

**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 radioactives**  
**n° 800/SGDN/PSE/PPS du 23 avril 2003**

*Ce document n'est pas classifié.*  
*Il a vocation à être largement diffusé auprès de tous les services concernés.*

## 1. - PRINCIPES GENERAUX

### 1.1. – Les nouvelles formes de terrorisme

Les attentats au sarin survenus en juin 1994 dans la ville japonaise de Matsumoto et le 20 mars 1995 dans le métro de Tokyo au Japon, ont prouvé qu'une action terroriste mettant en œuvre des substances toxiques était possible.

En 1996, des terroristes déposent, dans un parc de Moscou, une source de césium 137 associée à de l'explosif.

Le 11 septembre 2001, les attentats aux Etats-Unis ont montré que les terroristes pouvaient désormais chercher à faire un nombre massif de victimes et d'impliqués.

Le 8 mai dernier, un terroriste est arrêté à Chicago et accusé d'avoir voulu préparer un attentat à la « bombe sale »<sup>1</sup>.

Enfin, depuis 1993, l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) a comptabilisé plus de 600 cas de ventes illégales d'éléments radioactifs, tandis que les investigations conduites par les services en charge de la surveillance des réseaux terroristes confirment l'intérêt de ceux-ci pour l'utilisation d'engins nucléaires ou radioactifs.

La menace représentée par ces différentes actions repose principalement sur la dangerosité des produits, à court ou long terme, sur leur mode de contamination insidieux et évolutif ainsi que sur leur persistance.

### 1.2. - Situations concernées

La présente circulaire s'applique en cas de mise en évidence d'un attentat dispersant<sup>2</sup> des matières radioactives, perpétré en milieu urbain contre une population civile à forte densité, à l'air libre ou dans un site semi-ouvert tel que métro, centre commercial, grands magasins, administration ouverte au public, etc. Elle peut aussi s'appliquer à certaines situations à caractère accidentel. **Son objectif principal est le sauvetage et la préservation des vies humaines.**

Ses dispositions s'appliquent tant qu'il n'a pas été établi avec certitude que le produit utilisé n'a pas de caractère contaminant.

#### Définitions:

- ◆ Le **pouvoir de contamination externe** d'un agent résulte de sa persistance sous forme solide ou liquide sur les éléments avec lesquels il a été en contact pouvant conduire à le transférer vers des personnes qui ne se trouvaient pas initialement dans la zone d'attentat.

---

<sup>1</sup> Explosif conventionnel associé à des matières radioactives

<sup>2</sup> Cette circulaire ne s'applique pas en cas de dépôt malveillant d'une source radioactive à dégagement d'énergie

- ◆ **Le pouvoir de contamination interne** résulte de la pénétration de l'agent dans l'organisme, par voie transcutanée, blessure, ingestion, inhalation...

**Une difficulté majeure tient au fait que, contrairement au chimique, le risque radioactif n'aurait généralement pas d'effets immédiats permettant de distinguer les personnes touchées de celles qui ne le sont pas.**

### 1.3. - 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, à savoir :

- les services d'incendie et de secours et 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 hôpitaux référents (cf § 7),
- les personnels des armées, services interarmées et de la délégation générale pour l'armement susceptibles d'intervenir en renfort des services publics évoqués supra ;
- les moyens spécialisés relevant notamment du Commissariat à l'énergie atomique (CEA) et de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (I.R.S.N.).

Quel que soit le produit radioactif utilisé, la gravité potentielle des effets retardés et la présence probable de très nombreuses victimes, conjuguées à des opérations de secours longues et particulièrement délicates et pénibles, rendent 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 s'efforce de tenir compte des disparités du degré d'équipement et de formation des différents départements, deux domaines où un effort doit être consenti. **Elle ne se substitue pas aux modalités génériques d'application des plans en vigueur, notamment du plan gouvernemental PIRATOME et des plans ministériels, zonaux et départementaux qui en découlent. Elle ne s'oppose en rien au déclenchement et au déroulement des plans définis par la loi, notamment les plans destinés à porter secours à des nombreuses victimes (Plan Rouge notamment).**

Les dispositions figurant dans le présent document 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 Directeur des opérations de secours (DOS) et le Commandant des opérations de secours (COS).

Il appartient aux responsables des services intervenant d'organiser la formation, initiale et continue, et l'entraînement des personnels concernés.

## 2. - RAPPEL DE L'ORGANISATION DES SECOURS EN FRANCE

### 2.1.- Commandement

Conformément aux dispositions législatives, relatives à l'organisation de la sécurité civile, la **direction des opérations de secours** relève soit du maire soit du préfet représentant de l'Etat dans le département<sup>3</sup>.

Par ailleurs, en vertu du décret 2000-318 du 7 avril 2000 relatif au Code général des collectivités territoriales modifiant l'article 43 du décret 97-1225 du 26 décembre 1997, « le **commandement des opérations de secours** relève, sous l'autorité du préfet ou du maire agissant dans le cadre de leurs pouvoirs respectifs de police, du directeur départemental des services d'incendie et de secours ou, en son absence, d'un sapeur-pompier professionnel ou volontaire, officier, sous-officier ou gradé, dans les conditions fixées par le règlement opérationnel du SDIS »<sup>4</sup>.

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

S'agissant de l'événement, la diffusion de l'information aux familles et aux médias est de la responsabilité exclusive du DOS. L'information aux familles sur l'état de santé des victimes intoxiquées ou contaminées est du ressort du corps médical, selon les règles fixées par la loi et la déontologie.

### 2.2.- Plans d'organisation des secours

Pour les situations dues à la malveillance visées dans la présente circulaire, le préfet dispose du **plan départemental PIRATOME**<sup>5</sup> qui, comme un plan d'urgence, 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'événement pour assurer la prise en charge pré-hospitalière des victimes est le **Plan Rouge**, tel que défini dans le décret 88-622 du 6 mai 1988.

Les dispositions prévues dans la circulaire du ministère de la santé DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes s'appliquent également. L'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique est quant à elle définie dans la circulaire DHOS/HFD/DGSNR n°277 du 2 mai 2002.

L'interface entre le plan Rouge et l'organisation interne des établissements de santé définie ci-dessus, est assurée par le médecin régulateur du SAMU du département concerné.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> L'article L 1424-49 du Code des collectivités locales 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 respectivement conformément aux règles d'emploi du Bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM) et de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP).

<sup>5</sup> Les plans zonaux et départementaux PIRATOME sont rédigés sur la base des plans ministériels PIRATOME.

### **3. MISSIONS DES INTERVENANTS**

**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 nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (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 (dans les véhicules lorsque c'est possible) afin de donner une capacité d'intervention initiale aux premiers intervenants;
- **d'assurer la formation des personnels<sup>6</sup> et de réaliser périodiquement (au moins une fois tous les trois ans pour chaque département) des exercices inter-services.** A cet effet, chaque ministère concerné a reçu la mission d'élaborer un plan de formation des personnels relevant de sa responsabilité.

#### **3.1. - Choix des matériels de protection individuelle**

Dans l'incertitude sur la nature des produits utilisés, la première reconnaissance doit être réalisée en tenue de protection NRBC de type 1 ou de type 2<sup>7</sup> (étanches aux gaz : scaphandre) avec port d'un appareil respiratoire isolant.

A défaut, une tenue de type 3 (étanche aux liquides) avec masque respiratoire équipé d'une cartouche à large spectre (classe A2B2E2K2P3) est utilisée. Cette cartouche à large spectre n'est cependant pas protectrice contre l'iode gazeux (et notamment son isotope 131). Par conséquent, des comprimés d'iode pourront être administrés (si possible) à titre préventif aux intervenants<sup>8</sup>.

Une fois démontrée la présence exclusive d'un produit radioactif sous forme de poussières ou d'aérosols, le port d'un masque avec une cartouche P3, avec une tenue de protection de type 4 (étanche aux aérosols) ou 5 (étanche aux particules et aux poussières), peut s'avérer suffisant.

Les membres des services de secours et de police, ainsi que les forces de gendarmerie, lorsqu'ils portent leur tenue de protection, devront pouvoir être clairement distingués.

#### **3.2. - 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 radiologique.

En cas de doute, on prendra comme première hypothèse que le produit utilisé possède un pouvoir de contamination.

**Il est donc nécessaire que dans les grandes agglomérations et à proximité de sites estimés plus sensibles se développe une capacité de réponse permettant au moins les missions et actions suivantes :**

<sup>6</sup> Un CD ROM de formation a notamment été élaboré par le Secrétariat général de la défense nationale.

<sup>7</sup> Ces types de tenues ont été définis par l'AFNOR. Les tenues militaires ne font pas l'objet de classification.

<sup>8</sup> Dans certains cas spécifiques.

### Gestion spécifique de l'alerte

Lorsqu'un centre de traitement de l'alerte reçoit une information pouvant laisser craindre une menace NRBC il doit :

1. appliquer systématiquement un canevas de questionnement s'inspirant du modèle de l'annexe 7, pour obtenir des renseignements-clés ;
2. échanger immédiatement ces informations avec les autres centres de traitement de l'alerte des services d'urgence : Sapeurs-pompiers, Police, Gendarmerie, SAMU, et avec le service météorologique local ;
3. informer immédiatement les services de secours pour qu'ils mettent en attente les personnels non protégés dans une zone qui ne soit pas sous le vent porteur du produit contaminant et qu'ils ne fassent intervenir que des personnels en tenue de protection, dotés de dosimètres opérationnels (au minimum un par véhicule) ;
4. déterminer en liaison avec eux un point commun et unique d'accès des différents services ;
5. mettre en route des équipes de détection, et notamment les Cellules mobiles d'intervention radiologique (CMIR) ;
6. informer le préfet, dès que l'événement est connu.

La mission de gestion spécifique de l'alerte doit être conduite par le dispositif départemental (ou interdépartemental pour la BSPP) 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 secours

En cas de suspicion d'attentat, de quelque nature qu'il soit, il est nécessaire de :

7. s'équiper des tenues de protection définies ci-dessus et d'un dosimètre opérationnel ;
8. vérifier au cours de la reconnaissance la présence d'une radioactivité anormale ;
9. déterminer les zones de danger a priori (il s'agit d'un zonage réflexe qui pourra être ajusté dans un second temps) dès qu'une radioactivité anormale est détectée (voir annexes 2, 3, et 4);

- La **zone d'exclusion** est la zone contaminée ou contaminable ; le port de la tenue de protection y est obligatoire. L'accès à cette zone s'effectue à travers un système de sas d'entrée et de sortie (voir annexe 6). Elle comprend :
  - la **zone de danger immédiat** (ZDI) : compte tenu des modélisations réalisées, le choix a priori d'un rayon de 100 mètres autour du point d'attentat est préconisé, cette distance pouvant être réduite dans un premier temps pour tenir compte des capacités réelles des intervenants à boucler rapidement ce périmètre ;
  - la **zone de danger sous le vent** (ZDV) : compte tenu des modélisations réalisées, le choix a priori d'une zone s'étendant sur 500m est préconisé pour un attentat à ciel ouvert, avec un angle d'ouverture de 40°, cette distance pouvant être réduite dans un premier temps pour tenir compte des capacités réelles des intervenants à boucler rapidement ce périmètre.
- La **zone contrôlée**<sup>9</sup> est une zone tampon entre la zone d'exclusion et la zone de soutien. Elle accueille le(s) point(s) de rassemblement des victimes (PRV) et une chaîne de décontamination y est installée dès que possible. Le port de la tenue de protection y est également obligatoire en amont de la décontamination. Un sas de contrôle sera installé en sortie de la zone contrôlée pour les personnes ne passant pas par la chaîne de décontamination.

<sup>9</sup> Il ne s'agit pas de la zone contrôlée au sens de la réglementation relative à la protection des travailleurs.

- La **zone de soutien**, comme pour le risque chimique, est opposée au vent, et accueille les services de secours, avec notamment le Poste médical avancé (PMA).

A l'intérieur d'un bâtiment, ces zones peuvent être ramenées respectivement au local et à tout ou partie du bâtiment, si la ventilation mécanique a été arrêtée dès le début.

10. orienter vers le ou les PRV les personnes issues de la zone d'exclusion ; un tri y est effectué avec évaluation du degré d'urgence ;
11. pratiquer ou faire pratiquer des gestes de survie indispensables aux blessés (notamment les urgences absolues) par les services de secours équipés, et protéger si possible les voies aériennes supérieures des victimes (par des demi-masques faciaux de type FFP3 à usage unique) afin de limiter la contamination interne ;

### **Le traitement d'une détresse vitale prime sur la décontamination radiologique.**

12. séparer, si possible, les personnes radiocontaminées des autres ;
13. alerter immédiatement et informer les populations concernées à l'intérieur de la zone d'exclusion, sur l'attitude à adopter quant à leur protection (il s'agit, dans ce cas précis, d'une mise à l'abri par confinement) ;
14. arrêter ou confiner la dispersion de matières contaminantes dans l'atmosphère, si cela est possible, et lorsqu'elle a pu être repérée ;
15. arrêter la ventilation mécanique des bâtiments, si cela n'a pas déjà été fait ;
16. transférer vers l'hôpital les **urgences absolues (UA) présentant une détresse vitale**<sup>10</sup>, par véhicules sanitaires, en prenant soin d'éviter tout risque de transfert de contamination (technique de la double enveloppe<sup>11</sup>, utilisation de vinyle...). Les moyens de transport utilisés à cette occasion seront considérés comme contaminés et inutilisables pour d'autres populations que des UA présentant une détresse vitale et non décontaminées ;
17. dans la zone contrôlée, mettre en place des unités de décontamination. Si l'on ne dispose pas d'unités de décontamination opérationnelles dans un délai satisfaisant, il conviendra de recourir rapidement à tous les moyens disponibles pour assurer la décontamination : douches publiques de la localité, moyens de lutte contre l'incendie des sapeurs-pompiers, etc.

### **Intervention d'équipes spécialisées**

18. déterminer la nature du rayonnement ( $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$ ) et, si possible, le radioélément en cause, et déterminer précisément la zone contaminée (mission des CMIR mises en route au point 6) ;

### **Transport vers les hôpitaux et les centres extra-hospitaliers**

19. mettre en œuvre la prise en charge et l'évacuation des victimes ;
20. De façon générale, les blessés suspects de contamination qui auront été évacués de la zone d'exclusion sans contrôle de leur contamination, seront dirigés vers des **hôpitaux ciblés**. Les personnes impliquées qui n'auraient pu être décontaminées sur le site seront acheminées vers des **centres d'accueil extra-hospitaliers**<sup>11</sup> afin qu'ils soient décontaminés.

<sup>10</sup> Voir définition p. 11

<sup>11</sup> Voir annexe 8

<sup>11</sup> Voir chapitre 8

Les moyens de transport mis à leur disposition à cette occasion seront considérés comme contaminés et devenus inutilisables pour d'autres populations. Cependant, en sur-habillant les victimes avec des tenues anti-poussières, on peut limiter la dispersion de matières contaminantes dans les véhicules, dans les hôpitaux, ainsi que dans les centres d'accueil extra hospitalier. Les véhicules devront être décontaminés et subir un nouveau contrôle de la décontamination avant toute autre utilisation.

21. De même, les victimes ayant quitté les lieux par leurs propres moyens et se présentant spontanément dans des hôpitaux non ciblés seront réorientées, si l'urgence ne l'interdit pas, vers **les hôpitaux ciblés ou les centres d'accueil extra-hospitaliers.**

### 3.3. - Moyens et 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
- 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.

En fonction des délais d'alerte, d'acheminement et de mise en œuvre de leurs équipements, les moyens nationaux définis dans le plan PIRATOME <sup>12</sup> devront être en mesure d'assurer l'appui et la relève des moyens territoriaux engagés dans les différentes opérations de secours, en particulier pour la décontamination. A cet effet, ces moyens sont mis en alerte via le centre opérationnel de gestion interministérielle des crises (COGIC) dès que l'événement est connu et les mesures sont prises pour assurer sans délais leur acheminement. La mise en alerte et l'engagement des moyens des armées sont effectués par le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO), saisi par le COGIC. La mise en alerte et l'engagement des moyens de la Gendarmerie (cellule et sous-groupement opérationnel NRBC (SGO NRBC)) sont effectués par le Centre opérationnel de la gendarmerie (COGEND) saisi par les échelons territoriaux de la gendarmerie<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> 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).

<sup>13</sup> Le COGEND informe le COGIC de l'engagement de la cellule NRBC.

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

Ces actions sont rappelées pour mémoire.

### 4.1. – Déclencher, si nécessaire, le plan Piratome départemental

Dès qu'il a connaissance d'un événement impliquant la diffusion d'un produit radioactif, dont la nature malveillante est vraisemblable, le préfet déclenche le plan PIRATOME départemental qui définit les modalités concrètes d'intervention et de secours en cas d'attentat de cette nature.<sup>15</sup>

### 4.2. - Alerter, sans délai, les moyens de secours zonaux et nationaux

Le préfet de zone prend toutes les mesures pour rassembler les moyens NRBC de sa zone, civils et militaires, via l'état-major de zone et, via le COGIC, les moyens de renfort nationaux, ainsi que les experts et les laboratoires. Le préfet de département se fait préciser 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 dans celui des moyens nationaux prépositionnés à l'occasion d'événements particuliers ;
- **d'en assurer la relève**, dans le cas des moyens zonaux ou nationaux à pied d'œuvre en deux heures ou plus.

Au niveau zonal, le préfet de zone a pour interlocuteurs :

- 1) l'officier général de zone de défense pour la mise en œuvre des moyens NRBC des armées , et
- 2) le Général commandant la région de Gendarmerie pour la mise en œuvre de la cellule et du SGO NRBC.

Le Préfet met également en alerte les hôpitaux référents et les hôpitaux ciblés, fait ouvrir les centres d'accueil extra-hospitaliers, et en informe les services.

### 4.3. - Prendre les 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 (il s'agit, dans ce cas précis, d'une mise à l'abri par confinement). Des consignes sont également données au public pour éviter de s'approcher des zones concernées.

---

<sup>15</sup> Le déclenchement du plan départemental n'exclut pas que les plans zonaux et/ou nationaux soient mis en œuvre.



## **5. - MODALITES PARTICULIERES D'INTERVENTION DES SERVICES DE POLICE ET DES FORCES DE GENDARMERIE**

Coordonnées par le **Commandant 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 attentat par diffusion d'un produit radioactif. Elles contribuent notamment à neutraliser les terroristes qui pourraient se trouver sur place, à boucler la zone et à diffuser l'alerte d'urgence en matière de mise à l'abri (il s'agit, dans ce cas précis, d'une mise à l'abri par confinement). Elles peuvent également mener des actions d'investigation afin d'identifier et de rechercher les personnes s'étant trouvées à proximité de la zone dangereuse.

**Une bonne coordination du COS avec le COPG doit permettre au DOS d'évaluer l'impact des mesures de protection des populations. 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 PC du COS et du COPG.**

Agissant contre le trouble à l'ordre public ainsi créé, sous l'autorité 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 précise au COPG ou à son représentant les actions à mener au profit des secours, notamment les limites des zones à contrôler ainsi que les instructions qui doivent être données au public**, notamment afin d'orienter les personnes ayant été en contact avec le danger 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...). Les services de police et les forces de gendarmerie feront valoir auprès des personnes à canaliser 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 sont **dotés des équipements individuels spécifiques de protection et de dosimétrie**.

Les services de police et les forces de gendarmerie 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 radiologique 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 contribuent à renseigner les autorités sur les événements et leurs conséquences, dans le domaine qui relève 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**

Positionnées, en règle générale, en zone de soutien ou en zone contrôlée, elles doivent assurer des missions de sécurité publique :

- bouclage de la zone,
- inspections des lieux pour éviter l'effet d'une « deuxième bombe »,

- neutralisation d'éventuels terroristes,
- canalisation des flux humains vers les points de rassemblement des victimes,
- mise à l'abri (il s'agit, dans ce cas précis, d'une mise à l'abri par confinement) et/ou évacuation raisonnée,
- enregistrement des coordonnées des personnes présentes,
- maintien et rétablissement de l'ordre,
- régulation routière pour éviter engorgements et accidents liés à la panique,
- préparation de zones de stationnement et d'atterrissage d'hélicoptères,
- préparation de 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,
- prévention du phénomène de panique,
- préservation des traces et indices,
- gestion et canalisation des médias.

**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).

## 6. – GESTION DES VICTIMES SUR LES LIEUX DE L'ÉVÉNEMENT (voir annexe 5)

### 6.1 En zone d'exclusion

Dans un premier temps, **une équipe de reconnaissance en tenue de protection adaptée** s'engage dans la zone d'exclusion sous la responsabilité du COS.

**Elle est, si possible, accompagnée d'un médecin.**

**Les objectifs prioritaires sont:**

- évaluer la situation pour déterminer les moyens à engager,
- évaluer le nombre de victimes,
- apprécier l'état clinique des victimes et les degrés de gravité,
- extraire les victimes de la zone d'exclusion et les conduire au(x) PRV.

### 6.2 En zone contrôlée

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...), afin de leur expliquer le déroulement des opérations.

#### 6.2.1 - Regroupement et catégorisation

##### a) Regroupement

Regroupement au(x) **PRV**, de toutes les personnes présentes dans la zone d'exclusion:

- la population valide et autonome y est regroupée sur consignes verbales précises,
- la population blessée est prise en charge par une noria de relevage.

##### b) Catégorisation

Contrairement au cas de l'attentat chimique, ici l'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique. Le tri se fait par conséquent selon l'état médical de la victime en fonction des effets mécaniques de l'attentat et non en fonction du niveau de contamination.

Les blessés (UA et UR) sont séparés des personnes impliquées (PI). Les trois catégories de victimes sont donc définies comme suit :

- les urgences absolues (UA) sont les blessés les plus graves répartis en deux sous-catégories :
  - . avec détresse vitale<sup>16</sup>
  - . sans détresse vitale
- les urgences relatives (UR) sont moins gravement blessées
- les personnes impliquées (PI) sont des personnes non blessées, mais suspectées de contamination, qui étaient présentes sur le lieu de l'attentat ou à proximité.

La catégorisation est évolutive en fonction de l'état de la victime.

Leur individualisation peut se faire par l'attache à un membre, d'un bracelet de couleur (de type bracelet de **Catégorisation** et d'**Identification des Victimes Impliquées dans les Catastrophes (CIVIC)**)

<sup>16</sup> Les UA avec détresse vitale sont aussi appelées « Extrêmes urgences » (EU) ; les UA sans détresse vitale « Premières urgences » (U1).

donnant une indication sur le degré d'urgence d'évacuation des victimes vers les structures d'accueil adaptées.

## 6.2.2- Gestes médicaux de base et devenir des victimes

### 1- Gestes médicaux de base

Ils sont effectués au PRV et varient en fonction de la catégorisation des victimes.

Ils peuvent comprendre, si nécessaire, des soins aux blessés (oxygénation, pose d'une attelle, bandages...), et la protection des voies aériennes supérieures des victimes (par des demi-masques faciaux de type FFP3 à usage unique) afin de limiter la contamination interne.

### 2- Devenir des victimes et décontamination

#### **a) Organisation (annexes 5, 8, 9, 10)**

Des chaînes de décontamination seront mises en place : un ou des circuits seront destinés aux personnes portées sur des civières (UA<sup>17</sup> et UR ne pouvant se déplacer), et un ou des circuits seront destinés aux personnes autonomes (PI et UR pouvant se déplacer).

**Rappel : Les UA présentant une détresse vitale** sont évacuées en l'état, sans décontamination, en prenant soin d'éviter tout risque de transfert de contamination (technique de la double enveloppe...). Elles sont systématiquement transportées vers un hôpital ciblé (spécialisé NRBC, préalablement déterminé et mis en alerte par le SAMU).

**Les UA sans détresse vitale et les UR** bénéficient d'une décontamination externe, (avec de l'eau<sup>18</sup> : douches, douchettes...) avant d'être transportées vers le ou les PMA (soins médicaux, chélation<sup>19</sup> éventuelle...), puis vers un hôpital ciblé si possible. Ces UA sont prioritaires sur les UR et les PI.

**Les personnes impliquées (PI)** bénéficient d'une décontamination externe, dans la zone contrôlée ou, en cas d'afflux massif, dans des centres d'accueil extra-hospitaliers pouvant assurer une décontamination. Ces centres permettront ainsi de limiter l'afflux des victimes dans les chaînes de décontamination et dans les hôpitaux. Dans ce derniers cas, elles seront transportées dans des véhicules qui seront alors désormais considérés comme contaminés.

**Les personnels de secours éventuellement blessés et/ou contaminés** sont traités comme les autres victimes, en prenant soin de les distinguer des autres victimes (en les regroupant entre eux éventuellement).

<sup>17</sup> Il s'agit ici des UA sans détresse vitale ; les UA avec détresse vitale ont été transportées vers l'hôpital sans décontamination préalable.

<sup>18</sup> Dans la mesure du possible, et dans un second temps, les eaux usées ayant servi à la décontamination devront être récupérées dans des citernes ou dans les capacités de rétention du réseau public, et traitées. A ce titre, le service de traitements des eaux usées devra être prévenu.

<sup>19</sup> Pour rappel, en principe, on n'administre un chélateur (substance permettant l'évacuation des matières radioactives par les voies naturelles) que dans une zone non contaminée.

<sup>19</sup> Si après deux passages à la douche de décontamination, le contrôle révèle encore une contamination, la personne est quand même évacuée vers le PMA car la contamination externe résiduelle, après deux décontaminations, est fixée et ne présente plus aucun risque.

## **b) Opérations de décontamination**

Les opérations suivantes de décontamination seront successivement effectuées :

- déshabillage et stockage des effets personnels dans un sac étanche et identifié ;
- contrôle de la contamination si possible ;
- douche pour les personnes autonomes, et douchette pour les personnes portées sur des civières ;
- séchage (préalable au contrôle de la décontamination) ;
- contrôle de la décontamination obligatoire ;
  - . si le contrôle est négatif, les personnes sont rhabillées (avec des tenues non contaminées : vêtements à usage unique, draps ...),
  - . si le contrôle est positif, les victimes sont douchées à nouveau, et re-contrôlées<sup>19</sup> avant rhabillage.

### **6.3. – En zone de soutien**

#### **6.3.1. - Le (les) Poste médical avancé (PMA)**

Un ou plusieurs PMA sont mis en place dès que possible (voir annexe 5).

**Ce (ou ces) PMA sera (seront) positionnés en aval des chaînes de décontamination.**

L'équipe médicale effectue une réévaluation de l'état de la victime, une catégorisation du degré d'urgence pour l'évacuation, et une mise en condition médicale (soins, prélèvements biologiques...). Les traitements visant à limiter les conséquences de la contamination interne (insolubilisation, chélation, saturation d'organes-cibles...voir annexe 14) seront adaptés selon la voie autorisée par l'état clinique du blessé.

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

#### **6.3.2 – Le point de répartition des évacuations (PRE)**

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

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) pourra être présente à toutes les étapes en dehors des zones de danger.

**D'une façon plus générale, toutes les personnes ayant quitté la zone d'exclusion, qu'elles soient indemnes ou non, doivent être recensées.**

---

**Répartition souhaitable des missions sanitaires entre les services (en fonction des personnels et de l'équipement disponibles) :**

**1. En zone d'exclusion : avec protection adaptée**

- éléments de reconnaissance: l'équipe de reconnaissance et un médecin si possible sapeur-pompier ;
- relevage : personnels sapeurs-pompiers, renforts de sécurité civile en tant que de besoin.

**2. En zone contrôlée : avec protection adaptée**

- en amont de la décontamination : personnels sapeurs-pompiers et SMUR (\*), renforts de sécurité en tant que de besoin (police, gendarmerie...);
- module de décontamination : personnels sapeurs-pompiers et renforts de la sécurité civile en tant que de besoin.

**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 (\*\*).

---

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

(\*\*) En portant attention à la proximité de la chaîne de décontamination et au risque inhérent aux variations de la météo.

## 7. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE (annexes 11 à 13)

### 7.1 Principes d'organisation : les hôpitaux référents

Une organisation a été mise en place au niveau des sept zones de défense concernant notamment le risque radiologique.

Dans ce cadre, il a été désigné dans chaque zone de défense un (ou plusieurs) **établissement de santé de référence**, agissant en étroite collaboration avec le SAMU (cf. annexe 13).

La mission de ces hôpitaux référents est de coordonner au niveau zonal l'application des recommandations nationales. Ils 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 NRBC.

La mission de ces établissements est précisée dans la circulaire du ministère chargé de la santé relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes.

### 7.2. Rôle des établissements hospitaliers

Dans le cadre de ce schéma d'organisation, **dans chaque département, devront être désignés un ou plusieurs hôpitaux à l'entrée desquels sera prévue la mise en place, en cas d'attentat, d'un moyen de décontamination** (douche de campagne ou autre) et où seront adressées prioritairement les personnes n'ayant pu être prises en charge sur les lieux de l'attentat.

Ces hôpitaux, dits « **établissements ciblés pour le risque radiologique** », doivent disposer en permanence de moyens adaptés à cette mission, ainsi que de moyens de protection des personnels des services d'urgence (cf. annexe 11).

**Cependant tout établissement de santé (ES) peut être concerné** et doit donc être en mesure de s'organiser pour faire face à un afflux massif de victimes, éventuellement contaminées ou contaminantes.

Les établissements ciblés pour le risque radiologique devront donc, en collaboration avec les SAMU territorialement compétents, diffuser des recommandations communes à tous les ES et qui devront préciser :

- l'organisation spécifique à mettre en place au niveau de l'accueil permettant l'isolement des victimes (séparation des urgences classiques, circuits spécifiques) ;
- les modalités de mise en place d'une décontamination précoce : réquisition éventuelle de douches publiques de la localité, utilisation des douches de l'établissement même, utilisation des moyens hydrauliques des sapeurs-pompiers...
- les moyens de protection du personnel.

## **8. ORGANISATION DES CENTRES D'ACCUEIL EXTRAHOSPITALIERS – PROTECTION ET INFORMATION DES POPULATIONS**

### **8.1. – Organisation de centres d'accueil extrahospitaliers.**

Dans le but de ne pas engorger le (ou les) PMA et les hôpitaux, des centres d'accueil extrahospitaliers sont choisis avec pour mission essentielle l'accueil des personnes impliquées (c'est à dire ne présentant aucune lésion médicale) présentes sur les lieux ou à proximité des lieux de danger.

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

Le choix de ces centres d'accueil (installations sportives, hôtelières...) devra être **planifié, dans le Plan PIRATOME départemental, sous la responsabilité du préfet du département.**

Ces centres seront planifiés dans des lieux équipés de douches. Il faudra prévoir des personnels médicaux ou paramédicaux, compétents si possible en radioprotection.

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

### **8.2. Prise en charge des personnes impliquées**

Dans ces centres d'accueil extra-hospitaliers, la prise en charge des impliqués doit se dérouler chronologiquement comme suit :

- accueil des victimes contaminées ou susceptibles de l'être ;
- déshabillage, décontamination, contrôle de la décontamination, 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).

Lorsque cela sera possible, des examens complémentaires (par anthropogammamétrie et/ou prélèvements biologiques) seront réalisés afin d'authentifier une contamination interne et la quantifier. **Cette éventualité ne constitue cependant pas une urgence.**

Les victimes pourront être également prises en charge par une CUMP.

### **8.3 Information des populations**

Afin de pouvoir identifier les impliqués qui auraient pu se trouver à proximité de l'attentat et qui auraient fui, 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 radiologique et qui ne se trouve pas encore dans un établissement de soins doit être



alertée le plus rapidement possible. Pour cela, tous les moyens d'information doivent être utilisés et notamment :

- les moyens dont dispose la direction de la défense et de la sécurité civiles,
- les médias audiovisuels.

Le message doit diffuser des conseils particuliers (chez soi : déshabillage, mise en sac des vêtements, douche), et inciter la population susceptible d'avoir été en contact avec l'agent contaminant, à se rendre au plus vite vers le (ou les) centre(s) d'accueil désigné(s).

Fait à Paris, le

Le Ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales

La Ministre de la défense

Le Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées