autres services, l'alerte de menace chimique aux autorités et aux populations. Cette alerte vaut également pour ses unités spécialisées appelées à intervenir.

Renseigner : les services de police et les forces de gendarmerie renseignent les autorités sur les événements et leurs conséquences, dans les domaines qui relèvent de leur compétence.

Assurer la sécurité publique : périmètre d'isolement, maintien de l'ordre, protection des personnes et des biens, préservation des indices, circulation routière et zones de stationnement :

Positionnés, en règle générale, en zone de soutien ou en zone contrôlée (notamment au sein des PRV), les services de police et les forces de gendarmerie **doivent assurer des missions de sécurité publique** :

- périmètre de sécurité,
- inspection des lieux pour éviter un deuxième attentat,
- neutralisation d'éventuels terroristes et remise immédiate au service de police judiciaire spécialisé chargé de l'enquête,
- canalisation des flux humains vers les PRV et les moyens de décontamination,
- confinement et/ou évacuation raisonnée,
- identification et enregistrement des personnes impliquées en vue d'assurer une traçabilité,
- identification des éventuels témoins ou suspects afin de faciliter les investigations futures de la police judiciaire,
- maintien et rétablissement de l'ordre en prévenant les mouvements de panique, les pillages éventuels,
- régulation routière pour éviter les engorgements et les accidents liés à la panique et assurer la rapidité d'intervention des services de secours et de protection,
- préparation des zones de stationnement et d'atterrissage d'hélicoptères,
- préparation des zones de stationnement pour les véhicules des services intervenants (sapeurs-pompiers, véhicules sanitaires, police et gendarmerie, laboratoires, etc.),
- préparation de zones de stationnement regroupant les véhicules de commandement des différents services intervenants,
- préservation de l'intégralité de la scène de crime ainsi que des traces et indices,
- prise en compte et inventaire des effets personnels des victimes et des personnes impliquées avec apposition d'un bracelet ou équivalent permettant de faire le lien avec les effets personnels stockés en zone contrôlée lors du déshabillage (vêtements, bagages à main...),
- gestion du (des) PRD,
- gestion et canalisation des médias sur instruction du préfet.

Mener les enquêtes judiciaires : procéder aux actes d'enquêtes sous le régime de la flagrance, aux auditions de témoins, aux opérations de police technique et scientifique, aux identifications, assister aux actes d'autopsie, rechercher les personnes impliquées (du fait de leur présence dans la zone), assurer la gestion des effets de valeur (détermination et surveillance d'un lieu de stockage sous le contrôle d'un officier de police judiciaire).

7. GESTION DES VICTIMES SUR LES LIEUX DE L'ÉVÉNEMENT

Les méthodes de décontamination des victimes sont établies, conjointement, par le COS et le DSM en fonction de la situation opérationnelle.

7.1. La zone d'exclusion

Deux situations sont possibles :

1. soit les équipes sont averties d'un risque chimique potentiel et s'engagent en zone d'exclusion avec un ARI et une tenue de protection adaptée aux risques,
2. soit la découverte du risque chimique se fait au cours de la reconnaissance (symptômes communs à plusieurs victimes, contexte du lieu de l'intervention, absence de sinistre particulier, etc.). Dans ce cas, tout intervenant qui ne se trouve pas en tenue conférant une protection minimum (tenue de feu des sapeurs pompiers et ARI)²⁵ doit sortir de la zone, en interdisant l'accès au public, rester à l'air libre et informer immédiatement son centre opérationnel. Les autres intervenants munis de tenues de feu et de leur ARI doivent, dans le cadre des dispositions des règlements et des instructions qui ont pour objet d'assurer leur protection et leur sécurité, rapidement reconnaître les lieux et évacuer le maximum de victimes. Les équipes non protégées par une tenue de protection NRBC ne doivent pas quitter la zone d'intervention et doivent immédiatement se faire connaître auprès des premières équipes de secours en tenue de protection NRBC pour pouvoir être prises en charge de façon optimale **au niveau du sas de décontamination d'urgence pour les premiers intervenants insuffisamment protégés** : services de secours, services de police, forces de gendarmerie, SMUR... **Les personnels de secours éventuellement blessés, intoxiqués et/ou contaminés** sont traités comme les autres victimes.

La priorité est donnée à l'**extraction des victimes de l'atmosphère toxique** en même temps que s'effectue la détection voire l'identification du toxique.

Il s'agit de mener des actions de sauvetage d'urgence.

Cette **extraction d'urgence** pour mise en sécurité, vers les PRV en **zone contrôlée**, est réalisée en fonction de l'état clinique des victimes. Il est immédiatement établi deux PRV :

- un PRV pour les victimes valides et autonomes qui y sont regroupées sur consignes verbales précises et/ou accompagnées par les sauveteurs,
- un PRV pour les victimes invalides (blessées, intoxiquées...) qui sont prises en charge par une noria de relevage.

Lorsque cela est possible, la détermination des personnes décédées est réalisée en zone d'exclusion. Ces dernières sont alors laissées sur les lieux pour les besoins de l'enquête judiciaire.

Une équipe de reconnaissance spécialisée, en tenue de protection adaptée, s'engage dans la zone d'exclusion sous la responsabilité du COS.

²⁵ Les tenues de feu des pompiers ont été testées par le centre d'étude du Bouchet. Elles confèrent une protection contre l'ypérite de 15 min sous les conditions du test.

En fonction de la taille de l'événement, cette équipe est, si possible, accompagnée d'un médecin²⁶ (élément de reconnaissance médicalisé) qui intervient pour évaluer :

- le nombre de victimes,
- la mobilisation nécessaire des ressources sanitaires,
- l'état clinique des victimes pour déterminer la classe du produit utilisé (symptomatologie) et les degrés de gravité,
- les possibilités d'extraction des victimes de la zone d'exclusion et leur conduite vers les PRV.

7.2. La zone contrôlée, à la sortie de la zone d'exclusion : les points de regroupement des victimes

La prise en charge des victimes doit respecter une séquence rigoureuse.

En zone contrôlée, de même qu'en zone de soutien, l'information des populations sera, si possible, effectuée par divers moyens (dispositifs de sonorisation, porte-voix, panneaux signalétiques, fiches d'information²⁷ ...), afin de leur expliquer le déroulement des opérations.

7.2.1. Le regroupement des victimes

Toutes les personnes présentes dans la zone d'exclusion sont regroupées au niveau du(des) PRV. Ces PRV sont situés à l'air libre ou dans une pièce non contaminée.

Au niveau de ces points de regroupement sont réalisés des gestes de **décontamination d'urgence** (exemple adsorption/déplacement par la terre de Foulon) du visage et des parties visuellement contaminées, et la pose d'un dispositif **individuel de filtration d'air**. Ce dispositif devra être maintenu pendant les opérations de déshabillage et jusqu'au passage sous la douche, si elle est nécessaire.

7.2.2. Le tri et le contrôle de contamination

Le premier tri s'effectue rapidement, dans la continuité de la phase d'extraction d'urgence, en fonction de critères objectifs tels que :

- la mobilité ;
- les symptômes (intoxication, blessures²⁸) ;
- la présence d'une contamination visuelle.

Des gestes de sauvetage sont effectués. Face à une victime inconsciente en arrêt respiratoire, les gestes de réanimation ne seront entrepris que si le nombre de secouriste est suffisant²⁹.

Le second tri est un tri médical prenant en compte l'état clinique des victimes selon les principes de la médecine de catastrophe. La certitude du décès d'une victime est confirmée à ce niveau par un médecin.

Ce tri permet la mise en œuvre des traitements, leur surveillance et la priorisation pour la décontamination approfondie, lorsque les moyens de décontamination sont opérationnels.

²⁶ Le médecin doit avoir validé une aptitude au port de l'ARI.

²⁷ Annexe 27

²⁸ Classification de médecine de catastrophe : UA, UR, Impliqués (annexe 18)

²⁹ Guide national de référence *premier secours en équipe niveau 2*

Les victimes sont regroupées en fonction de ce tri au niveau :

- du point de regroupement des personnes impliquées (PRI) (asymptomatiques mais potentiellement contaminées),
- du point de regroupement des victimes symptomatiques (PRV) puis elles sont séparées en victimes valides et invalides,
- du point de regroupement des personnes décédées (PRD) pour les victimes décédées « secondaires³⁰ » qui sont placées à l’abri du regard des autres victimes sous la responsabilité d’un officier de police judiciaire (OPJ).
Les personnes décédées « primaires³¹ » sont laissées sur les lieux pour les besoins de l’enquête judiciaire.

Le contrôle instrumental de contamination de toutes les victimes est consommateur de temps donc incompatible avec les actions réflexes de décontamination d’urgence destinées à limiter la durée de l’intoxication des victimes.

Ce contrôle instrumental de contamination peut malgré tout être envisagé sur les premières victimes, en prenant en compte les limites de détection des appareils utilisés. Il peut être utilisé comme une aide au diagnostic médical de l’intoxication. Un contrôle instrumental de l’ambiance toxique est aussi envisageable lors de l’installation d’un (des) PRV dans une structure mobile ou fixe, notamment lorsque les conditions climatiques sont défavorables aux victimes comme aux intervenants.

L’ensemble des victimes et l’ensemble des personnes présentes doivent être recensés et identifiés de façon unique (type bracelet ou équivalent...) avec un moyen d’identification résistant à la décontamination. Ce moyen d’identification doit être apposé sur la victime ou la personne et sur le ou les sacs d’effets personnels afin d’établir un lien entre une personne et ses effets personnels, à la fois pour les besoins médicaux, d’enquête, mais également en vue d’une future restitution totale ou partielle.

7.2.3. La prise en charge médicalisée des victimes symptomatiques

Le PRV est divisé en deux parties, l’une pour les victimes valides³² et l’autre pour les victimes invalides³³.

Des gestes médicaux de stabilisation (oxygénation, ventilation, administration d’antidotes, traitements symptomatiques) sont effectués si nécessaire.

L’administration des médicaments (antidotes et autres médicaments) devra se faire en choisissant la voie d’abord la moins invasive en fonction de l’état clinique de la victime :

- aérosol,
- sous-cutanée,
- intramusculaire,
- intra-osseuse,
- intraveineuse directe ou lente,
- perfusion...

³⁰ Voir lexique page 34

³¹ Voir lexique page 34

³² Annexe 21, 25

³³ Annexe 22, 25

Le monitoring (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation partielle en oxygène...) est possible, le matériel est considéré contaminé et traité comme tel.

Cette prise en charge médicale dépendra du(des) médecin(s) et des moyens mis à leur disposition³⁴.

7.2.3.1. La prise en charge des victimes symptomatiques valides

Ces victimes sont prises en charge au PRV pour une décontamination d'urgence, avec un déshabillage le plus complet possible avec stockage des effets personnels dans un sac étanche, suivi d'un rhabillage immédiat.

Cette étape sera suivie, si nécessaire, d'une **décontamination approfondie** par une douche avec une solution de décontamination dans la chaîne « **valide** » **des structures de décontamination (MDPH, autres structures)**. Les victimes subissent enfin un séchage par tamponnement puis sont rhabillées. Elles sont ensuite dirigées vers le PMA.

Le contrôle de décontamination se heurte à la même problématique que le contrôle de contamination (cf 7.2.2). **Un contrôle instrumental de l'ambiance toxique est envisageable dans la zone de rhabillage.**

7.2.3.2. la prise en charge des victimes symptomatiques invalides

Dès le PRV un déshabillage, même partiel, peut être effectué. **Les victimes sont ensuite conduites vers la chaîne « invalides »** des structures de décontamination (MDPH, autres structures) pour subir **les opérations suivantes de décontamination approfondie³⁵** :

- déshabillage, avec stockage des effets personnels dans un sac étanche,
- douchette, si nécessaire,
- séchage par tamponnement,
- rhabillage, à l'issue de la décontamination, avec des vêtements à usage unique,
- transport vers le PMA.

Le contrôle de décontamination se heurte à la même problématique que le contrôle de contamination. **Un contrôle instrumental de l'ambiance toxique est envisageable dans la zone de rhabillage.**

Si nécessaire, lors de la prise en charge d'une victime grave ne pouvant rapidement subir une décontamination sur le terrain et après accord du DSM et du SAMU, une victime peut être évacuée vers une UDH pour victimes invalides dans un hôpital désigné disposant de cette capacité.

7.2.4. La prise en charge des personnes impliquées

Une des premières actions à mener est la décontamination par le déshabillage d'au moins la couche de vêtements la plus extérieure ainsi que le retrait des chaussures afin de limiter le plus possible l'intoxication (exemple : désorption).

Ce circuit, après la procédure légère très souhaitable de douche corporelle³⁶, conduit directement à l'entrée d'un PMA situé en zone de soutien. On favorisera un passage

³⁴ Annexe 18

³⁵ Annexe 25

³⁶ Dans l'urgence, en fonction des conditions climatiques et dans l'attente du déploiement de moyens dédiés, des dispositifs provisoires de douche et/ou de rinçage des personnes valides peuvent être mis en place sur la base de jets diffusants d'engins pompes.

systématique au PMA de toutes les personnes venant de la zone d'exclusion (risque d'effets retardés, dus à l'agent toxique).

Si l'affluence est trop importante, les personnes apparemment indemnes pourront être dirigées vers un « centre d'accueil des impliqués » (CADI), puis quitter les lieux une fois connu le toxique incriminé, après avoir fourni les coordonnées permettant de les joindre, et avoir reçu une information succincte sur ce qu'il convient de faire en cas d'apparition de symptômes.

7.2.5. L'organisation des centres d'accueil des impliqués

Dans le but de ne pas engorger le(s) PRV, le (ou les) PMA et les ETS, des CADI sont choisis avec pour mission essentielle l'accueil des personnes impliquées présentes sur les lieux ou à proximité des lieux de danger.

Ainsi les personnes impliquées se présentant spontanément dans des ETS non désignés, devront être re-dirigées vers ces centres, dès lors qu'ils auront été organisés. Si elles doivent bénéficier des soins médicaux nécessitant une infrastructure hospitalière, elles seront alors re-dirigées vers les établissements de santé pré-désignés ou soignées sur place si leur état le nécessite.

Le choix de ces centres (installations sportives, hôtelières...) devra être planifié dans les plans PIRATOX départementaux et zonaux.

Ces centres seront installés dans des lieux équipés si possible de douches. Il faudra prévoir des personnels médicaux ou paramédicaux, de préférence compétents en détection chimique. En zone propre, l'accueil de ces victimes peut être aidé par les associations de secouristes. En effet, les associations de sécurité civile et les services municipaux peuvent utilement contribuer à la mise en place et au fonctionnement de ces CADI.

Les coordonnées précises des centres doivent être communiquées à tous les services intervenants, notamment aux services de secours et à l'ensemble des établissements de soins publics et privés.

La prise en charge des personnes impliqués doit se dérouler chronologiquement comme suit :

- accueil des victimes ;
- anamnèse et examen médical si possible ;
- déshabillage, décontamination si besoin et rhabillage;
- traitements spécifiques si besoin ;
- soins médicaux si nécessaire ;
- soutien psychologique ;
- enregistrement de l'état civil, coordonnées, orientation donnée (suivi hospitalier et/ou suivi psychologique).

7.3. La zone de soutien

7.3.1. Le (les) poste médical avancé (PMA)

Lorsque les moyens disponibles permettent de l'envisager, on installe dès que possible un ou plusieurs PMA (voir figure p 7).

Ce PMA sera positionné en aval des chaînes de décontamination, en zone de soutien.

Un complément de mise en condition médicale y est effectué (avec éventuellement quelques prélèvements sanguins aux fins d'identification de l'agent en cause) avec indication d'un degré d'urgence pour l'évacuation.

7.3.2. Le point de répartition des évacuations (PRE)

A la sortie du PMA, au PRE, l'ensemble des victimes est évacué vers les ETS préalablement déterminés et désignés par le SAMU, le moyen d'évacuation dépendant de l'état de la victime (transport médicalisé ou non).

Il est impératif de tenir un registre avec l'identité, le moyen de transport et la destination de chaque personne quittant un PMA.

Toutes les personnes ayant quitté la zone d'exclusion, qu'elles soient indemnes ou non, doivent être recensées. Des opérations succinctes de signalement (recueil des données d'identité et d'identification) peuvent être réalisées par le service chargé de l'enquête.

7.3.3. La prise en charge psychologique des victimes sur les lieux de l'intervention.

La prise en charge psychologique s'effectue au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) et doit débiter dès que possible et par tous les moyens : annonce par mégaphone, panneaux d'affichage, documents...

Les consignes données doivent être claires, simples et compréhensibles.

La qualité de la communication permet une meilleure adhésion des victimes conscientes.

La CUMP pourra être présente à toutes les étapes en dehors des zones de danger.

En résumé : répartition souhaitable des missions sanitaires entre les services (en fonction des personnels et de l'équipement disponibles) :

1. En zone d'exclusion :

- *éléments de reconnaissance spécialisée : un médecin (avec protection);*
- *relevage : personnels sapeurs-pompiers, renforts de sécurité civile en tant que de besoin (avec protection) ;*

2. En zone contrôlée :

- *en amont de la décontamination : personnels sapeurs-pompiers et personnels médicaux et paramédicaux (SMUR, service de santé et de secours médicaux³⁷), services de police et forces de gendarmerie en tant que de besoin (avec protection),*
- *module de décontamination : personnels sapeurs-pompiers et renforts de la sécurité civile en tant que de besoin (avec protection),*

3. En zone de soutien :

- *personnels SAMU, SMUR (y compris cellules médico-psychologiques), sapeurs-pompiers, services de police et forces de gendarmerie (sans protection), associations de secouristes.*

7.4. La prise en charge hospitalière – L'information des personnes dont la contamination éventuelle n'a pas été contrôlée.

7.4.1. Les principes d'organisation : les établissements de santé référents³⁸

Une organisation a été mise en place au niveau des sept zones de défense incluant les mesures à prendre en cas de risque chimique.

Dans ce cadre, il a été désigné dans chaque zone de défense un (ou plusieurs) **ETS de référence**.

La mission de ces hôpitaux référents est précisée dans le décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et dans l'arrêté du même jour relatif à la liste des établissements de santé de référence.

Cette mission consiste à coordonner au niveau zonal l'application des recommandations nationales. Les ETS référents ont un rôle de conseil en cas de crise et doivent être alertés sans délai ; ils organisent la formation régulière des personnels hospitaliers en cas de crise chimique.

7.4.2. Le rôle des établissements de santé

Chaque département dispose d'ETS dotés de services d'urgence et de moyens matériels (unités de décontamination, tenues de protection,...) pour prendre en charge des patients victimes d'un attentat chimique. La liste de ces établissements de santé figure dans le Plan Blanc élargi zonal. Tout établissement de santé (public, privé, spécialisé) doit disposer d'un Plan Blanc, comportant un volet chimique prévoyant toute mesure à prendre en cas d'admission ou d'afflux non régulés de victimes d'un attentat chimique.

³⁷ Les modalités de participation (aspects réglementaires, formation, entraînement) des personnels des SMUR autorisés à intervenir en zone contaminée ou contaminable, restent à préciser.

³⁸ Annexe 28

L'ETS départemental, siège de SAMU/Centre 15, s'assure de la diffusion de recommandations communes à tous les hôpitaux et de la prise en charge de ce type de victimes.

7.4.3. La population susceptible d'avoir été exposée au risque (« impliqués »)

En dehors des personnes conduites dans les établissements pré-désignés, d'autres, **vraisemblablement très nombreuses** lors d'un attentat dans une zone de forte affluence, auront pu sortir sans contrôle de la zone. Ces personnes peuvent propager ainsi la contamination (transmission en dehors du site) et constituer également une population à risque d'intoxication, parfois retardée. On peut ainsi distinguer :

- les personnes s'étant rendues par leurs propres moyens, ou évacuées, en l'absence de toute régulation, vers des structures de soins parfois non informées de l'événement,
- les personnes s'étant spontanément rendues chez un médecin de ville, dans une pharmacie, etc.,
- les personnes ayant regagné leur domicile.

7.4.4. L'information et la protection des populations

Afin de pouvoir identifier les personnes impliquées et les prendre en charge, des actions spécialisées doivent être conduites par les services publics assurant la protection des populations. Cette population qui aurait pu être exposée au risque chimique et qui ne se trouve pas encore dans un ETS (« régulé » ou non) doit être alertée le plus rapidement possible. Pour cela, tous les moyens d'information doivent être utilisés et notamment :

- les moyens d'alerte dont dispose la direction de la sécurité civile,
- les médias audiovisuels.

Le décret n°2005-1269 du 12 octobre 2005 relatif au code d'alerte national et aux obligations des services de radio et de télévision et des détenteurs de tout autre moyen de communication au public et pris en application de l'article 8 de la loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile s'applique.

Le message doit inciter la population susceptible d'avoir été en contact avec l'agent contaminant, à se rendre au plus vite vers un établissement de santé pré-désigné et doit permettre de diffuser des conseils particuliers (déshabillage, mise en sac des vêtements, douche...).

8. GESTION DES CORPS

Dans le contexte d'un attentat ou d'un accident, il y a lieu de considérer deux catégories de personnes décédées. La première catégorie regroupe les personnes décédées avant leur prise en charge par les services de secours (personnes décédées primaires) ; ces personnes ne seront pas, si possible, déplacées. La seconde catégorie regroupe les personnes décédées après leur prise en charge par les services de secours (constat du décès effectué par un médecin au niveau de la zone de tri, au niveau du PRV, au niveau de la chaîne de décontamination...), ce sont des personnes décédées secondaires.

Il est institué une zone de regroupement des personnes décédées avant leur décontamination, nommée PRD. Ce(s) PRD est (sont) placé(s) à l'abri du regard des autres victimes, sous l'autorité d'un OPJ.

La gestion des décès massifs est intégrée au plan ORSEC révisé dans le cadre de la loi de modernisation de la sécurité civile³⁹.

9. GESTION ENVIRONNEMENTALE

Les opérations de secours doivent éviter de polluer de manière accrue le milieu (sol, eau...). Pour cela il convient, si possible, de mettre en place un dispositif permettant de recueillir les effluents émanant de la décontamination des victimes, des personnes impliquées, des intervenants et des matériels.

Les modes de traitement et d'évacuation des effluents se feront en liaison avec les opérateurs spécialisés.

³⁹ Loi n° 2004-811 du 13 août 2004

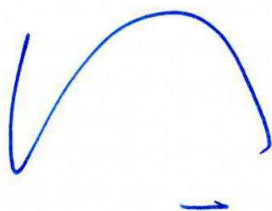
Fait à Paris, le 7 novembre 2008

Madame le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales

Pour le ministre et par délégation,
le Préfet, Directeur du Cabinet


Michel DELPUECH

Monsieur le ministre de la défense



Hervé MORIN

Madame le ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

LEXIQUE

La décontamination d'urgence : elle a pour objectif de garantir la survie des victimes. Elle s'effectue immédiatement par déshabillage, adsorption,...

La décontamination approfondie : elle a pour objectif de permettre la prise en charge des victimes sans mesure de protection particulière par les diverses méthodes en vigueur : douche, etc.

La décontamination chimique : elle consiste à déplacer ou à détruire les agents chimiques répandus sur la peau, le matériel et le terrain afin de ne pas en subir les effets physiopathologiques.

La zone de soutien : opposée au vent, accueille l'ensemble des services intervenants. Dans cette zone aucune tenue de protection NRBC n'est exigée.

La zone contrôlée : cette zone, située entre la zone d'exclusion et la zone de soutien permet de prévenir ou de réduire la contamination. Elle demande la création d'un périmètre de sécurité où sont installés les points de regroupement des victimes, les sas de décontamination. L'accès à cette zone nécessite une tenue de protection individuelle adaptée aux risques.

La zone d'exclusion : elle comprend la zone de danger immédiat et la zone de danger sous le vent.

La zone de danger immédiat : zone où la concentration du toxique sera la plus forte ; elle est située immédiatement autour du point d'attentat. L'accès à cette zone nécessite une tenue de protection individuelle adaptée aux risques.

La zone de danger sous le vent : zone située autour et au delà de la zone de danger immédiat dont l'étendue est fonction du lieu de l'attentat et de la vitesse du vent. L'accès à cette zone nécessite une tenue de protection individuelle adaptée aux risques.

La zone de danger chimique : elle comprend la zone d'exclusion et la zone contrôlée. L'accès à cette zone nécessite une tenue de protection individuelle adaptée aux risques.

Les personnes impliquées: ce sont des personnes non blessées, mais suspectées de contamination, qui étaient présentes sur le lieu de l'attentat ou à proximité.

Les victimes décédées « primaires » : victimes décédées avant leur prise en charge par les services de secours.

Les victimes décédées « secondaires » : victimes décédées après leur prise en charge par les services de secours (par exemple les victimes décédées au niveau des points de regroupement des victimes ou du poste médical avancé...).

ABREVIATIONS

ARI	: appareil respiratoire isolant
CADI	: centre d'accueil des impliqués
CEA	: commissariat à l'énergie atomique
CEB	: centre d'étude du Bouchet
CMIC	: cellule mobile d'intervention chimique
COGIC	: centre opérationnel de gestion interministériel de crise
COPG	: commandant des opérations de police et de gendarmerie
COS	: commandant des opérations de secours
CPCO	: centre de planification et de gestion des opérations
CRS	: compagnie républicaine de sécurité
CUMP	: cellule d'urgence médico-psychologique
DCI	: détachement central interministériel d'intervention technique
DCSSA	: direction centrale du service de santé des armées
DSC	: direction de la sécurité civile
DERA	: module d'extraction rapide d'autorité
DGA	: délégation générale pour l'armement
DHOS	: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIT	: détachement d'intervention technologique
DOS	: directeur des opérations de secours
DSM	: directeur des secours médicaux
ETS	: établissement de soins
LCPP	: laboratoire central de la préfecture de police de Paris
MDPH	: module de décontamination pré-hospitalière
NRBC	: nucléaire, radiologique, biologique et chimique
OPJ	: officier de police judiciaire
PCO	: poste de commandement opérationnel
PMA	: poste médical avancé
PRD	: point de regroupement des personnes décédées
PRE	: point de répartition des évacuations
PRI	: point de regroupement des personnes impliquées
PRV	: point de regroupement des victimes
RAID	: recherche, assistance, intervention, dissuasion
RBC	: radiologique, biologique et chimique
SAMU	: service d'aide médicale urgente
SMUR	: service mobile d'urgence et de réanimation
SSA	: service de santé des armées
SVOPN	: service de veille opérationnelle de la police nationale
UA	: urgence absolue
UDH	: unité de décontamination hospitalière
UIISC	: unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile
UR	: urgence relative
VIBP	: véhicule d'intervention Biotox-Piratox