PROTECTION DE LA POPULATION EN SITUATION DE CONFLITS ARMÉS.

CIRSSA DOUAI : MC BUGZEL JM

20 Nov. 2008

Pr. MM DEMINATTI

ENVIRONNEMENTS physiques, chimiques, biologiques, économiques, sociaux,…

Une Population Humaine

Conflits aux frontières: invasion, occupation, bombardement,….

Conflits internes: dénominations variables (guerre civile, révolution, terrorismes,…).

Conflits extérieurs: dénominations variables: (commerce, migration, colonisation, pacification, sécurité,…)

Population émigrante: diaspora, colonisation,…

Population immigrante: forcée, volontaire,….

… leurs actions sur son évolution.

Les conflits armés

Les motifs du conflit

Idéologiques,
Économiques,…

Les objectifs réels du conflit: conquête, défense, pacification, ….

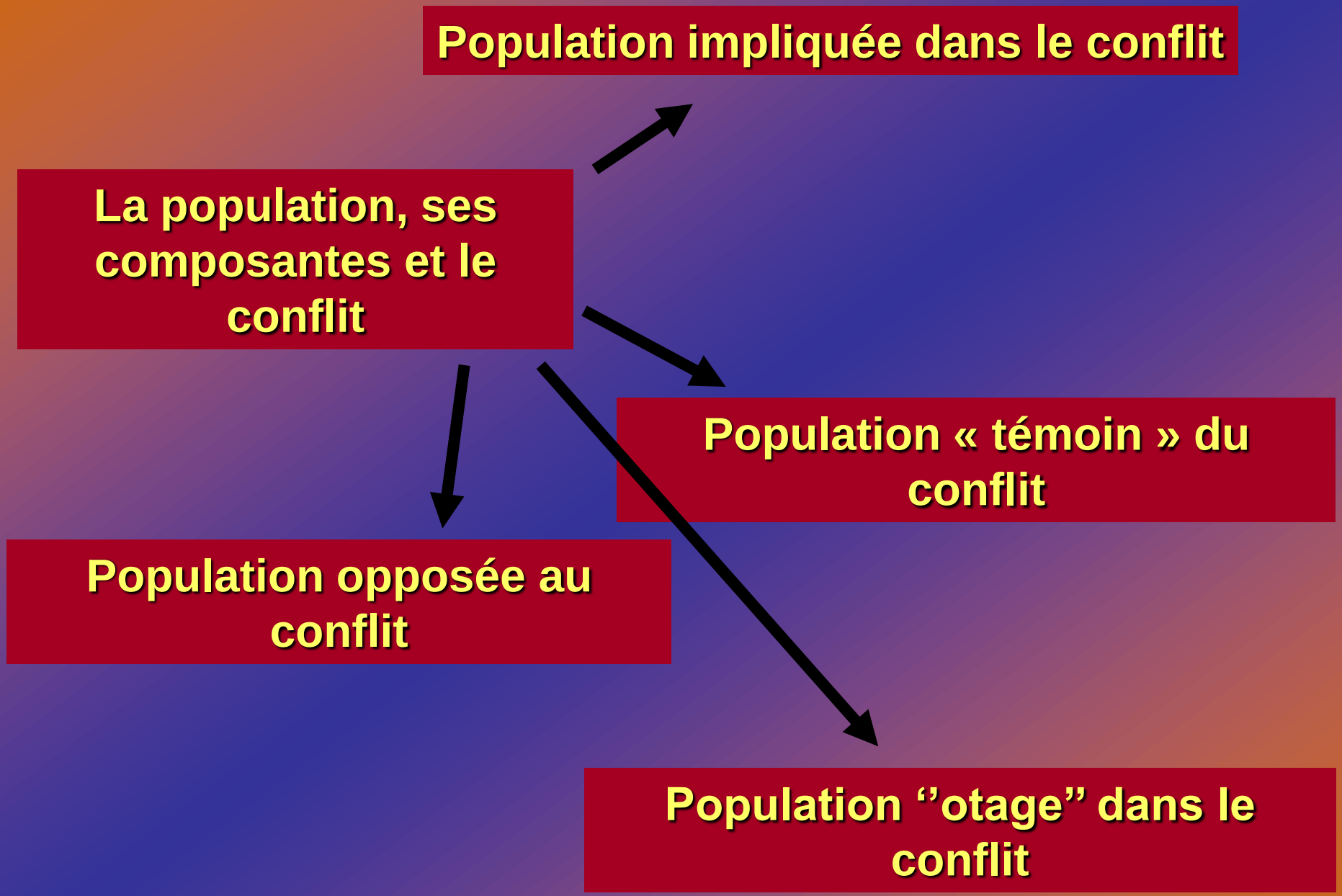
Le nombre d'adversaires

- Action directe frontale guerre symétrique
- Action indirecte guerre asymétrique

Les armes, vecteurs utilisés: armes conventionnelles ou non, …

Rapports géographiques entre le conflit et la population

- Sur son territoire
- Sur territoire neutre
- Sur territoire ami
- Sur territoire adverse


Population impliquée dans le conflit
La population, ses composantes et le conflit
Population « témoin » du conflit
Population opposée au conflit
Population ‘’otage’’ dans le conflit

Protection de la population et les conflits armés.

Zone de combat : urbaine, suburbaine, rurale,…

Zone de passage: stationnement, occupation, avance ou retrait : des unités combattantes; des réfugiés alliés ou adverses.

Zone de bombardement: air, terre, mer.

Protection: sédentarisation, évacuation.

Actes terroristes.

Non protection: élimination.

Les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et les effets immédiats et/ou tardifs des moyens utilisés sur les personnes et les matériels:

Effets physiques: mécaniques,…

Effets relationnels, comportementaux, sociaux,…

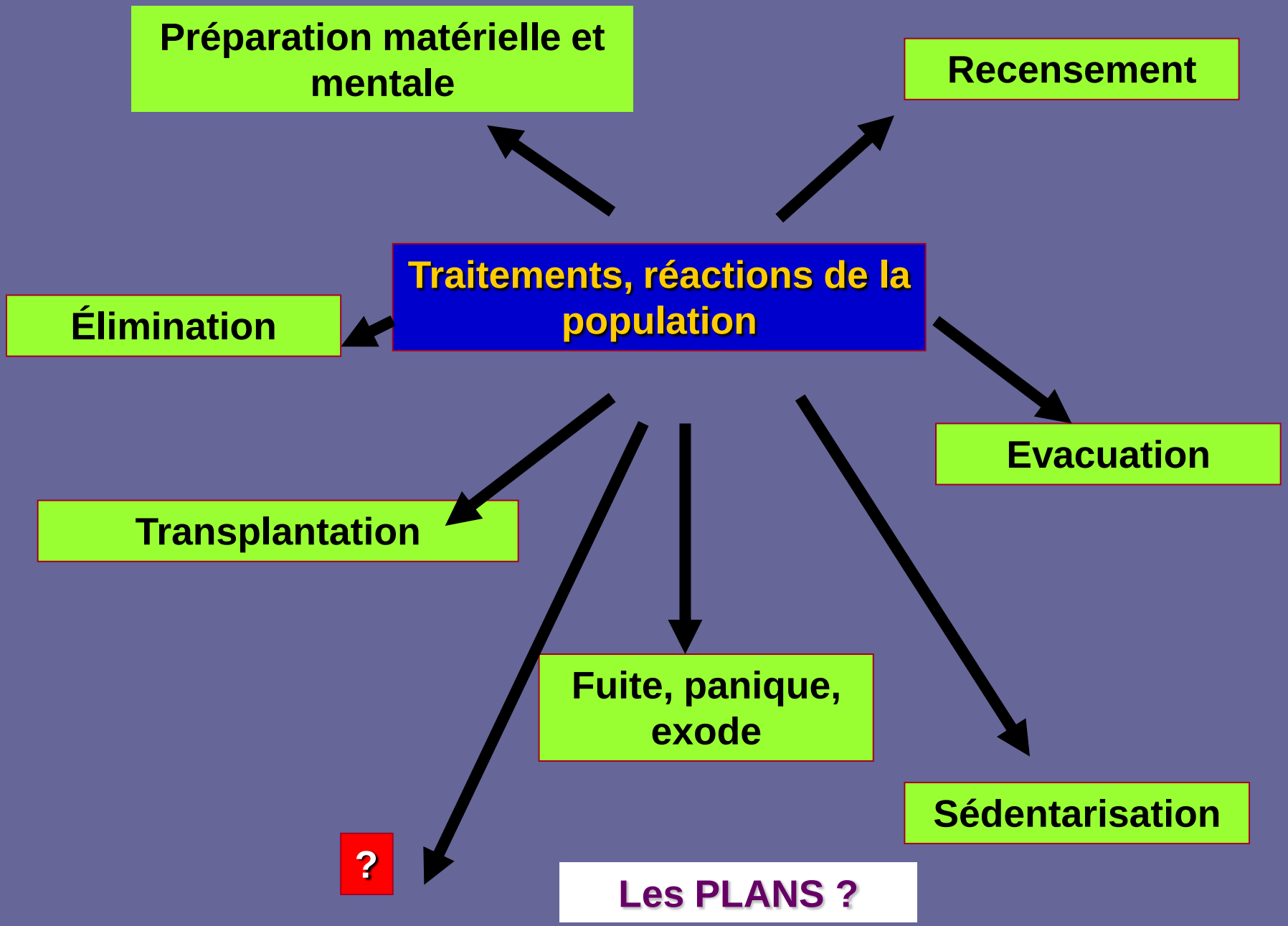
Effets chimiques sur l'air, l'eau,…

Effets biologiques immédiats, tardifs, locaux, généraux, spécifiques, non spécifiques: mort, blessures, nutrition, épidémies,…

Succession Concomitance Durée Extension Rétroaction Évolution Extinction.

Inscription dans la mémoire individuelle et collective.

La marge des prévisions: les plans de Prévention et de Traitement.


Préparation matérielle et mentale
Recensement
Traitements, réactions de la population
Élimination
Evacuation
Transplantation
Fuite, panique, exode
Sédentarisation
?
Les PLANS ?

Avant, pendant, après l'action armée: protéger, évacuer, les habitants du Territoire.

Les nationaux

Les étrangers accueillis, les transmigrants

Sur le territoire national: exe: 22 juin 1940; juillet 1962.

Sur territoire étranger: exe: Kolwezi (Zaïre-1978), Côte d'Ivoire…

Assurer les besoins élémentaires de la Population,… maintenir l'activité économique.

Les leçons du proche passé et du présent…

De 1900 à 1987:

170.000.000 civils tués

70.000.000 pour des « raisons étatiques »

100.000.000: conflits internationaux

35.000.000 soldats tués

Premier massacre historique: 59 hommes, femmes, enfants: Soudan (10.000-12.000 ans av.è.c.): 40% silex dans les os.

Dernière hécatombe de 75.000 civils en qqs heures: 9 août 1945 à Nagasaki: explosion nucléaire: Fat Man- Plutonium 239 # 15 kt TNT

in Le massacre, objet d'histoire. Sous la direction de David El Kenz. Éditions Gallimard. 2005.p.9, 8, www.p.508.

Fin août 1939: distribution des masques à gaz et …

1er septembre 1939: invasion de la Pologne par les armées allemandes……et soviétiques.

2 - 3 septembre1939: évacuation de la population frontalière (villages … et Strasbourg) sur une largeur d'environ 5 à 8 km. Évacuation primaire: 48 heures Évacuation totale: 3 semaines.

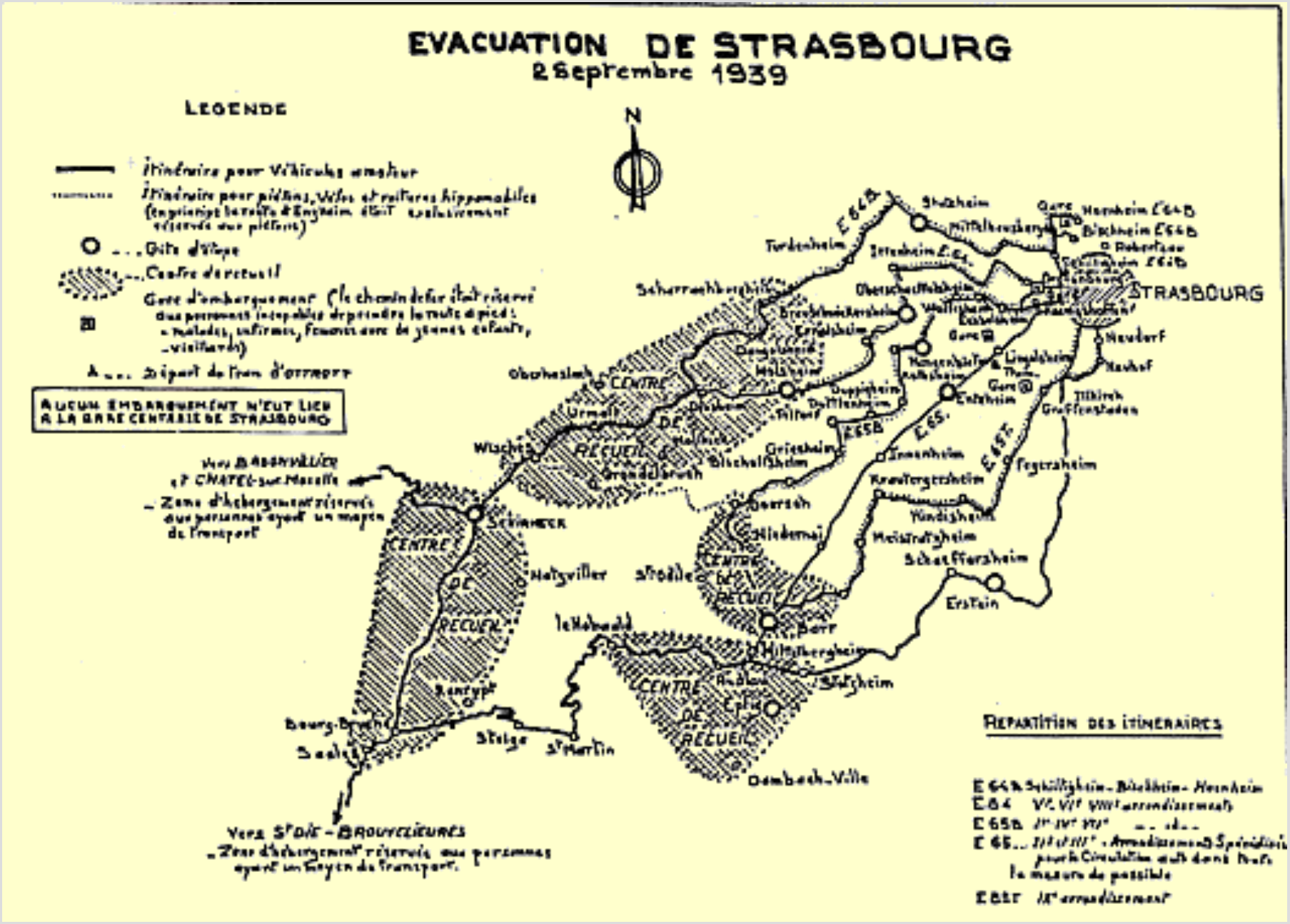
3 septembre 1939: déclaration franco-anglaise de guerre au IIIème Reich.

Moselle: 227.000 personnes sur 696.000 habitants: 214 communes.

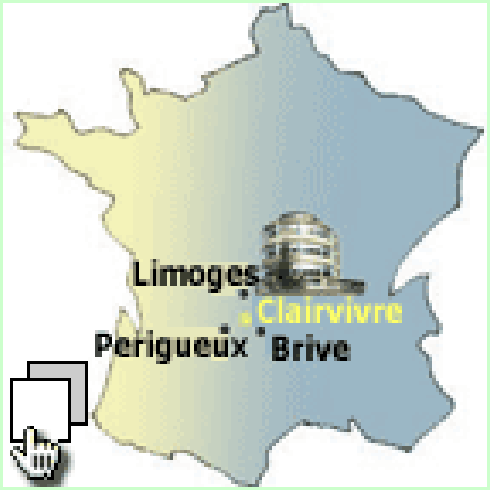
Alsace: 374.000 personnes sur 1.219.000 habitants: 281 communes.

Gares: Metz, Saverne, Colmar (mais pas Strasbourg sauf..): 300 trains.

L'Université de Strasbourg (dont 500 étudiants et professeurs allemands) est évacuée sur Clermont-Ferrand : Faculté de Théologie, Faculté de Médecine, … Les Hospices Civils de Strasbourg sont évacués sur Clairvivre (Dordogne) .



in L'homme et les catastrophes. Medecin-Colonel G. Delaubre. éditionsS.P.E.I.,14, rue Drouot, Paris IX.p.345.



CLAIRVIVRE, première cité sanitaire française, a été créée entre 1930 et 1933, par la Fédération Nationale des Blessés du Poumon et Chirurgicaux (F.N.B.P.C.) A partir de 1966, la S.M.B.P. créa un Centre d'Aide par le Travail de quelques places, destiné à accueillir des personnes handicapées adultes et à leur fournir une activité salariée ainsi qu'un hébergement et des soins que nécessitait leur état. Progressivement, le Centre de Rééducation Professionnelle et le Centre d'Aide par le Travail s'agrandirent au détriment du sanatorium, pour accueillir des personnes handicapées physiques de toute nature.

En 1939 et 1940, les Hospices Civils de STRASBOURG et des réfugiés Alsaciens-Lorrains se repliaient sur CLAIRVIVRE, qu'ils quittèrent début 1945.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE DROIT ET DES SCIENCES POLITIQUES

Clermont-Fd
~~STRASBOURG~~ le 17 Octobre 1943

Le Secrétaire de la Faculté de Droit

à Mademoiselle Jacqueline Levi

Avenue de la Gare à Culan(Cher)

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en date de ce jour, la commission spéciale de la Faculté de Droit de Strasbourg a décidé de vous admettre au "numerus clausus" pour l'année scolaire 1943/1944. Vous pouvez donc vous inscrire dès maintenant, et jusqu'au 15 Novembre inclus.

Veuillez agréer, Mademoiselle, l'expression de mes sentiments distingués.

M. Bolas

In Histoire de la Résistance de l'Université Française de Strasbourg à Clermont-Ferrand. Jacqueline Bromberger. Ministère des Anciens Combattats.Délégation à la Mémoire et à l'Information Historique. 37 rue de Bellechasse. 75007 Paris. Prix Littéraire de la Résistance 1993.

Selon la zone géographique: Les types de population du 2 septembre1939 au 10 mai 1940

Les autochtones

Les réquisitionnés

Les réfugiés volontaires

Les vacanciers, etc…

Les besoins d'une population ne correspondent pas à la somme des besoins individuels.

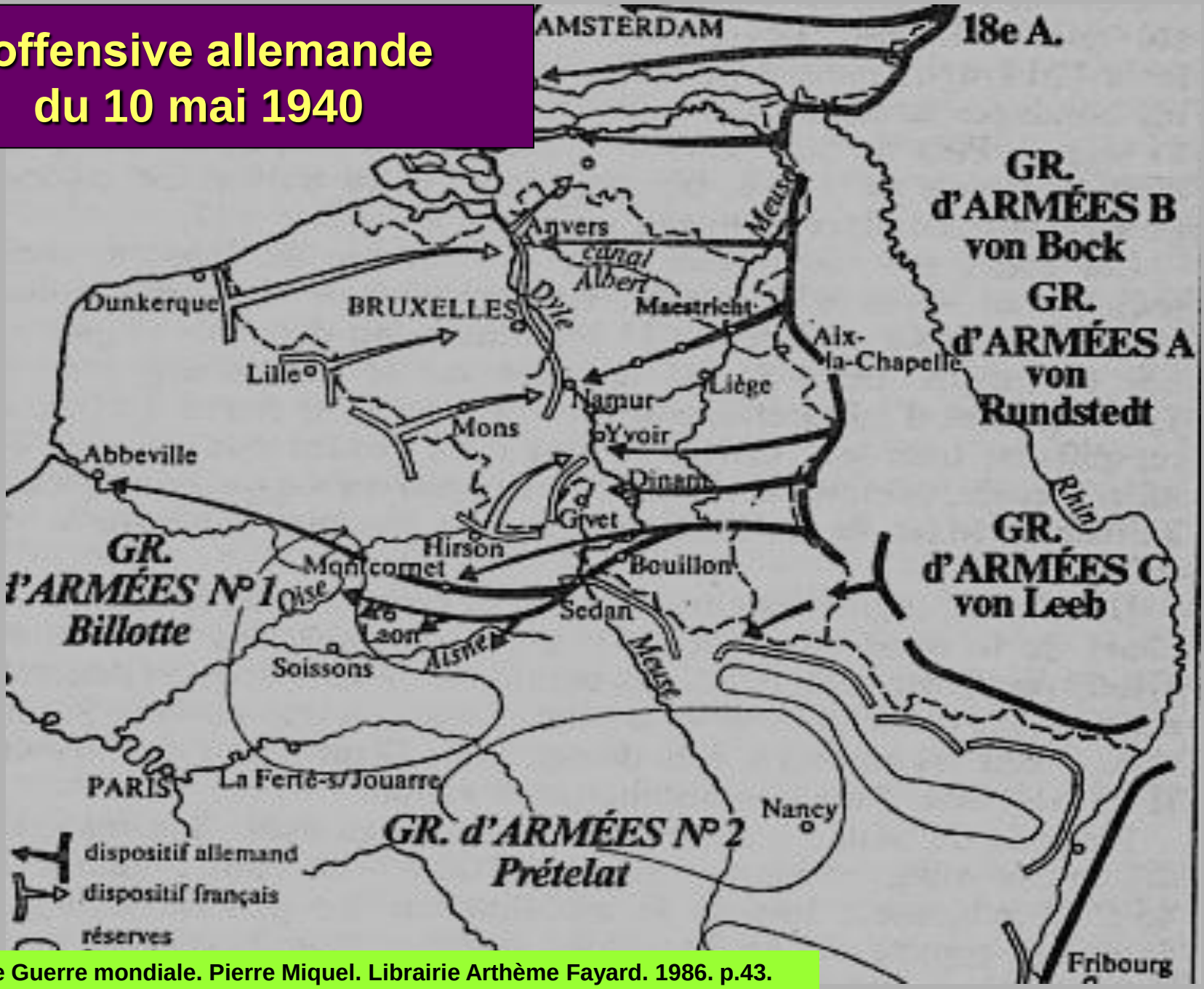
Les évacués deviennent des réfugiés sédentaires

Accueil des réfugiés: femmes, enfants, hommes non mobilisés, vieillards, malades,…

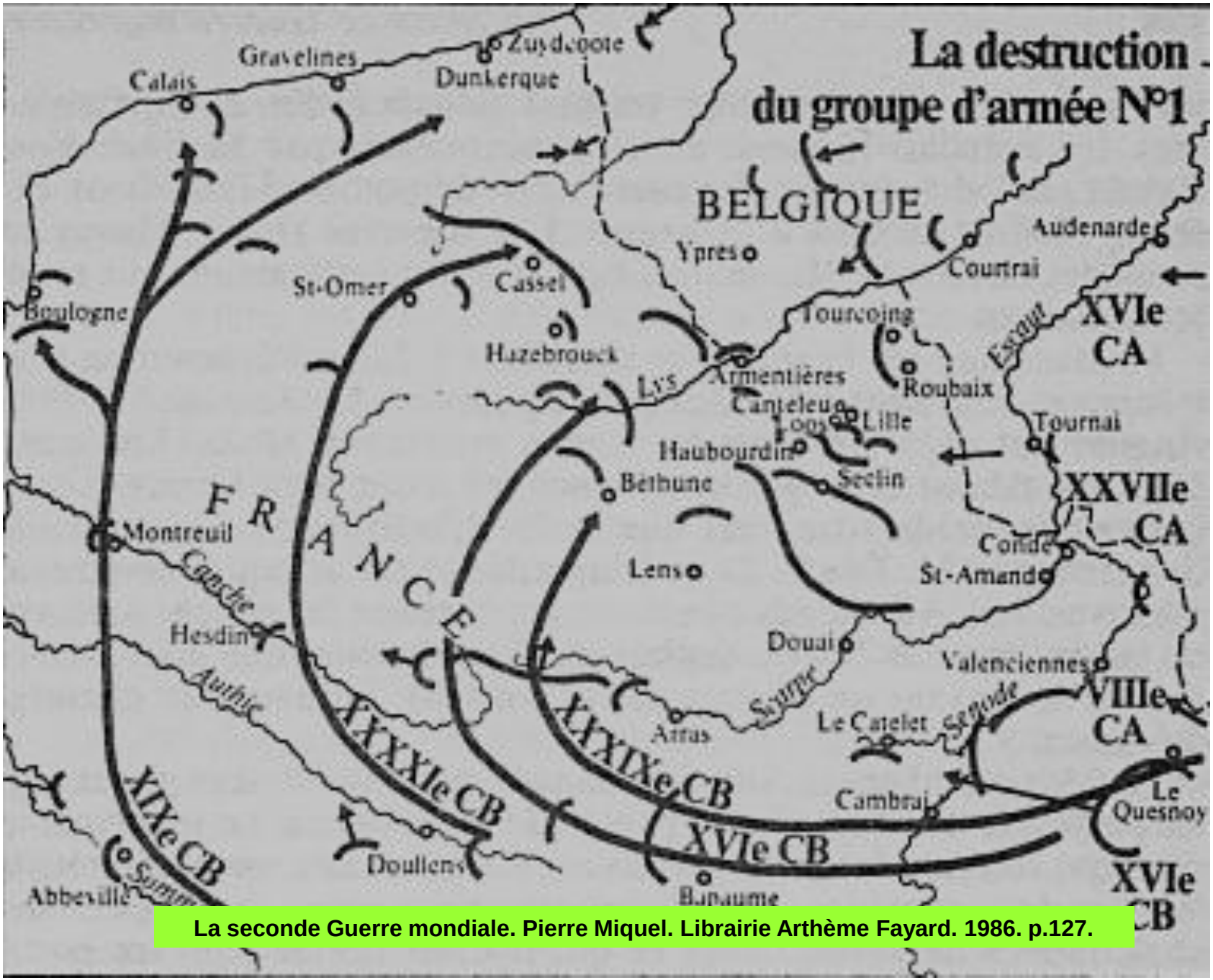
Logements, nourriture, école, hôpital, ….

Le relationnel: langue, religion, …

L'offensive allemande du 10 mai 1940



La seconde Guerre mondiale. Pierre Miquel. Librairie Arthème Fayard. 1986. p.43.



La seconde Guerre mondiale. Pierre Miquel. Librairie Arthème Fayard. 1986. p.127.

Images de film

Images de film

Du 10 mai 1940 au 24 juin 1940:

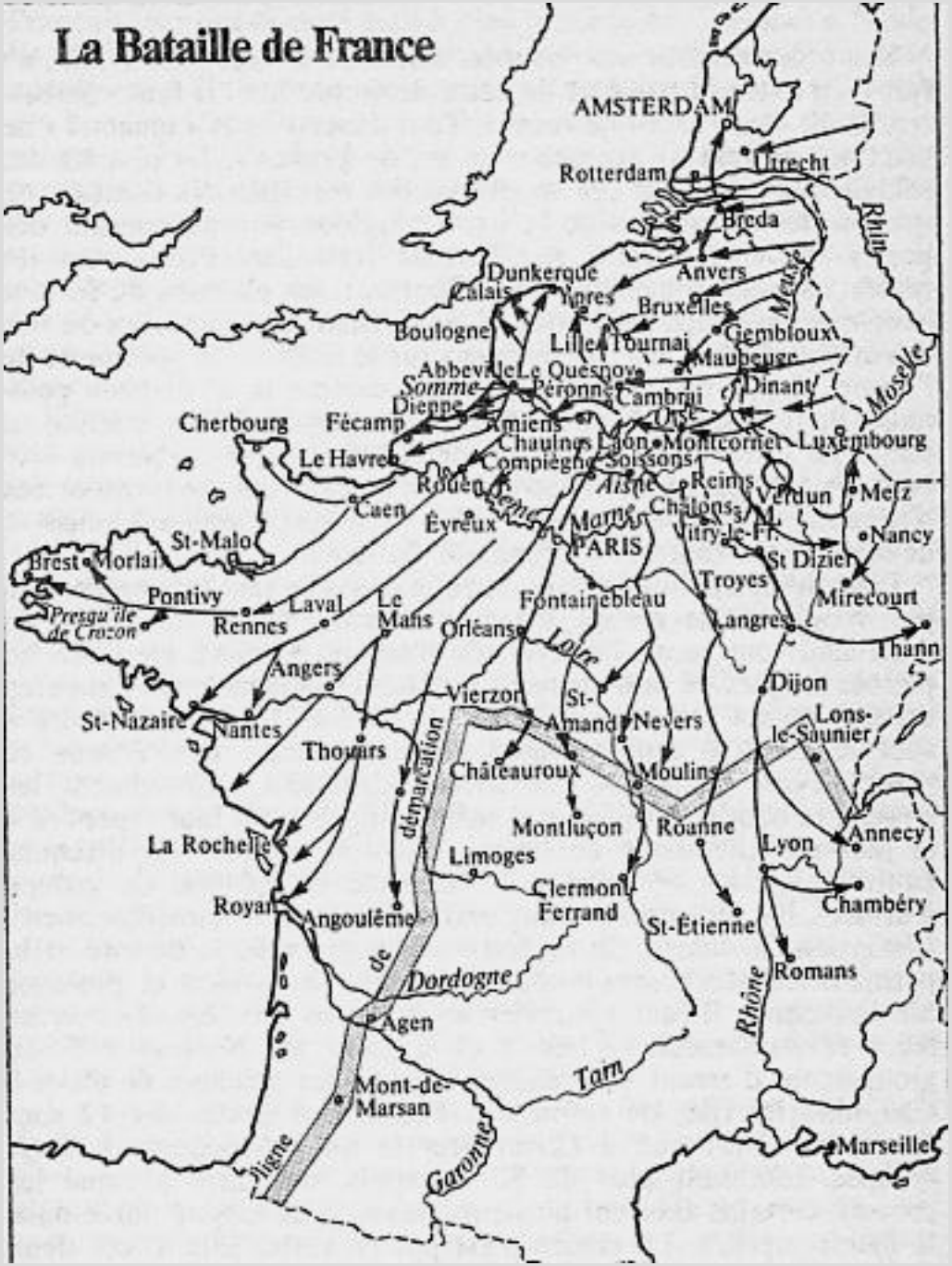
La majorité des habitants des zones de combat de Belgique, du Nord, de l'Est et du Sud-Est fuient par train, voitures automobiles, hippomobiles,… à pied, et deviennent des réfugiés « volontaires ».

Panique: protection des siens et de biens (parfois intransportables sur 5 kms).

Pas d'organisation, ni soutien logistique prévu et prévisible.

Pas de leader, pas de lynchage, mais…

Hôpital d'Orsay: 14 juin 1940: 7 hospitalisés de 84 à 94 ans sont intransportables: Sédol, Morphine. (*in* La vie des Français sous l'occupation. Henri Amouroux. Librairie Arthème Fayard. 1961.p.31-33)



<u>22 juin 1940</u>: armistice franco-allemand.

<u>24 juin 1940</u>: armistice franco-italien.

100.000 combattants tués

1.800.000 prisonniers

La seconde Guerre mondiale. Pierre Miquel. Librairie Arthème Fayard. 1986. p.139.

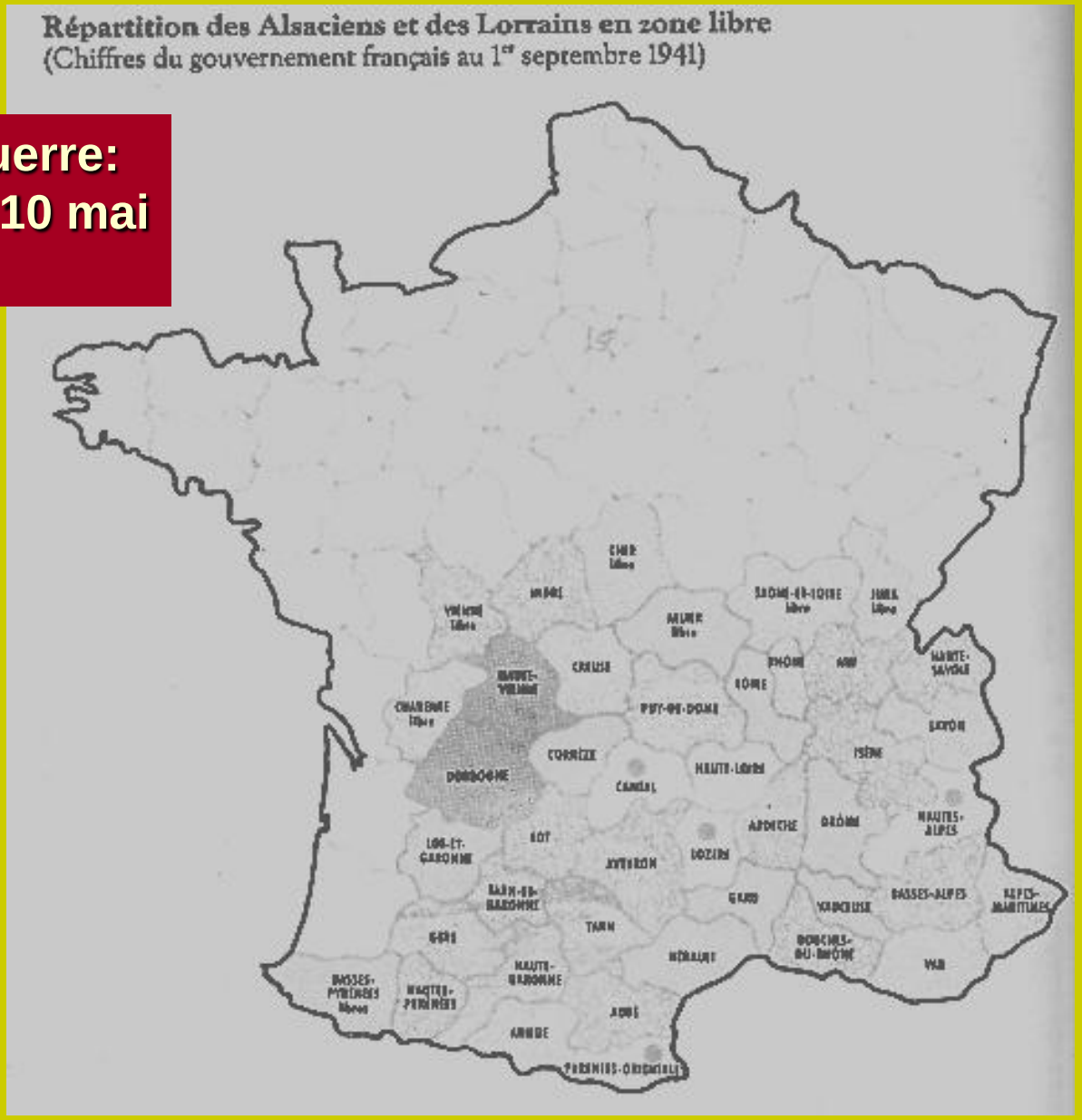
Les Alsaciens et les Mosellans: de septembre 1939 à 195…

- *2/3 septembre 1939* : Évacuation primaire des frontaliers.

- *fin mai, début juin 1940* : Mouvement de fuite limité numériquement et géographiquement des non évacués. Retour rapide.

- *22 juin 1940* : **armistice** : le statut des 3 départements n'est pas défini.

Après la « drôle » de guerre: du 3 septembre 1939 au 10 mai 1940



La tragédie des Malgré-nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

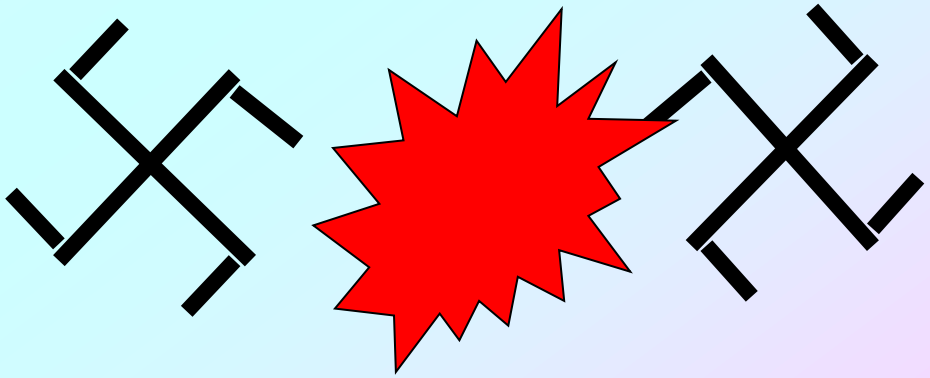
- *juillet/août 1940* : Retour de la majorité des évacués de 1939. L'Université et les Hôpitaux Civils de Strasbourg ne « rentrent » pas.

En gare de Strasbourg, discours aux réfugiés de retour au pays de Hermann Bickler, autonomiste alsacien lié au parti National-Socialiste. Au fond, sur la banderole: « Strasbourg allemand vous souhaite la bienvenue » (document allemand).

La tragédie des Malgré-Nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

- *<u>septembre/décembre1940</u>*:
Expulsion des indésirables:
45.000 en Alsace; 50.000 en Moselle.

Germanisation puis Nazification de la population.



CARTE D'IDENTITÉ

(Sans Spécification. Décret du 22-2-1922)

Enregistré en Mairie à Stahlheim *sous le n°* 1089

Nom DEMINATTI

Prénoms Don Pascal

Profession Magazin-Arbeiter

Nationalité Franzose

Né le 4 April 1897

à Sartène (KORSIKA)

Domicile Stahlheim, Goeringstrasse

SIGNALEMENT : *Taille* 1m70 *Cheveux* braun

Bouche gewöhnlich *Yeux* schwarz

Visage oval *Teint* mat

Signes particuliers : Keine

Pièces justificatives ou Témoins

Stahlheim, le 13 August 194

Der Bürgermeister:

Signature du Titulaire

Cachet de la Mairie

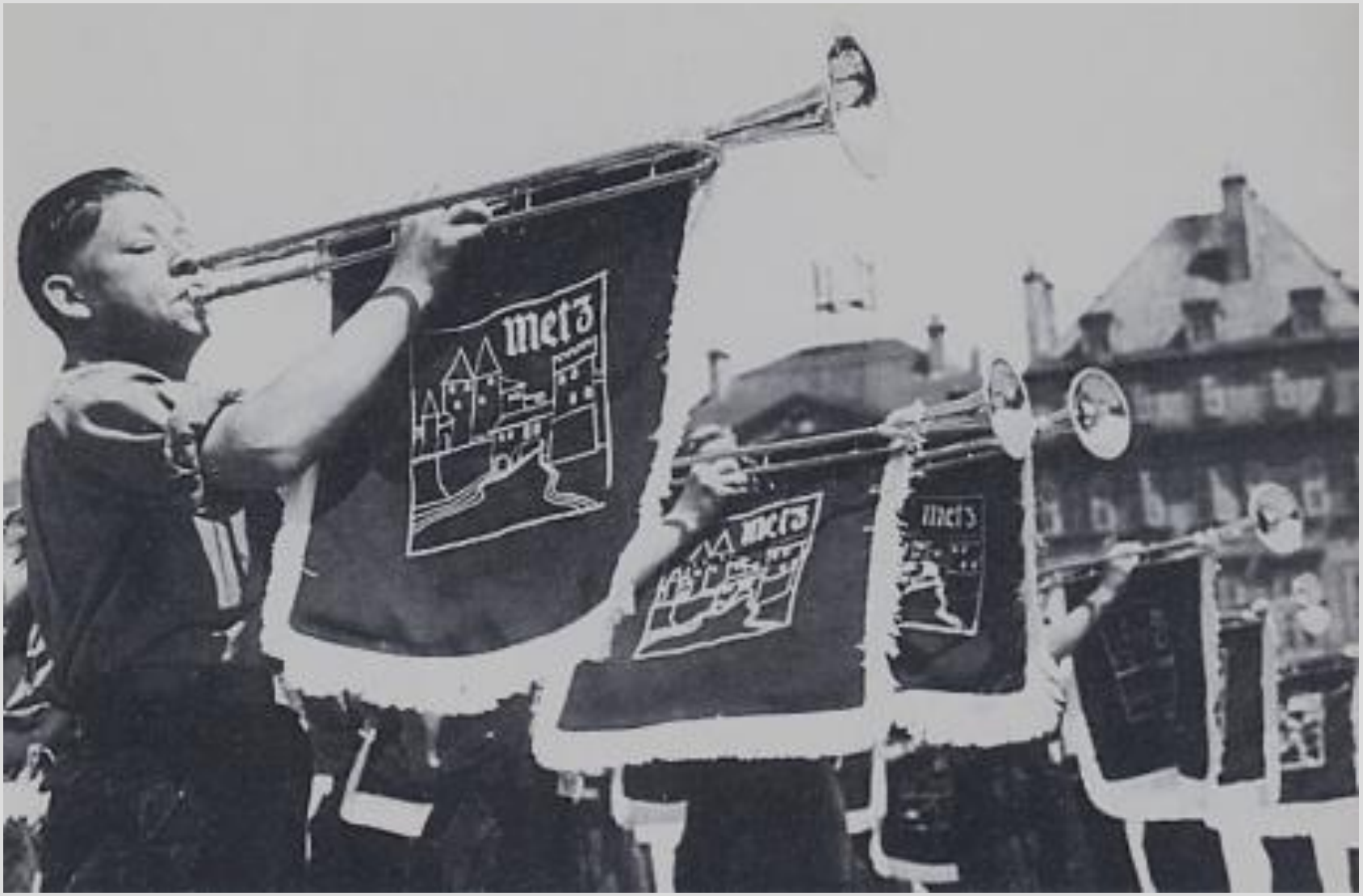
« Qui parle français trahit les soldats allemands »

Manifestation dans Metz occupée : "Qui parle français trahit le soldat allemand" (© photo Paul de Busson).

La tragédie des Malgré-Nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

« Maintenant entrons aussi, nous Alsaciens, avec…dans le combat européen de la Liberté contre la Ploutocratie et le Bolchevisme »

La tragédie des Malgré-nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.



Metz occupée. La Hitlerjugend participe à de grands rassemblements à la gloire du régime. (photo Paul de Busson).

La tragédie des Malgré-Nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

24 août 1942: incorporation dans la Wehrmacht: 130.000

Les Malgré - Nous

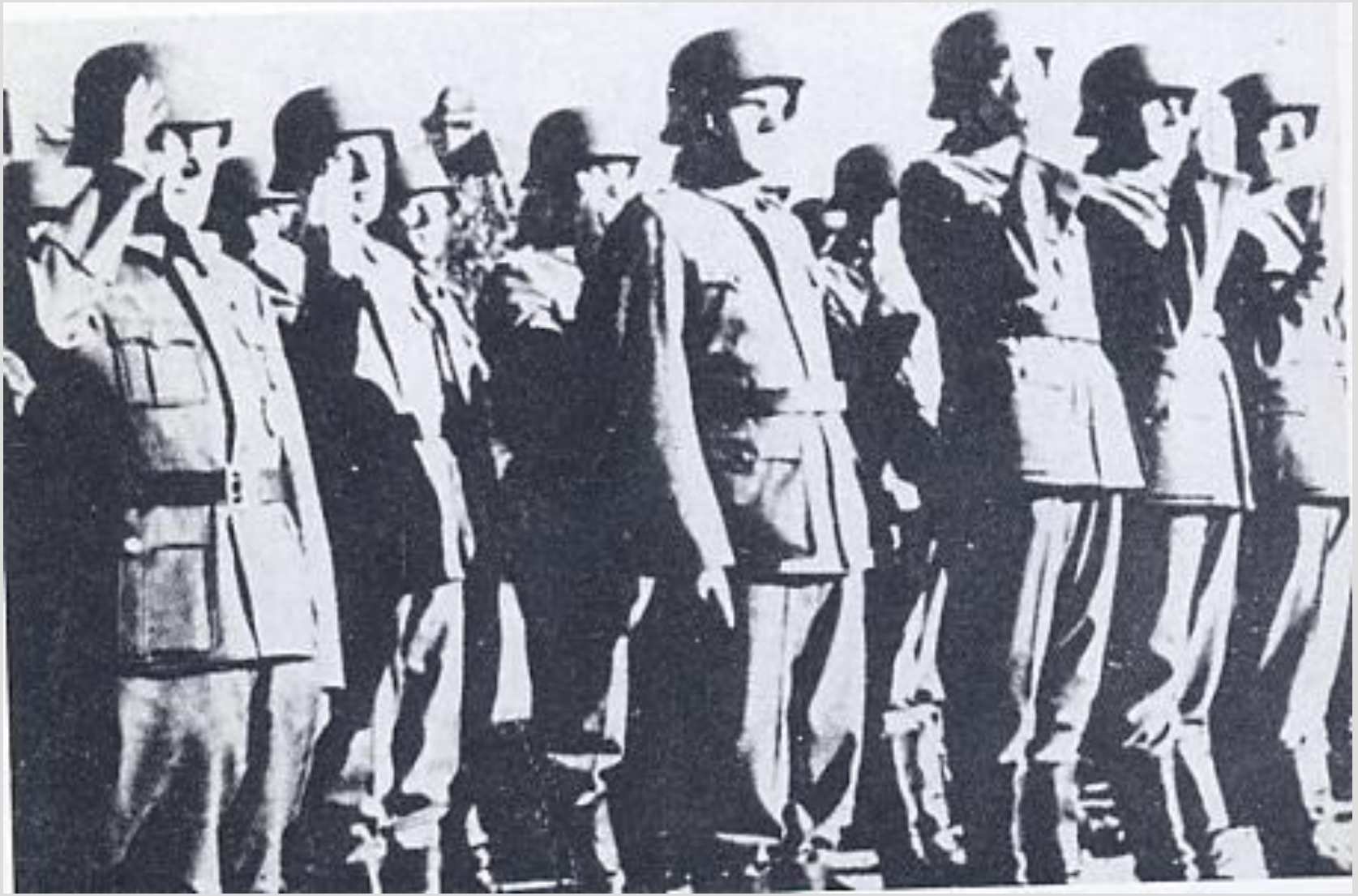
40.000 tués: front russe, camps soviétiques.

Évasions, Désertions, Résistances.

Transplantations de familles:
12.393 transplantés en Allemagne.

La tragédie des Malgré-Nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

Alsace: des recrues du RAD (Reichsarbeitsdienst) défilent, portant une pelle, symbole du travail (document allemand). À partir du 24 août 1942.



1943: prestation de serment avant le départ pour le front russe. Un incorporé de force, Fernand Gsell, de Kintzheim, manifeste son refus.

La tragédie des Malgré-Nous. Pierre Rigoulot. Éditions Denoël, 1990.

L’histoire patronymique d’un messin

1870: naissance de Guillaume Lagarde

1871: Baptême de Wilhelm Wache

Décembre1918: Monsieur Guillaume Vache est ouvrier français.

Juillet 1940: Herr Wilhelm Kuh est un retraité allemand.

Juin 1945: enterrement de Monsieur Guillaume Kuh

Bombardements

Shock

Vecteurs

Brûlures

Syndrome des Ensevelis: Crush sydrome, Bywaters syndrome, rhabdomyolyse. Memento de chirurgie de Guerre. Ora éditions. Paris. 1984.p.243.

Blast injury Memento de chirurgie de Guerre. Ora éditions. Paris. 1984.p.231.

Hémorragies

Fractures ouvertes

Hygiène…

Alimentation

La peur et la honte d'avoir eu peur !!!

Les morts

Les bombardements aériens alliés: 60.000 morts, 75.000 blessés.

Le Havre 1939 - 1945

89 pompiers

> 1.000 alertes - 152 bombardements – > 5.000 morts.

Service d'Aide aux Sinistrés:
118 personnes; 12 guichets.

Défense passive: dont 6 équipes, chacune 2 maçons, 2 couvreurs, 2 serruriers, 2 terrassiers, 2 ouvriers à bois.

Le tunnel Jenner: Conseil Municipal en 1941: construction d'un tunnel-abri pour 16.000 personnes debout ou 2.475 couchées.

L'exode de 18 heures et ''le train des trouillards'' (6 juin 1944: 1.060ème alerte depuis le 10 mai 1940).

18 août 1944: Opposition de la population du Havre et des villes côtières aux propositions d'évacuation: sur 95.000 Havrais, 35.332 retraits de la fiche d'évacuation.

5 septembre 1944, 18 heures, la partie aménagée du tunnel Jenner contient 6 à 7.000 personnes. Dans la partie non étayée interdite, 326 personnes ont trouvé refuge. Une bombe sur l'entrée du tunnel provoque l'effondrement de la partie non étayée. 7 septembre 1944: les premiers morts sont évacués.

Ville bombardée: incendies, destructions, cratères, inondations, pillages, eaux (potable-usée), gaz, électricité,…les blessés, les morts.

In La vie des Français sous l'Occupation. H. Amouroux. Librairie Arthème Fayard. 1061. p.349- 379.

in Quand les Alliés bombardaient la France 1940-1945. E. Florentin. Éditions Perrin. 1997. Collection Tempus 2008. p.589-592, 608.

La vue, l'ouie

Les morts intacts ou broyés, désarticulés, avec des plaies, etc… mais visibles

Les blessés conscients ou non, avec plaies saignantes, les gémissements, les cris, les appels, etc…

Les blessés légers

Les siens, les autres…

Le désordre: matériel, humain, etc…

Fréquences des lésions

combattants

58% à 60% plaies par éclats: obus, bombes, grenades.

16% à 30% blessures par balles selon combat défensif ou offensif

1% armes blanches

12% à 23% autres causes

Selon les zones corporelles:

Membres inférieurs: 36% (2% vasculaires, 1% nerfs)

Membres supérieurs: 26%

Tête: 20% (cou 10%)

Thorax: 11%

Abdomen: 6%

20% poly blessés

In Diaporama ''Chaîne Santé'' n° 24.

NANTES: septembre 1943: deux bombardements alliés.

population

16/09/43: 1.854 blessés dont 665 chirurgicaux.

50% blessures des membres, en majorité fractures ouvertes, écrasement, amputation.

15% traumatismes crâniens

Peu de fractures de la colonne vertébrale

Les deux bombardements:16 et 23/09/43: 1.400 morts, 2.300 blessés.

Fuite organisée de 100.000 Nantais sur 200.000.

Quand les Alliés bombardaient la France 1940-1945. E. Florentin. Éditions Perrin. 1997. Collection Tempus 2008.p.249-258

MARSEILLE: décembre 1943: (640.000 habitants): 1 bombardement: 6.095 blessés, 4.728 morts: 35% blessés aux membres inférieurs; 31% blessés crâniens.

In La vie des Français sous l'Occupation. H. Amouroux. Librairie Arthème Fayard. 1061. p.356.

Les bombardements alliés 1940/45 sur la France: 67.078 civils tués.

Quand les Alliés bombardaient la France 1940-1945. E. Florentin. Éditions Perrin. 1997. Collection Tempus 2008.p.615.

***Soir du 6 juin 1944*: Débarquement réussi des Alliés sur des plages de Normandie (11.000 morts et blessés, 200.000 soldats, percée du front allemand sur 50 km).**

Tulle (Corrèze): 7 juin 1944

''Une offensive des FTP, le matin du *7 juin 1944*, poursuit plusieurs objectifs : « désarmer, et si possible, anéantir la garnison allemande ; désarmer les Gardes Mobiles et s'approprier leurs armes et véhicules ; rendre inoffensifs la Milice et les collaborateurs connus ».

Vers 13 h 30, les Allemands profitent du retrait partiel des maquisards sur les hauteurs et reprennent le contrôle de la gare, dans laquelle ils découvrent les gardes-voies, porteurs d'un brassard blanc, signe distinctif de leur fonction, mais semblable à celui des FTP.

Les troupes allemandes tuent les dix-huit gardes-voies, l'arrivée d'éléments de la *Das Reich* contraint les maquisards à évacuer la ville.

Le *9 juin 1944*, après avoir raflé les hommes de seize à soixante ans, les SS et des membres du Sipo-SD vouent 120 habitants de Tulle à la pendaison, dont 99 sont suppliciés. 149 hommes sont déportés à Dachau, où 101 mourront.

Au total, 213 victimes civiles à Tulle. ''

Service interministériel de protection contre les événements de guerre (S.I.P.E.G.)

Pompiers

La Défense Passive : 20.000 permanents; 400.000 intermittents

Adultes non mobilisés ou mobilisables réquisitionnés ou volontaires: pas de formation spéciale, casque Adrian, masque à gaz, lampe, sifflet, chef d'îlot, etc…Recensement, conseils pour les mesures de protection: sac de terre, bassines avec terre et pelles, etc… Enseignement. Abri-Cave.

Croix Rouge

Secours national

Autres

1962: plus de 1.500.000 nationaux sont « rapatriés » des anciens départements d'Algérie.

In Les Harkis: oubliés de l'histoire. Le Monde 2 n°241. Supplément n°19804. dossier coordonné par Pierre Jullien. p.61-69.

in L'année du terrorisme 2006: Défense & Sécurité Internationale. Hors Série. N°spécial 01: 2006. G.Chaliand. Terrorisme jihadiste & Guerilla. P.14-15.

New York: 11 sept. 2001

25 ans de terrorisme

1974: *Drugstore St-Germain* (2 morts, 34 blessés)

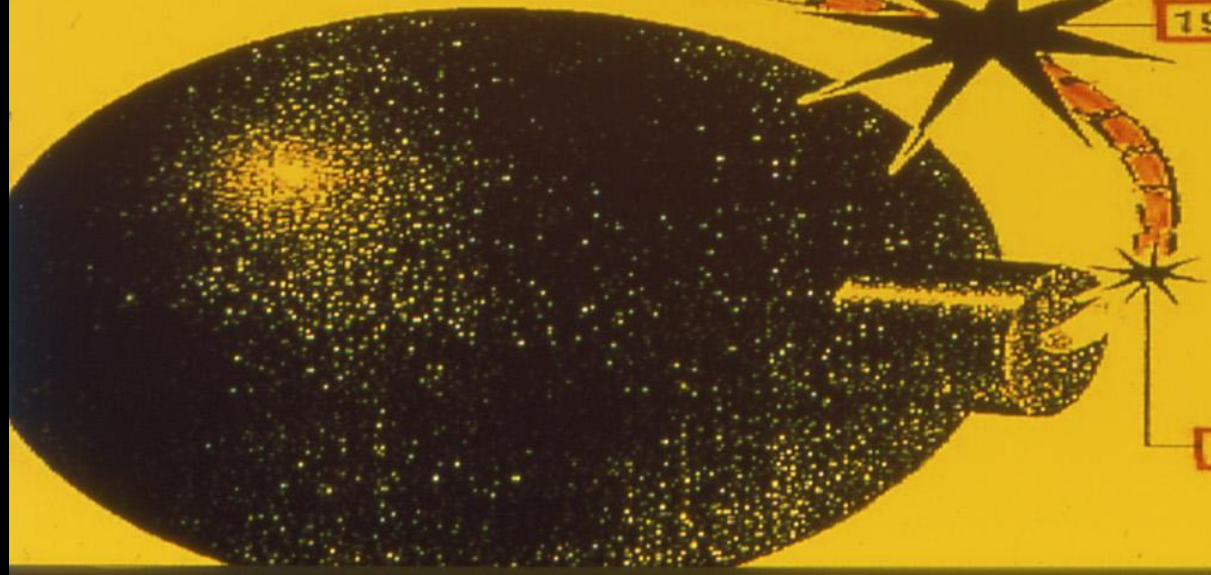
1980: *Synagogue de la rue Copernic* (4 morts, 10 blessés)

1982: *Capitole* (5 morts, 27 blessés)
Rue Marbeuf (1 mort, 63 blessés)
Rue des Rosiers (6 morts, 22 blessés)
Lycée Carnot (51 blessés)

1983: *Orly* (8 morts)
Palais des Congrès Je Marseille (1 mort, 26 blessés)
Gare St-Charles (2 morts, 34 blessés)
TGV (2 morts, 20 blessés)

1985:
Bd Haussmann (35 blessés)

1986: *Galerie PointShow* (2 morts, 28 blessés)
Hôtel de ville de Paris (1 mort, 18 blessés)
La Défense (41 blessés)
Pub-Renault (1 mort, 1 blessé)
Préfecture de police (1 mort, 5 blessés)
Rue de Rennes (7 morts, 51 blessés)



1995: RER St-Michel (7 morts, 60 blessés)
Etoile (17 blessés).
Ecole juive de Villeurbanne (14 blessés)
Métro Maison Blanche (13 blessés)
RER Orsay (24 blessés)

1996: RER Port Royal (4 morts, 28 blessés)

JSI

Au XXIème siècle
la diffusion des causes des conflits et leurs expressions armées sont mondiales, variées, mobiles, localisées, très violentes : terrorismes étatiques, non étatiques,…

….le XXIème siècle continuera le temps des populations impliquées … et des migrations.

Les terrorismes

Terreur: peur violente qui paralyse, effroi, frayeur.

" Ensemble d'actes de violence commis par une organisation pour créer un climat d'insécurité ou renverser le gouvernement établi " (*in* Larousse)

Le terroriste considère qu'il est détenteur de LA VÉRITÉ et qu'il en est le bras armé.

Cette VÉRITÉ est de nature très variable: idéologique, religieuse, ethnique, éthique, identitaire,…

Les moyens humains: peu d'hommes, beaucoup de compétence, de volonté, d'imagination,…

Les moyens financiers nécessaires peu importants et de provenances très diverses.

Les moyens matériels nécessaires sont faibles: dite "arme du pauvre". son action n'est jamais frontale.

Les soutiens directs et indirects sont de forme et de nature très variées:

Les autres,

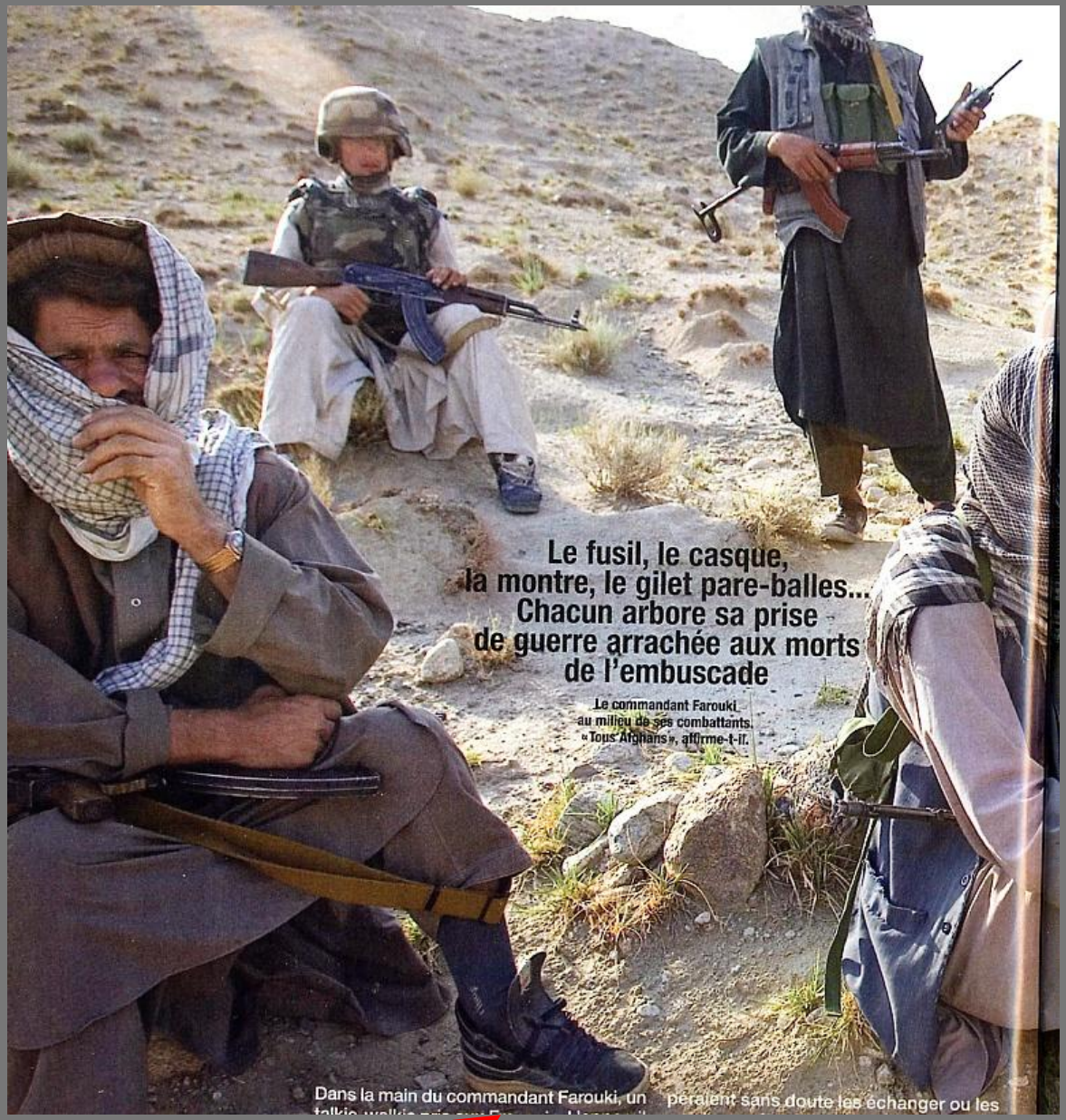
par peur, par habitude, par lassitude,… par empathie, finissent par considérer que leur société est quelque part responsable:

le terrorisme a trouvé sa litière !!!

Les médias

diffusent dans l'espace, prolongent dans le temps les violences et parfois transforment les victimes en bourreaux, les terroristes en héros, en martyrs:

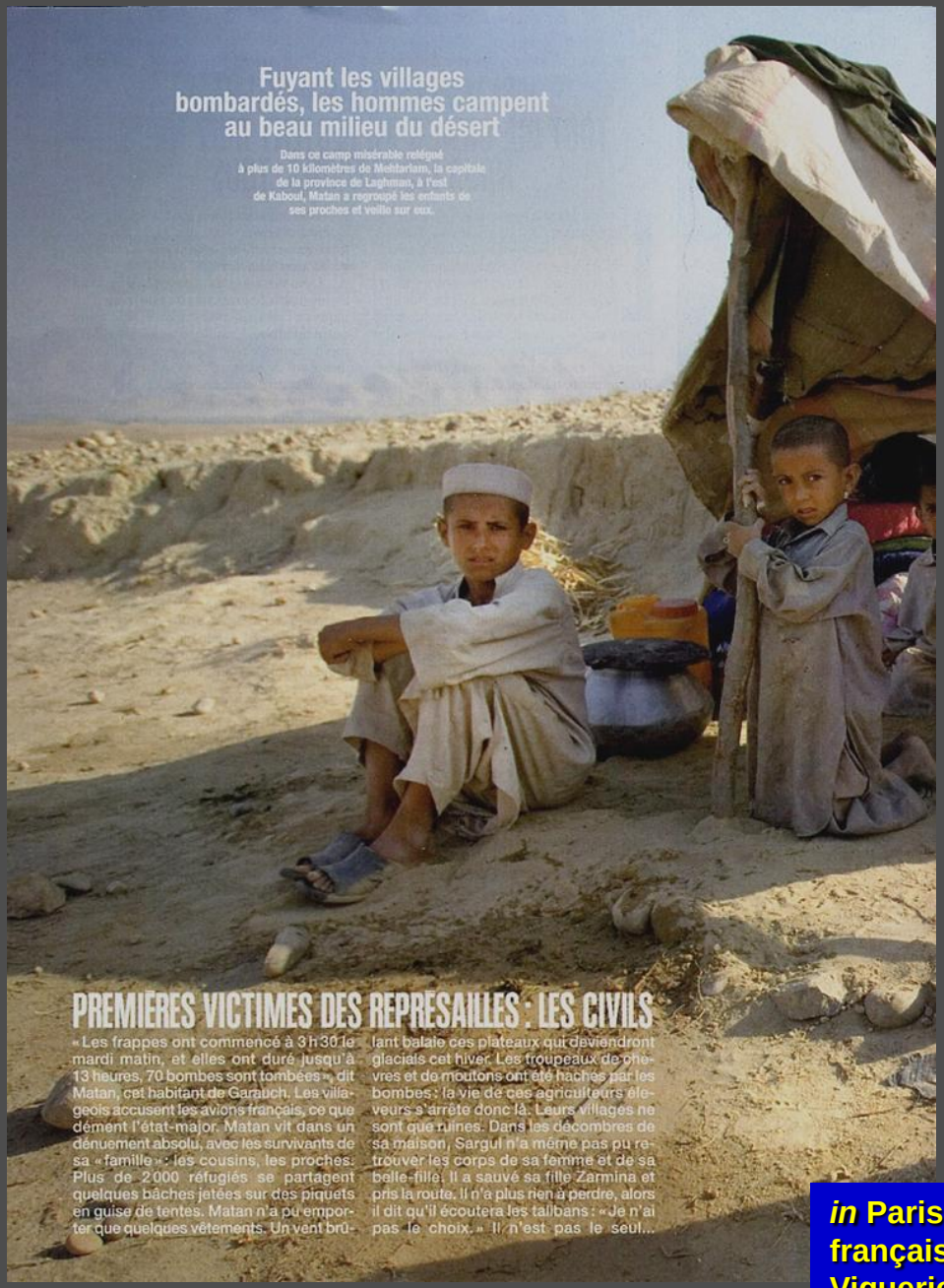
le terroriste devient un combattant !!!



ISAF: Force Internationale d'Assistance et de Sécurité (2001-…).

Afghanistan,18 août 2008: 10 soldats français tués.

***in* Paris Match. La parade des talibans avec leurs trophées français. Reportage: Eric de Lavarène et Véronique de Viguerie. p.42-51.**



Conclusion ?

***in* Paris Match. La parade des talibans avec leurs trophées français. Reportage: Eric de Lavarène et Véronique de Viguerie. p.42-51.**

Guerres asymétriques

Israël - Hezbollah

12/07/06 au 14/08/06: 33 jours

25 000 soldats israéliens

Pertes: 327 **116 morts – 211 blessés** **1, 3 % de pertes**

Durées d'attente avant le relevage et l'évacuation:

57 %: 5 heures d'attente

19 % : attente de 5 à 10 heures

24 %: attente de plus de 10 heures

Actions de commandos pour certains relevages

Renaud Girard. La guerre ratée d'Israël contre l'Hezbollah. Perrin éditions, 2006. p 19

Actualité Juive, 12 octobre 2006. p 17

Effets des conflits:

1/ Sur l'environnement physique

Selon l'intensité, la durée,.. **Comportements de l'environnement matériel**

Mobilité des structures horizontales
des structures verticales
des objets
Instabilité et destruction des structures
Visibilité réduite si poussières ou déplacements des structures ou des
Le bruit objets
Risques
- d'écrasements, etc…
- de suraccidents: feu, gaz, inondations, etc…

2/ Sur les personnes

Sur le Soi Biologique: stress, blessures, mort

Sur le Moi Mental: effroi, peur, angoisse,

Comportements des individus

3/ Sur le, les groupes

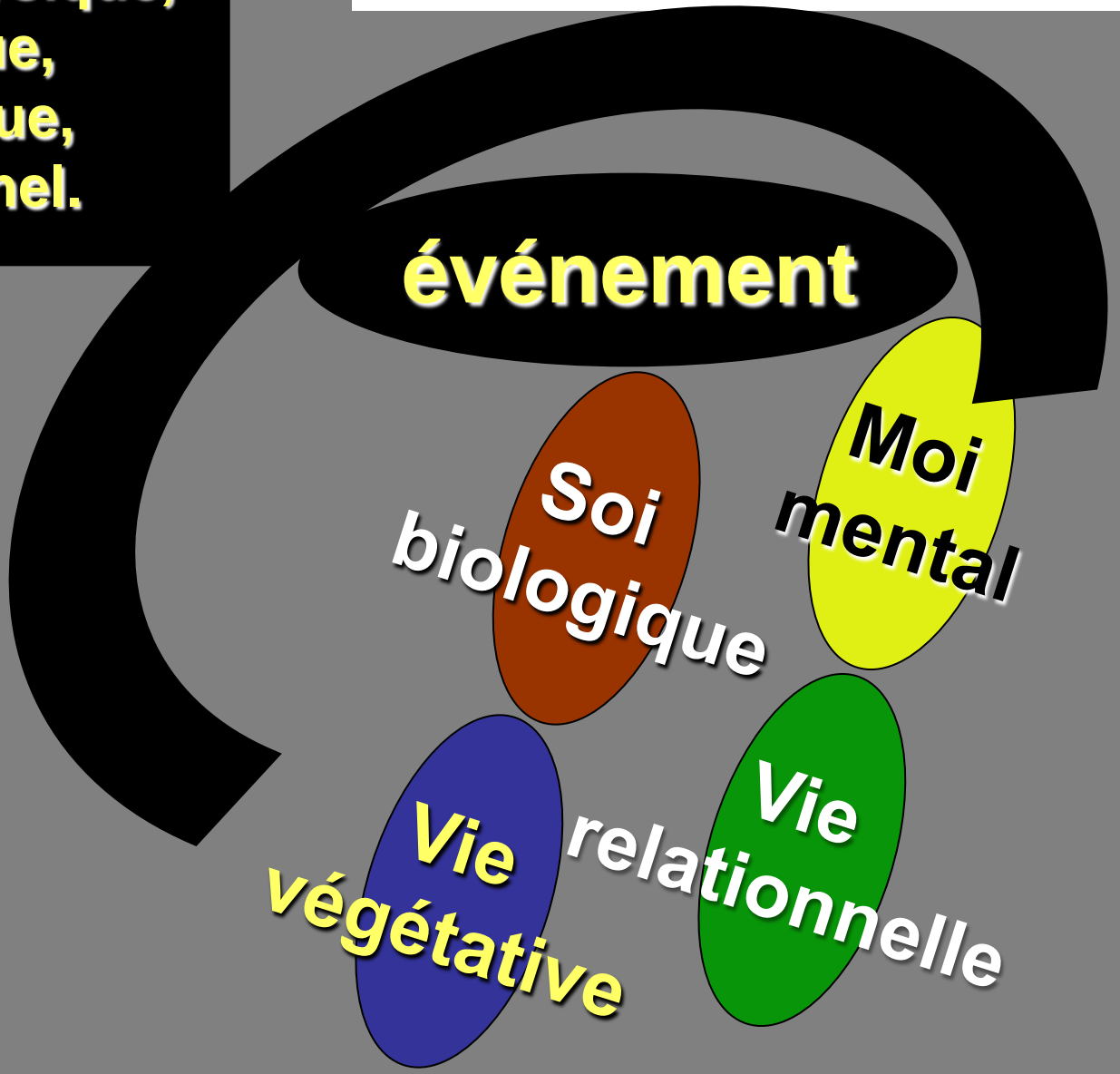
La dynamique intragroupe et intergroupe

Comportements des groupes

4/ et la Défense civile. Prévention, Traitements des Effets.

Facteur physique, chimique, biologique, relationnel.

Le badaud !! L'habitué !! L'entraîné !!



LES COMPORTEMENTS DES PERSONNES

sont **l'expression** de la **Réponse** de notre organisme par des actes, par des paroles, des mouvements, par des attitudes, par des modifications du fonctionnement viscéral (cœur, respiration, peau, etc…)

à toutes **variations** extérieures ou intérieures

perçues ou **subies**

de façon consciente ou inconsciente.

ANTÉCÉDENCES

PROJETS

CONCOMITANCES

Comportements individuels

Dans les suites immédiates de l'impact, mais d'apparition retardée possible à tout moment

Crise d'angoisse avec sensation de mort imminente: troubles neurovégétatifs + ou – intenses:

Pathologie névrotique

Décharge motrice: fuite

Agressivité

Dépression réactionnelle

Accès de sidération: sujet paralysé, tremblant,…

Conversion: crise émotive: aphonie, cécité,..

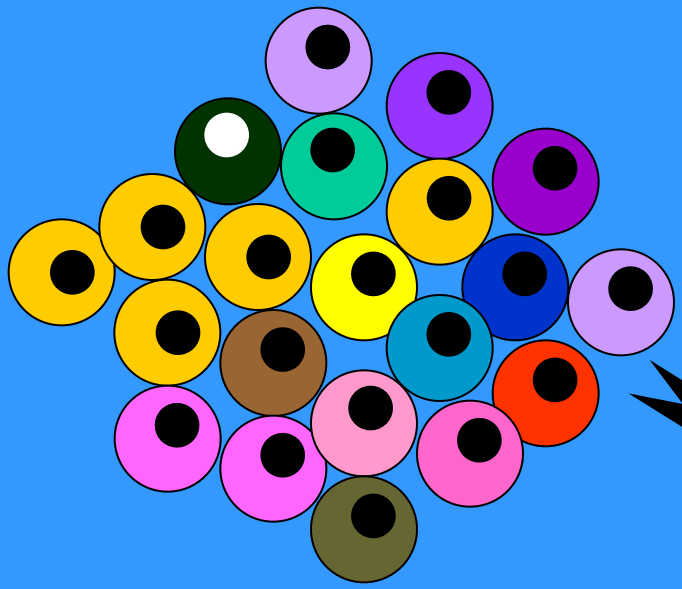
Pathologie psychotique plus rare:

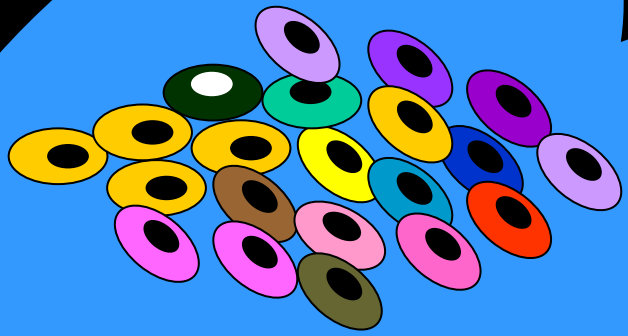
- confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale et décharges motrices;
- délire aigu avec hallucinations visuelles, auditives;
- accès mélancolique et culpabilité intense

Le stress,J-B Stora, PUF, 2002, p.106

Les réactions émotionnelles, C.Doutheau, *in* Médecine en situation de catastrophe, Masson édit.1992, p.437-449.

Population et guerres





Groupe ou
Rassemblement

Conflits et groupes

Agitation, cris, pleurs, etc…

Commotion, inhibition, stupeur

Fuites d'unités

Procession centrifuge = fuite lente désordonnée

Fuite rapide désordonnée: panique

Négligence: déni collectif du danger

Les réactions émotionnelles, C.Doutheau, *in* Médecine de catastrophe, Masson édit.,1992,p.437-449.

La panique collective

Préparation : rumeurs; « surfusion »

Choc : peur; régression des facultés de jugement; certains éléments du groupe sont initiateurs.

Réaction par contagion: « chacun pour soi »: d'où agitation stérile, fuite désordonnée, violence.

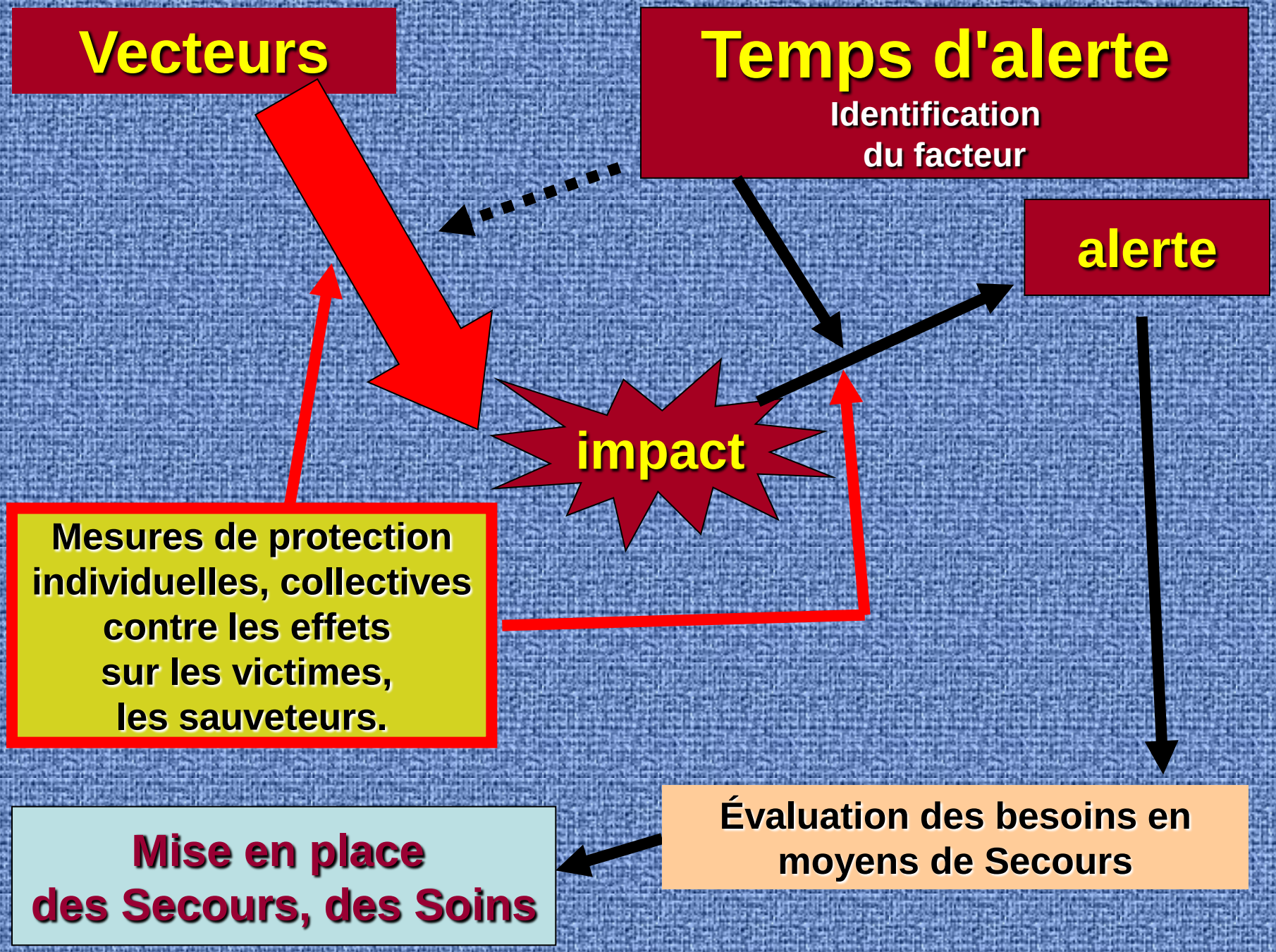
Résolution (lente et progressive): réapparition des conduites adaptées grâce à des leaders, recherche possible de « boucs émissaires ».

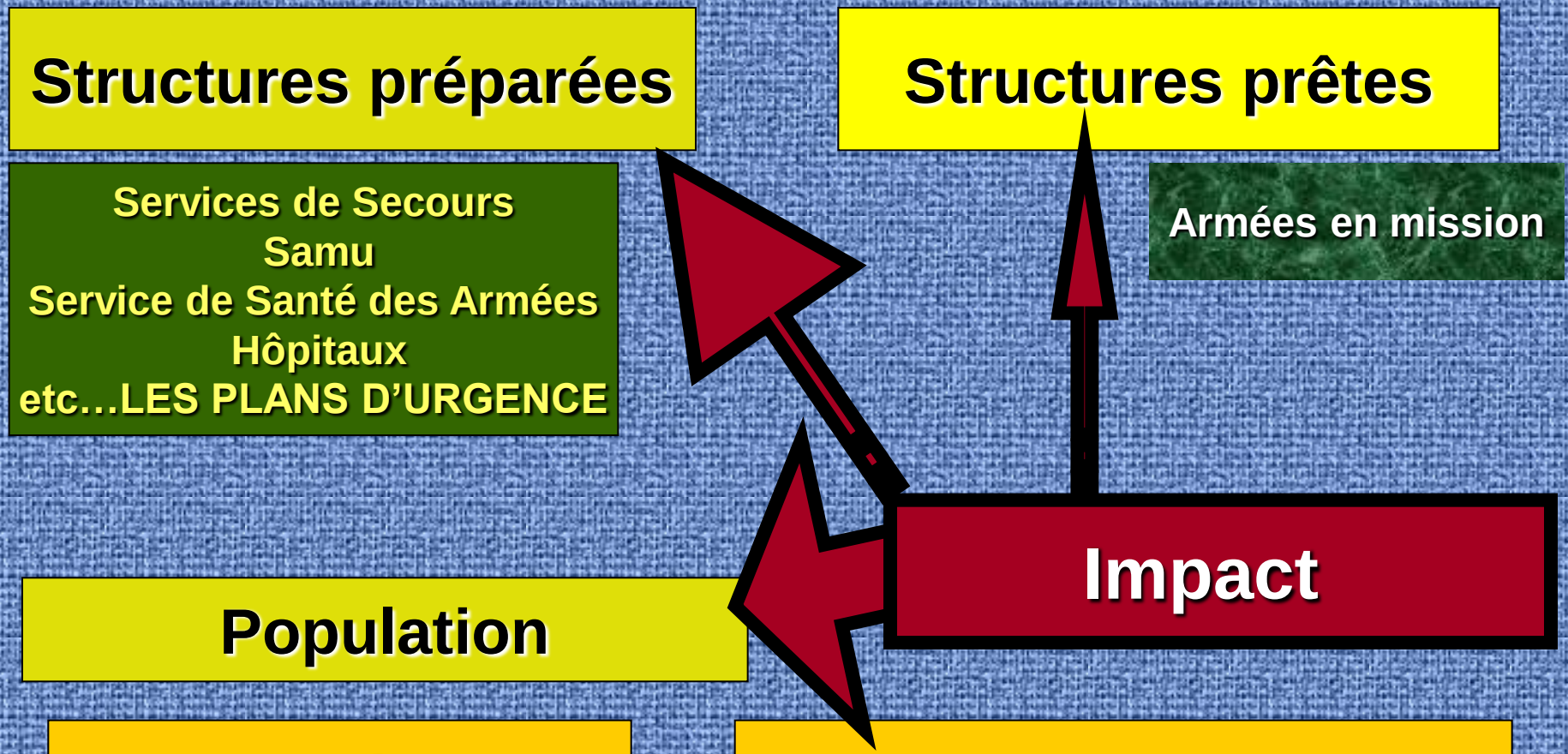
Complications (inconstantes): libération émotionnelle tardive avec agressivité contre les personnes ou les biens.

Les Porteurs du « germe »:

Négligents lors de l'instruction, Sujets hyperémotifs, Enfants,…

Les réactions émotionnelles, C.Doutheau, *in* La Médecine en situation de catastrophe, Masson Paris 2ème édition, 1992, p.437-449.


Vecteurs
Temps d'alerte
Identification
du facteur
alerte
impact
Mesures de protection
individuelles, collectives
contre les effets
sur les victimes,
les sauveteurs.
Évaluation des besoins en
moyens de Secours
Mise en place
des Secours, des Soins


Structures préparées
Structures prêtes
Services de Secours
Samu
Service de Santé des Armées
Hôpitaux
etc…LES PLANS D'URGENCE
Armées en mission
Impact
Population
Collectivités: Groupes:
Administrations
Police
Écoles
Hôpitaux
etc…
Les individus: Rassemblements:
hommes, femmes, enfants,
jeunes, vieux,
dépendants, autonomes

- **Tokyo, lundi 20 mars 1995 à 8h20, première alerte.**
- **Gaz Sarin, neurotoxique, non persistant dans 11 sachets plastiques, enveloppés dans journaux, percés avec pointe de parapluie .**
- **6 wagons – 3 lignes de métro – 14 stations.**

- **5 510 victimes ou consultants - 12 morts (8 sur place)**
- **50 dans un état grave**
- **680 transportées par ambulance**
- **1 300 hospitalisées**

- **1 350 intervenants: (les 135 premiers intervenants intoxiqués dont 43 hospitalisés)**

- **Personnel hospitalier soignant (avec masque et gants): 110 (23%) intoxiqués sur 478 au total.**

Tokyo 20 mars 1995

T: 33mn: arrivée de la première victime, par ses propres moyens à l'hôpital Saint-Luke situé à 500 mètres.

T: 48mn: arrivée d'une victime par ambulance dans ce même hôpital.

T: 1 heure: 640 victimes se présentent dans ce même hôpital.

T: 1 h10mn: arrivée du **premier intoxiqué** (inconscient, apnéique, convulsif) à l'Urgence de l' **École de Médecine**.

T: 1h 25mn: activation du plan '' Désastre Hospitalier ''. Les victimes sont réparties: 640 hôpital St-Luke (99 ont été transportées par des moyens médicalisés, 541 sont arrivées par leurs moyens propres, soit à pied, soit en taxi).

231 hôpital Toranomon; 85 école de Médecine; 71 hôpital Teishin; 58 hôpital Universitaire de Tokyo: **total 1085personnes**.

T: la semaine qui suit, 770 personnes supplémentaires se présentent à l'Hôpital St-Luke.

Par ailleurs à Tokyo, 5.000 personnes dites impliquées, mais sans aucun signe clinique, ont consulté.

Les risques NRBC *savoir pour agir*. Sous la direction de Y Buisson, J.D. Cavallo, JJ. Kowalski, C. Renaudeau, J.Y. Trégier. Édition Xavier Montauban.2004.p135.

Tokyo 20 mars 1995: Hôpital St-Luke à 500 m de l'impact.

Décontamination (déshabillage, douche) *des plus atteints*, entreprise plusieurs heures (?) après l'attentat, c'est-à-dire quand l'identification du toxique a été faite.

46 % du personnel hospitalier: intoxications secondaires !!!

Les intoxiqués ont été traités dans la chapelle de l'hôpital, lieu peu ventilé, où des réserves d'oxygène et des compresseurs d'air ont été installés.

Le triage des 640 victimes admises:

5 = 0,75 % gravement atteints:
détresse respiratoire, intubation..

107 = 16,7 %: faiblesse, fasciculations, convulsions.
Atropine + Oxime.

528 = 82,5 %: troubles oculaires (myosis) et visuels.
En observation 12 heures et sans atropine.

Les risques NRBC *savoir pour agir*. Sous la direction de Y Buisson, J.D. Cavallo, JJ. Kowalski, C. Renaudeau, J.Y. Trégier. Édition Xavier Montauban.2004.p136.

Tokyo, 20 mars 1995

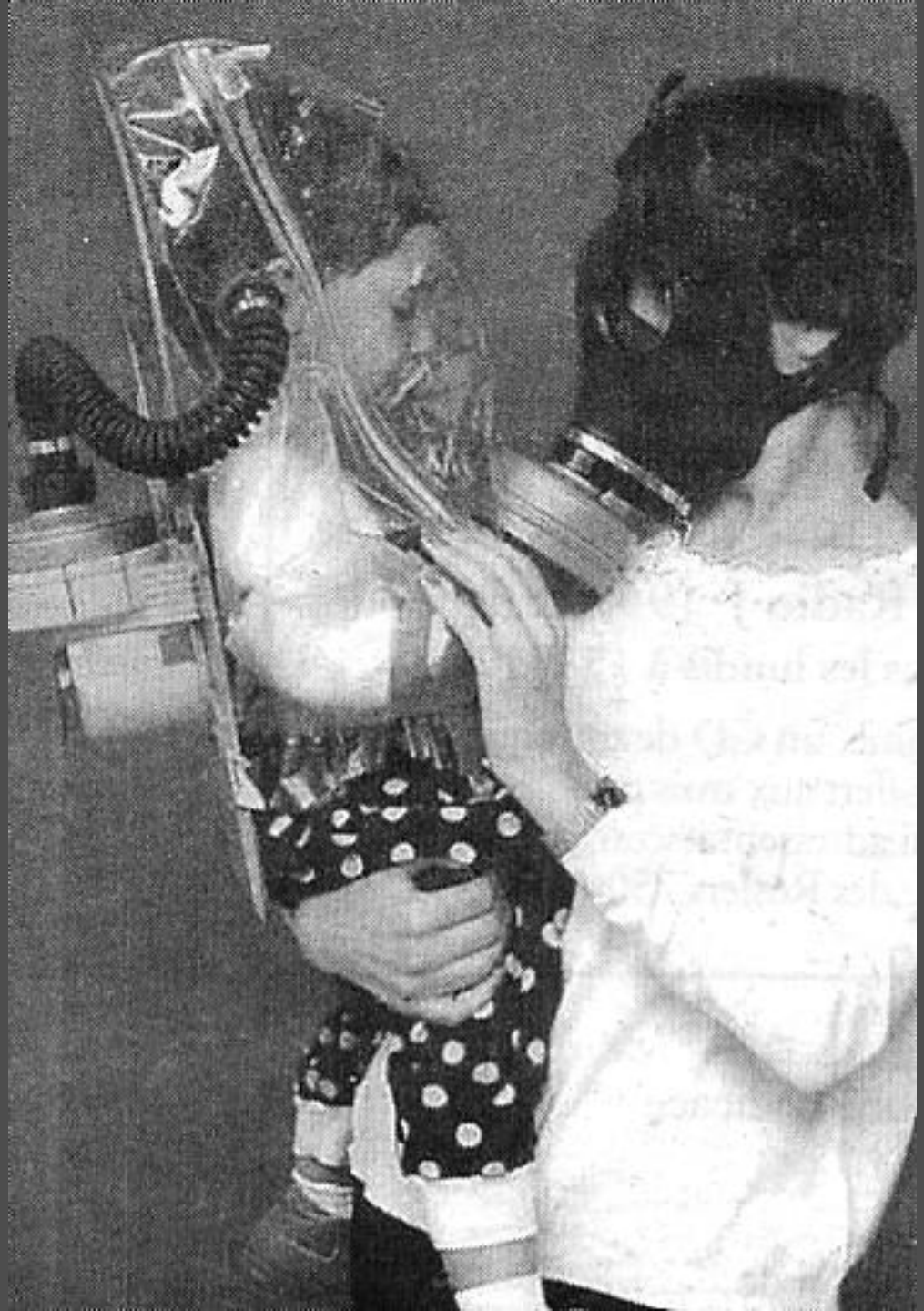
霞ヶ関駅
Kasumigaseki Sta.

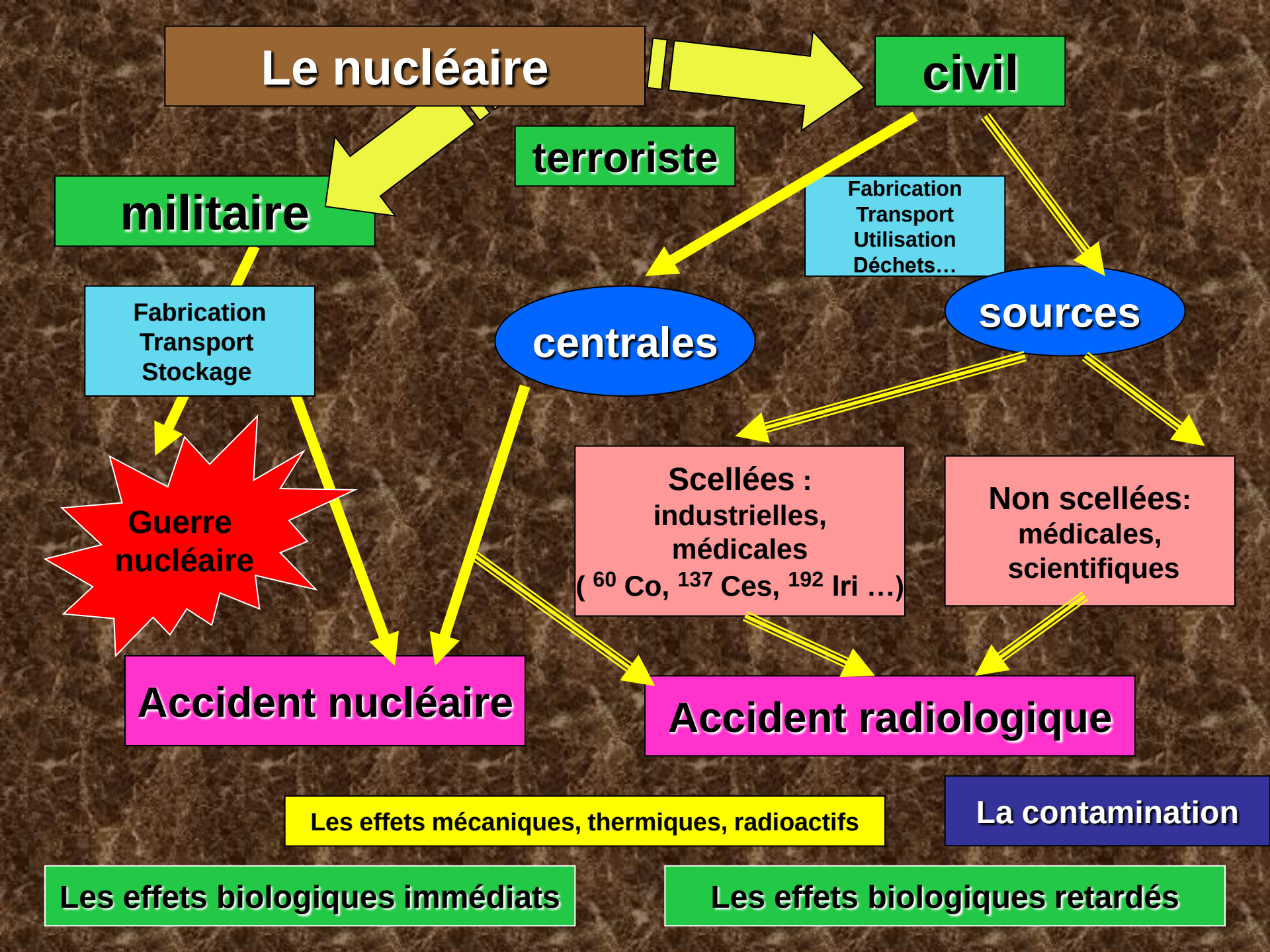
Les Carmélites de Nazareth pendant la guerre du Golfe en 1991 !!!

NRBC

et

les enfants !!!




Le nucléaire
civil
militaire
terroriste
Fabrication
Transport
Utilisation
Déchets…
Fabrication
Transport
Stockage
centrales
sources
Guerre
nucléaire
Scellées :
industrielles,
médicales
(60 Co, 137 Ces, 192 Iri …)
Non scellées:
médicales,
scientifiques
Accident nucléaire
Accident radiologique
Les effets mécaniques, thermiques, radioactifs
La contamination
Les effets biologiques immédiats
Les effets biologiques retardés

Question: 4 kg de Plutonium émetteur de particules alpha ???

Bombe *Gadget*:
6 kg de Plutonium
= 21 k TNT

Réponse: 4 kg de Plomb. Le Plutonium a le même aspect, mais ayant une densité supérieure au Plomb il serait encore plus petit !!!

Nucléaire Radiologique et temps d'alerte

Sa durée est très variable: de 0 à plusieurs semaines
Elle dépend de la forme de l'impact

Signes d'alerte

Cliniques ou biologiques ont peu de spécificité, sauf la nécrose: nausées, vomissements, dermatite, formule sanguine, etc…

Nombre Répartition temporelle et géographique des victimes

Instrumentaux sont spécifiques et sensibles

Importance de la surveillance administrative sanitaire

Terrorisme radiologique

Téléray

Déchets, Sources scellées ou non scellées, Transport.

Dispersion ou non: explosive (alerte immédiate) ou non explosive.

Alerte radiologique et le délai de l'alerte.

Le cas de Goiâna (Brésil).

13 septembre 1987: dans une clinique désaffectée récupération du métal d'une source radioactive thérapeutique de chlorure de Césium (0,4 Gy/h).
28 septembre, alerte radiologique.
29 septembre…112.800 personnes contrôlées.

Personnes: 249 contaminées, 20 hospitalisées, 4 décédées,

85 maisons contaminées, 7 maisons rasées, 45 lieux publics décontaminés.

Désastre économique de la région.

Règles de Protection Nucléaire et Radiologique

Individuelles - collectives

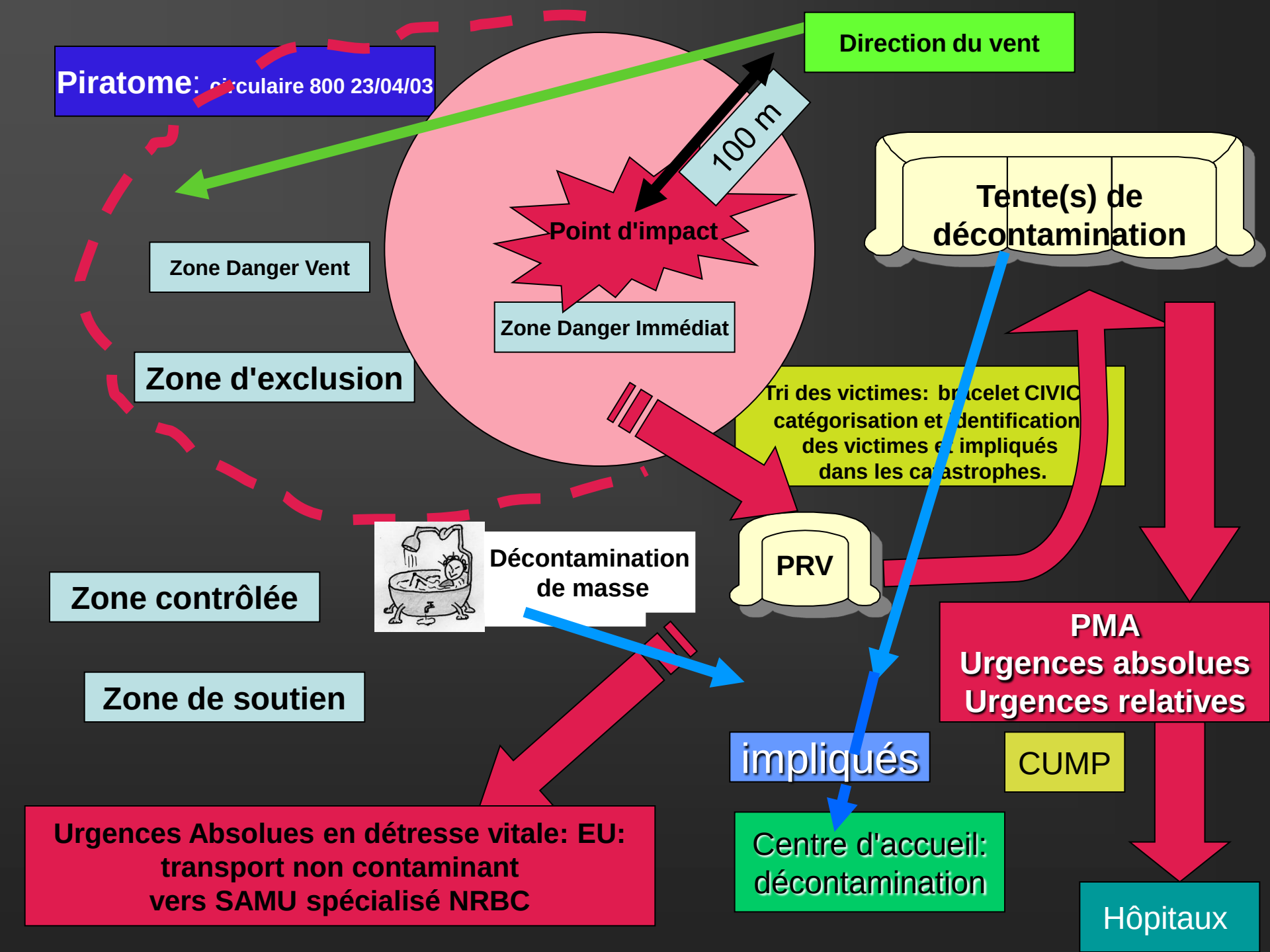
Nature, intensité des rayonnements, durée de l'irradiation.

Irradiation directe: **écran / temps d'exposition / distance**

Contamination: prévention: **peau, voie aérienne, voie digestive, sanguine.**

Prévention: penser d'abord à des gestes simples; tenue type T3P; confinement (ventilation, vitres ?).
Décontamination (déplace la radioactivité):
externe: mécaniques; interne: biologiques.

H+0 = 1Gy
H+7 = 0,1Gy
Jour+2 = 0,01
Jour+15 = 0,001


Piratome: circulaire 800 23/04/03
Direction du vent
100 m
Point d'impact
Zone Danger Vent
Zone Danger Immédiat
Zone d'exclusion
Tente(s) de décontamination
Tri des victimes: bracelet CIVIC catégorisation et identification des victimes et impliqués dans les catastrophes.
Décontamination de masse
PRV
Zone contrôlée
Zone de soutien
PMA
Urgences absolues
Urgences relatives
impliqués
CUMP
Urgences Absolues en détresse vitale: EU: transport non contaminant vers SAMU spécialisé NRBC
Centre d'accueil: décontamination
Hôpitaux

cagoules d'évacuation type EVATOX de marque GIAT pour la brigade de sapeurs-pompiers de Paris.

cagoule destinée aux victimes dès leur prise en charge au PRV (point de rassemblement de victimes) qu'ils garderont jusqu'a la douche de decontamination.

Noir = DCD,
Rouge = Urgence Absolue,
Jaune = Urgence Relative,
Vert = Éclopé

Bracelet CIVIC

Catégorisation, Identification des Victimes Impliquées dans Catastrophes

Proposition de catégorisation sur la FICHE DE L'AVANT en situation NRBC

Le B. I. C. C. I. S.

B : blessé.

Irn : irradié, intoxiqué, infecté

Cé : contaminé (externe, interne)

Cx : contagieux

Im : impliqué interne, c'est-à-dire venant de la zone NRBC.

S : signes cliniques de lésions liées à un des facteurs NRBC
ou autres (psy….).

NOM : ..... date : .....

Prénom : .....

Grade : .....

UNITÉ : .....

Diagnostic sommaire :

1 **FICHE MÉDICALE DE L'AVANT** - Mod. nº 3 - **Fr.**

2 ☐ PRIORITÉ CONTAGIEUX ☐

3 NOM : ..... Prénom : .....

4 Grade : ..... Religion : .....

5 UNITÉ : .....

6 Recrutement : ..... Matricule : ..... Classe : .....

7 BLESSÉ DE GUERRE ☐ ACCIDENTÉ ☐ MALADE ☐

8 Lieu : ..... date : ..... à ..... Heures

9 BALLE . ÉCLAT D'OBUS . MINE . ARME BLANCHE - A. ATOMIQUE, CHIMIQUE, BIOLOGIQUE.

10 DIAGNOSTIC MALADIE : .....

.....

11 BLESSURE : ouverte, fermée, multiple - Fracture - Ecrasement - Gelure - Brûlure º degré - ..... - Irradiation .....

12 Localisation : .....

13 INTOXICATION PAR GAZ : irritants, suffocants, vésicants, toxiques généraux .....

14 Complications : Etat de shock - Hémorragie - .....

15 Mise en place d'un GARROT ◯ le..... à..... Hres.....

16 THÉRAPEUTIQUE	DOSES	Dates et heures	DOSES	Dates et heures
Antibiotiques :				
Injection de morphine				
Sérum { antitétanique. antigangréneux.				
Plasma				

17 NOM, grade et signature du Médecin

18 ÉVACUATION :

☐ Couché Assis ☐ Peut marcher ou se tenir debout ☐

NOM : ..... date : .....

Prénom : .....

Grade : .....

UNITÉ : .....

Diagnostic sommaire :

1 FICHE MÉDICALE DE L'AVANT - Mod. nº 3 - Fr.

2 ☐ PRIORITÉ N R B C C B I C C I S

3 NOM : ..... Prénom : .....

4 Grade : ..... Religion : .....

5 UNITÉ : .....

6 Recrutement : ..... Matricule : ..... Classe : .....

7 BLESSÉ DE GUERRE ☐ ACCIDENTÉ ☐ MALADE ☐

8 Lieu : ..... date : ..... à ..... Heures

9 BALLE . ÉCLAT D'OBUS . MINE . ARME BLANCHE - A. ATOMIQUE, CHIMIQUE, BIOLOGIQUE.

10 DIAGNOSTIC MALADIE : .....

.....

11 BLESSURE : ouverte, fermée, multiple - Fracture - Ecrasement - Gelure - Brûlure º degré - ..... - Irradiation .....

12 Localisation : .....

13 INTOXICATION PAR GAZ : irritants, suffocants, vésicants, toxiques généraux .....

14 Complications : Etat de shock - Hémorragie - .....

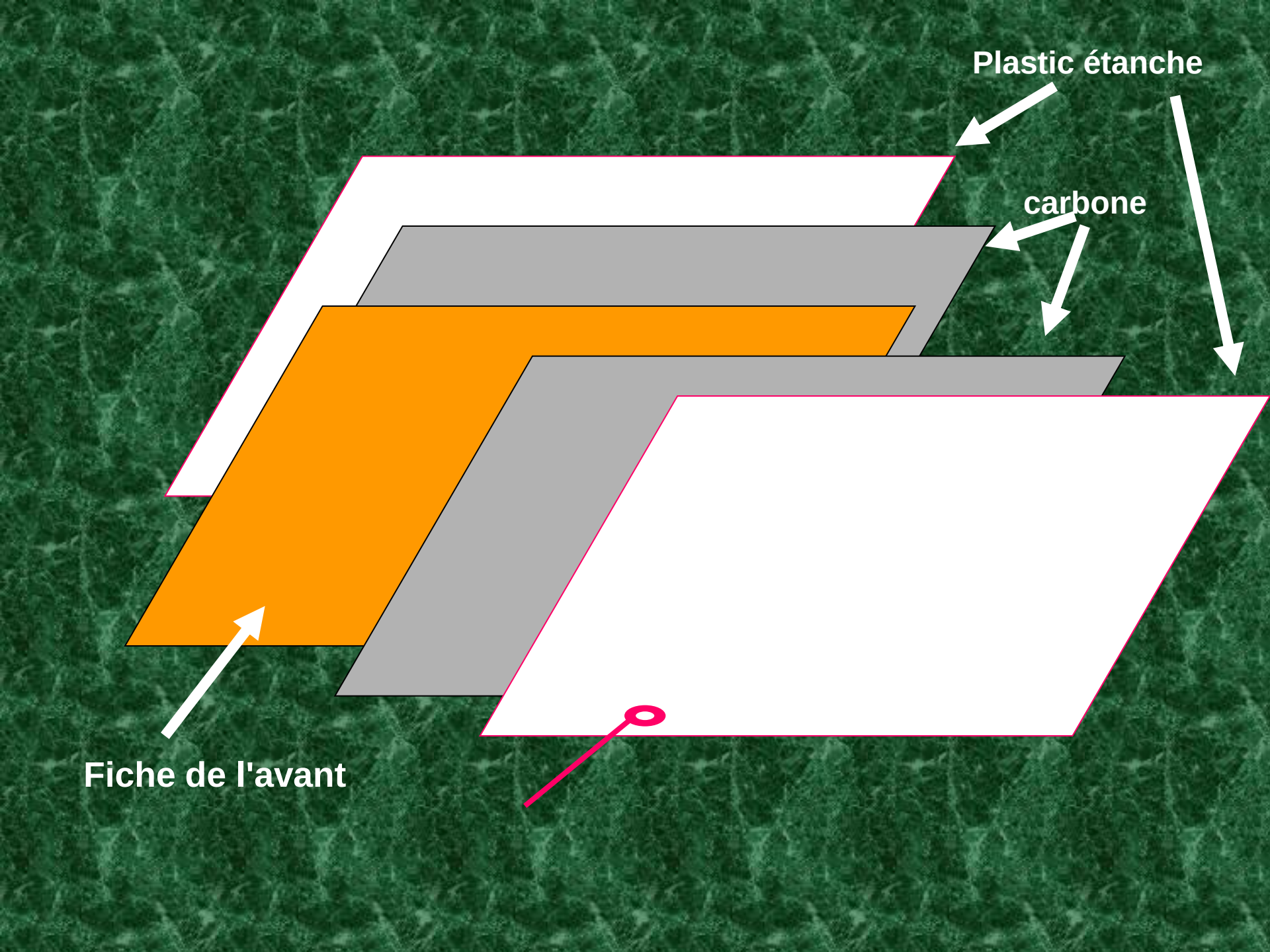
15 Mise en place d'un GARROT ◯ le..... à..... Hres.....

16 THÉRAPEUTIQUE	DOSES	Dates et heures	DOSES	Dates et heures
Antibiotiques :				
Injection de morphine				
Sérum { antitétanique. antigangréneux.				
Plasma				

17 NOM, grade et signature du Médecin

18 ÉVACUATION :

☐ Couché Assis ☐ Peut marcher ou se tenir debout ☐


Plastic étanche
carbone
Fiche de l'avant

Les facteurs biologiques.

Grippe ”espagnole”: virus H1N1: septembre 1918 – hiver 1919.
210.000 (?) morts en France. Incubation 2 à 3 jours.
Mortalité: 3 %. 15 jours pour traverser l’océan Atlantique.

S.R.A.S. (syndrome respiratoire aigu sévère):
nov. 2002 - juillet 2003.
Virus d’origine inconnue. 1ers cas à Hong-Kong.
Alerte OMS le 12 mars 2003.Contagion interhumaine aérienne.
Incubation 2 à 10 jours. 8445 cas. 916 décès.

Virus aviaire H5N1: ‘’risque d’humanisation”.
Traitement médical.
Traitement épidémiologique.
Impact économique.
Vaccin: au moins 6 mois pour la mise au point. Fabrication.
Experts réclament stocks mondiaux de vaccins.

In **Des experts réclament un stock de vaccins. P.Benkimoun. Le Monde, 11 juillet 2008.**

Typhus, choléra et guerres

Dénutrition **Hygiène**

Caractéristiques du risque biologique

Agent vivant ou substance issue de vivant: masse critique initiale; multiplication secondaire; militarisé; connu; connu mais modifié; réémergent (variole); émergent

Pré impact
Impact
Temps d'alerte
Alerte
Secours
Traitement

Impact peut être très discret:
1 personne, 1 puce, 1 pou, 1 lettre,
une gouttelette de Pflügge (salive), etc…

Contamination (vêtement, etc…) et si **Contagion** (interhumaine pour certains agents) = facteur extensif par multiplication des agents et vecteurs secondaires

Temps d'alerte : est fonction
- du temps d'incubation (apparition des 1ers symptômes)
- des signes d'alerte: spécificité des signes cliniques, biologiques
- du nombre, de la répartition temporelle et géographique des porteurs vecteurs
- des moyens instrumentaux: nombre d'agents détectés, sensibilité, spécificité
- de la surveillance administrative sanitaire

L'alerte:
comment et qui alerter ?

Traitement préventif, curatif

Variole (Smallpox) (petite vérole)

Virus à ADN (Poxviridae, orthopoxvirus): **réservoirs, hôtes spécifiques**: variole ou sa forme atténuée l'alastrim, cowpox, vaccine, monkeypox, camelpox)

Jour 0 = contage

Voie respiratoire, cutanée, conjonctive

Infectivité : croûtes de malades infectieuses pendant plusieurs années à la t° ambiante !!!; linge de malades; instable à 35°C et humidité > 60%; détruit par passage à l'autoclave ou eau de Javel ou ammonium quaternaire

incubation

Vaccination dans les 4 jours qui suivent le contage

Jour 11- 12 : prodromes de 2 à 3 jours: céphalées, fièvre >40°C, algies, etc…

Jour 13-15 : énanthème = tâches rouges au niveau des lèvres, de la langue, du palais , de l'oropharynx

Phase éruptive (8 à 10 j): en 24h maculo-papules au visage, avant-bras, puis tronc et membres inférieurs, vésicules puis pustules (5 à 8 j)

Contagiosité

Jour 25 : croûtes

Biotox et Vaccination antivariolique (JO fév 03) :

virus de la vaccine + antibiotiques: Pourquier et Aventis-Pasteur

Flacons de 150 à 500 doses + aiguilles bifurquées (1 microlitre)

5 niveaux d'alerte:

1- Aucun cas de variole dans le monde:
150 personnes volontaires revaccinées: 55 médecins; 15 IDE; 15 aides-soignants; 10 brancardiers; 10 personnels de SMUR; 10 manipulateurs radio; 10 laborantins; 10 personnels administratifs, et de différents ministères

2- Menace avérée:
600 à 900 personnels santé revaccinés

3- un cas de variole dans le monde:
vaccination des 4 à 6.10^6 premiers intervenants Santé, Secours, Sécurité

4- un cas de variole en France: vaccination des sujets contacts du cas, même si contre-indication à la vaccination

5- plusieurs cas simultanés:
" vaccination en anneau " ;
isolement des patients infectés

Population française vaccinée en 14 jours:
1 décès / 1.10^6 vaccinations
10 décès / personnel médical

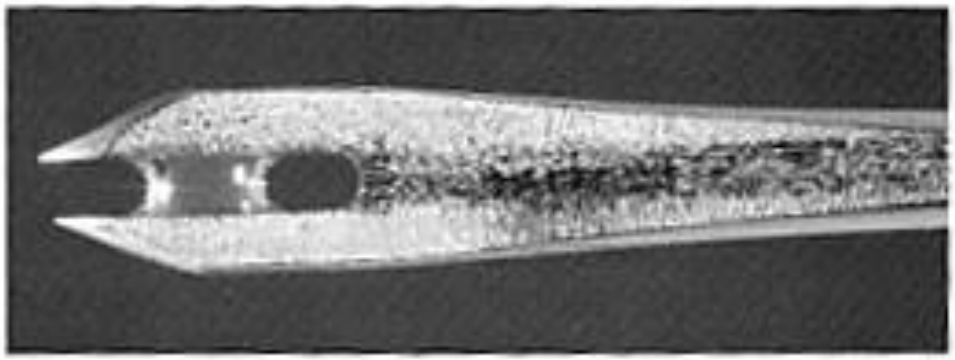


Figure 1. Aiguille bifurquée pour vaccination antivariolique.

in F Bricaire, P Bossi Bioterrorisme, Ed.Elsevier

Population

Plan Biotox

Prévention:

mesures de sécurisation de l'eau de boisson, des sites de production pharmaceutique, circulation des produits biologiques, etc…

Surveillance, détection, alerte, identification:

signalement obligatoire de certaines maladies infectieuses
Informations venant des laboratoires de microbiologie et toxicologie

Équipement des structures
Formation des personnels

Interventions en cas de crise:

organisation par Zone de Défense :
structures de Soins et Personnels référents:
une équipe nationale et des équipes régionales
Unités de décontamination
Plans blancs hospitaliers
médicaments d'urgence et vaccins
traitement des malades
isolement et traitement des contagieux
mise en quarantaine des suspects
accueil des impliqués
confinement des non impliqués

Les moyens humains, matériels, juridiques,… de Protection de la Population:

Nationaux

Intergouvernementaux

Supranationaux: onusiens, sous mandats onusiens

Organisations non gouvernementales

Préambule de la Constitution du 4/10/58 - Mise à jour le 4/2/2008 –
Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la Charte de l'environnement de 2004.

Art. 16. - **Lorsque les institutions de la République, l'indépendance de la Nation, l'intégrité de son territoire ou l'exécution de ses engagements internationaux sont menacées d'une manière grave et immédiate et que le fonctionnement régulier des pouvoirs publics constitutionnels est interrompu, le Président de la République prend les mesures exigées par ces circonstances, après consultation officielle du Premier Ministre, des Présidents des assemblées ainsi que du Conseil Constitutionnel**.
Il en informe la Nation par un message.
Ces mesures doivent être inspirées par la volonté d'assurer aux pouvoirs publics constitutionnels, dans les moindres délais, les moyens d'accomplir leur mission. Le Conseil Constitutionnel est consulté à leur sujet.
Le Parlement se réunit de plein droit.
L' Assemblée Nationale ne peut être dissoute pendant l'exercice des pouvoirs exceptionnels.
Après trente jours d'exercice des pouvoirs exceptionnels, le Conseil constitutionnel peut être saisi par le Président de l'Assemblée nationale, le Président du Sénat, soixante députés ou soixante sénateurs, aux fins d'examiner si les conditions énoncées au premier alinéa demeurent réunies. Il se prononce dans les délais les plus brefs par un avis public. Il procède de plein droit à cet examen et se prononce dans les mêmes conditions au terme de soixante jours d'exercice des pouvoirs exceptionnels et à tout moment au-delà de cette durée.

Art. 35. - **La déclaration de guerre** est autorisée par le Parlement.
Le Gouvernement informe le Parlement de sa décision de faire intervenir les forces armées à l'étranger, au plus tard trois jours après le début de l'intervention. Il précise les objectifs poursuivis. Cette information peut donner lieu à un débat qui n'est suivi d'aucun vote.
Lorsque la durée de l'intervention excède quatre mois, le Gouvernement soumet sa prolongation à l'autorisation du Parlement. Il peut demander à l'Assemblée nationale de décider en dernier ressort.
Si le Parlement n'est pas en session à l'expiration du délai de quatre mois, il se prononce à l'ouverture de la session suivante.
Art. 36. - **L'état de siège** est décrété en Conseil des ministres.
Sa prorogation au-delà de douze jours ne peut être autorisée que par le Parlement.

Legifrance

Les plans de défense nationaux

Le plan vigipirate avec ses quatre niveaux d'alerte : accentuer la vigilance,
-prévenir une action terroriste,
-prévenir des attentats graves,
-prévenir des attentats majeurs.

Plans de secours généraux

1. Le plan rouge

Institué par le décret n° 88-622 du 6 mai 1988, il organise la mise en place d'un dispositif de secours pré-hospitalier en cas d'événement provoquant un nombre élevé de victimes.

2. Organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes

La circulaire DHOS/HFD du 3 mai 2002. Dans chaque zone de défense civile, en cas de risque NRBC, c'est le préfet de zone qui coordonne les différentes actions, les relais étant assurés au niveau départemental. Des établissements de santé de référence sont identifiés pour accueillir les patients infectés par des agents du risque biologique : CHU de Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris (Pitié Salpétrière et Bichat), Rennes, Rouen, Strasbourg. Les hôpitaux militaires.
SAMU qui leur sont rattachés. 2.000 respirateurs. Par ailleurs, chaque établissement de santé doit élaborer un plan d'accueil pour un grand nombre de victimes.

3. Le plan blanc

Chaque établissement de santé doit s'appuyer sur la circulaire du 3 mai 2002 pour organiser l'accueil des victimes

in Le risque NRBC *savoir pour agir*. Sous le direction de Y Buisson, JD Cavallo, JJ Kovalsky, C Renaudeau, JY Tréguier. Édition Xavier Montauban. Montrouge. 2004.p.203.

Plans spécialisés NRBC

Le plan Piratox et ses annexes.

Le guide opérationnel chimique. Ce guide qui traite uniquement de la phase post-événementielle tient compte de plusieurs constatations :
-la cellule mobile d'intervention chimique n'est pas suffisante pour gérer un tel événement et il faudra faire appel à des intervenants non spécialisés,
-la décontamination est urgente et doit être effectuée avant les gestes médicaux,
-chaque service ne peut intervenir seul et doit prévoir son intégration au milieu des autres, ce qui nécessite une préparation et des contacts. ***Circulaire n°700/SGDN/PEPS/PPS du 2 mai 2002*****.**

Le plan Piratome et ses annexes

Le guide opérationnel radiologique réalisé par la cellule nationale de coordination et d'appui à la lutte contre le risque NRBC. Décontamination : le port d'une tenue plus légère et le moindre risque de transfert de contamination permettent de traiter les urgences vitales et de les évacuer sans décontamination. Le traitement de la détresse vitale (lésions consécutives aux effets de blast ou aux effets thermiques d'une explosion) prime sur la décontamination radiologique. La survie des victimes est prioritaire par rapport au risque de transfert de contamination. Ce principe marque une différence majeure entre le risque chimique qui présente un danger immédiat et le risque radiologique ou biologique qui présente un réel danger retardé. Il induit une gestion spécifique des victimes sur les lieux de l'événement, avec un triage au niveau du Point de Rassemblement des Victimes, avant la décontamination, dans le but d'évacuer, sans décontamination, les urgences absolues présentant une détresse vitale après emballage sous double enveloppe. ***Circulaire n°800…du 23 avril 2003..action terroriste…matières radioactives*****.**

Le plan Biotox et ses annexes

Le plan Biotox comprend une partie opérationnelle précisant les premières mesures à prendre au niveau gouvernemental. Il intègre les dispositions tenant compte du «plan variole» et du plan de distribution en urgence d'antibiotiques.

in **Le risque NRBC *savoir pour agir.* Sous le direction de Y Buisson, JD Cavallo, JJ Kovalsky, C Renaudeau, JY Tréguier. Édition Xavier Montauban. Montrouge. 2004.p.203.**

Plans spécialisés NRBC (suite)

Le plan variole .

En raison d'un mauvais rapport bénéfices/risques, la vaccination est mise en œuvre selon une stratégie graduelle :
- aucun cas dans le monde : vaccination d'une équipe nationale d'intervention pluridisciplinaire, mobilisable en cas d'acte bioterroriste,
- menace avérée (mais pas de cas avéré dans le monde) : vaccination des équipes de zones, survenue d'un cas de variole dans le monde : vaccination de l'ensemble des intervenants de première ligne (sapeurs-pompiers, police, gendarmerie, SAMU, personnels hospitaliers),
- apparition d'un cas sur le territoire national : vaccination des équipes «dédiées» et des intervenants de première ligne, complétée par la vaccination des «sujets contacts» et des personnes exposées,
- survenue sur le territoire français de nombreux cas simultanés : isolement des cas de variole et vaccination en anneaux (autour des cas). La vaccination massive de l'ensemble de la population française, planifiée en quatorze jours, ne serait envisagée qu'en cas d'impossibilité de contrôler l'épidémie. Elle reposerait sur des Unités de Vaccination de Base capables de vacciner de 1 000 personnes par jour. ***Circulaire du 29/04/2003***

Le plan distribution de médicaments. *Circulaire du 20/03/2003.*

(http://afssaps.sante.fr/htm/10/piratox/indpira.htm).

Le dispositif plis et colis suspects. *Circulaire du 26/02/2003*

Moyens diagnostiques : les laboratoires Biotox

INTITUT de VEILLE SANITAIRE.

L'InVS doit informer sans délai le Ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et lui recommander toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace.

les maladies infectieuses : infection par le VIH, virus des hépatites B et C, infections sexuellement transmissibles, tuberculose, risques infectieux d'origine alimentaire, zoonoses, maladies évitables par la vaccination, infections nosocomiales et résistance aux antibiotiques, infections respiratoires, grippe saisonnière et grippe aviaire, arboviroses , maladies tropicales et risques d'importation.

Circulaire INTE0500080C sur les réserves communales
publiée au J.O. le 12/08/2005

Les réserves communales de Sécurité civile

La loi de modernisation de la sécurité civile du 13 août 2004 a créé, avec les nouveaux articles L.1424-8-1 à L. 1424-8-8 du code général des collectivités territoriales (CGCT), un nouvel outil de mobilisation civique, ayant vocation à apporter un soutien et une assistance aux populations : les réserves communales

En situation de catastrophe ou de crise, la conduite et l'organisation des secours sont de la responsabilité des services publics qui en ont la mission, et notamment des services d'incendie et de secours. Même si la direction des opérations de secours est assurée par le préfet, l'expérience prouve que le maire reste responsable de l'évaluation de la situation et du soutien à apporter aux populations sinistrées. Il est en général assisté par les membres du conseil municipal, et il mobilise le personnel communal. Il n'est pourtant pas toujours en mesure, faute de préparation et notamment de possibilités d'encadrement, d'engager les bonnes volontés qui se présentent spontanément pour contribuer à la réponse.

C'est l'objectif de la création de la réserve communale de sécurité civile. Bénévole, facultative et placée sous la seule autorité du maire, elle est chargée d'apporter son concours au maire dans les situations de crise, mais aussi dans les actions de préparation et d'information de la population, comme dans le rétablissement post-accidentel des activités. Elle contribue à ces actions en s'appuyant sur les solidarités locales et en les développant. Suivant la volonté de la commune et ses besoins, la réserve pourra être chargée de tout ou partie des missions énumérées à l'article L.1424-8-1.

La réserve communale a vocation à agir dans le seul champ des compétences communales. Elle ne vise en aucune manière à se substituer ou à concurrencer les services publics de secours et d'urgence. De la même manière, son action est complémentaire et respectueuse de celle des associations de sécurité civile, caritatives, humanitaires ou d'entraide. Elle participe au soutien et à l'assistance aux populations, à l'appui logistique et au rétablissement des activités et contribue à la préparation de la population face aux risques.

La réserve communale peut faire appel à des citoyens de tout âge et de tout métier, pour des missions qui n'interfèrent pas avec les missions de secours proprement dites. Il s'agit, par exemple, de contribuer à l'élaboration, à l'actualisation et à la mise en œuvre du plan communal de sauvegarde, de veiller à l'information et à la préparation de la population, de participer aux actions de prévention des risques menées par la commune, de prendre en charge l'assistance matérielle aux personnes sinistrées, de les aider dans leurs démarches administratives. Dans ce cadre, la commune veillera à ne doter cette réserve que de moyens directement liés et adaptés à ses attributions et nécessaires à leur accomplissement.

ENVIRONNEMENTS physiques, chimiques, biologiques, économiques, sociaux,…

Une Population Humaine sédentaire

Conflits aux frontières: invasion, occupation, bombardement,….

Conflits internes: dénominations variables (guerre civile, révolution, terrorismes,…).

Conflits extérieurs: dénominations variables: (commerce, migration, colonisation, pacification, sécurité,…)

Population émigrante: diaspora,…

Population immigrante: forcée, volontaire,….

… leurs actions sur son évolution.

Populations et conflits
" intra, extra, interpopulationnels ".

Population: ensemble d'habitants d'un espace déterminé.

Ses variations numériques reposent sur:

- le nombre de naissances (fécondité)

- le nombre de décès (mortalité)

- le nombre de migrants (émigration, immigration).

Une femme: de 15 à 50 ans soit 35 ans: durée grossesse, allaitements 2 ans: nombre de grossesses 17.

INED

MONDE Estimations 2008

Pays	Population totale (en milliers)	Taux de natalité	Taux de mortalité	Espérance de vie	Mortalité infantile	Nombre d'enfant(s) par femme	Taux de croissance naturelle	Population de plus de 65 ans (en milliers)
AFRIQUE	987 005	36,0	13,2	52,9	86,2	4,63	22,8	33 893
AMÉRIQUE LATINE ET CARAÏBES	579 409	19,7	6,0	73,4	21,2	2,35	13,7	38 355
AMÉRIQUE SEPTENTRIONALE	342 098	13,6	8,1	78,5	6,2	2,00	5,5	43 015
EUROPE	731 127	10,3	11,8	74,7	8,3	1,46	-1,5	117 482
OCÉANIE	34 678	16,6	7,4	75,3	25,6	2,29	9,1	3 693
ASIE	4 075 361	18,8	7,4	69,2	42,6	2,33	11,5	270 293
MONDE	6 749 678	20,2	8,6	67,3	49,0	2,54	11,6	506 732

Toutes Populations, animales ou végétales.

Sur le même territoire

Population A

Population B

Interfécondité

Pas d'interfécondité (génétiques, phénotypiques,..) = 2 espèces

Croisements selon le nombre de géniteurs de A et B, la fécondité des géniteurs,…: descendants (fréquences géniques, comportements,…)

Pas de croisements: compétition, coopération, parasitisme.

<u>Compétition</u>, <u>coopération</u> (commensalisme, mutualisme, symbiose), **<u>parasitisme</u>** (prédation, co-évolution).

Pour le haut-commissaire aux réfugiés de l'ONU, « ce siècle sera celui des peuples en mouvement »

Après la Chine, les U.SA., l' U.E., l'Inde, …, le continent '' MIGRANTS '' (191.000.000 personnes): diaspora, émigration, immigration, transmigration, réfugiés,…, touristes.

Antonio Guterres constate que le réchauffement climatique

nio Guterres, haut-commissaire pour les réfugiés, décrit la montée en puissance du péril climatique. L'ancien premier ministre portugais (1996-2002) constate que ces nouveaux réfugiés n'ont pas de statut juridique.

Le changement climatique est-il une source de préoccupation pour le Haut Commissariat de l'ONU pour les réfugiés (HCR) ?

Il y a aujourd'hui un débat sur le changement climatique, mais pas sur ses implications sur les mouvements forcés de population. Selon les estimations, pour chaque centimètre de hausse du niveau des océans, il y aura un million de déplacés dans le monde. L'impact sera direct, par la sécheresse, les catastrophes naturelles ou la disparition d'îles, mais aussi indirect, par la pauvreté ou le déclenchement de conflits. Quand les janjawids

il y a aussi la compétition accrue pour l'accès à l'eau.

objectif, rationnel. On croit parfois qu'on peut tout résoudre par la gestion de plus en plus restrictive des frontières. C'est une illusion qu'on paiera très cher, si on ne s'occupe pas des causes profondes de ces déplacements.

Faut-il créer un statut, pour ces nouveaux réfugiés, qui ne relèvent pas de votre mandat ?

Pour l'instant, nous avons des mécanismes de coopération, au sein des Nations unies et de la communauté humanitaire. Il faudrait des instruments de protection plus systématiques. Dans le cas des îles qui vont disparaître, il est évident qu'il faudra trouver des solutions. Ces gens ne peuvent pas devenir des apatrides. Il faut une place pour les accueillir tout en protégeant leurs traditions, leur culture, leur identité.

e pas pouvoir assis- ?

« Pour chaque centimètre de hausse du niveau des océans, il y aura un million de déplacés dans le monde »

La communauté internationale n'est pas préparée, et c'est très préoccupant, ois frustrant. Notamment quand les ernements ne laissent pas les agen- humanitaires aider les personnes acées à l'intérieur d'un pays. C'est le u Darfour. Ce fut le cas du Myanmar *manie]*. Il est scandaleux de devoir lier les Etats de laisser aider leurs ens. Dans les années 1990, on parlait érence humanitaire. Mais, depuis la irakienne, certains pays soupçon- que « la responsabilité de protéreconnue par l'Assemblée générale NU, pourrait dissimuler les désirs de domination des pays les plus puissants. Il nous faut un sursaut de la protection.

Etes-vous aussi préoccupé par la crise alimentaire ?

Les 11 millions de réfugiés et 27 millions de personnes déplacées à cause des conflits ont besoin d'aide alimentaire. Elle est fournie par le Programme alimentaire mondial (PAM), qui leur donne la priorité. Mais, naturellement, nous sommes très préoccupés. Quand je vois les difficultés que la Commission européenne a eues pour trouver 1 milliard d'euros pour l'appui à la production agricole dans les pays pauvres, et quand je vois le débat sur les 700 milliards de dollars pour sauver le système financier, il faut reconnaître qu'il y a dans le monde une échelle des priorités qui est profondément immorale…

La planète ne traite pas bien ses réfugiés ?

Les Etats ont le droit de garantir la sécurité de leurs citoyens, de définir leur politique de migration, mais ils ont l'obligation de garantir la protection internationale à ceux qui en ont besoin. Il faut dans la gestion des frontières une préoccupation accrue pour garantir au réfugiés et aux demandeurs d'asile l'accès physique au territoire où ils peuvent bénéficier d'une protection.

Avec la réduction du nombre de guerres, observée par les chercheurs, peut-on s'attendre à une baisse du nombre de réfugiés au sens classique du terme ?

C'était vrai jusqu'en 2006, où nous avons eu une réduction annuelle du nombre de réfugiés, notamment à cause de la fin des conflits au Liberia ou en Sierra Leone, et même, a-t-on pensé, en Afghanistan. Mais, depuis, on a assisté à une intensification des conflits. Certains peu connus du public, comme en Centrafrique. D'autres bien visibles comme l'Afghanistan, la Somalie ou le Soudan. Du fait de cette multiplication des guerres, le nombre de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur des Etats est de nouveau en hausse.

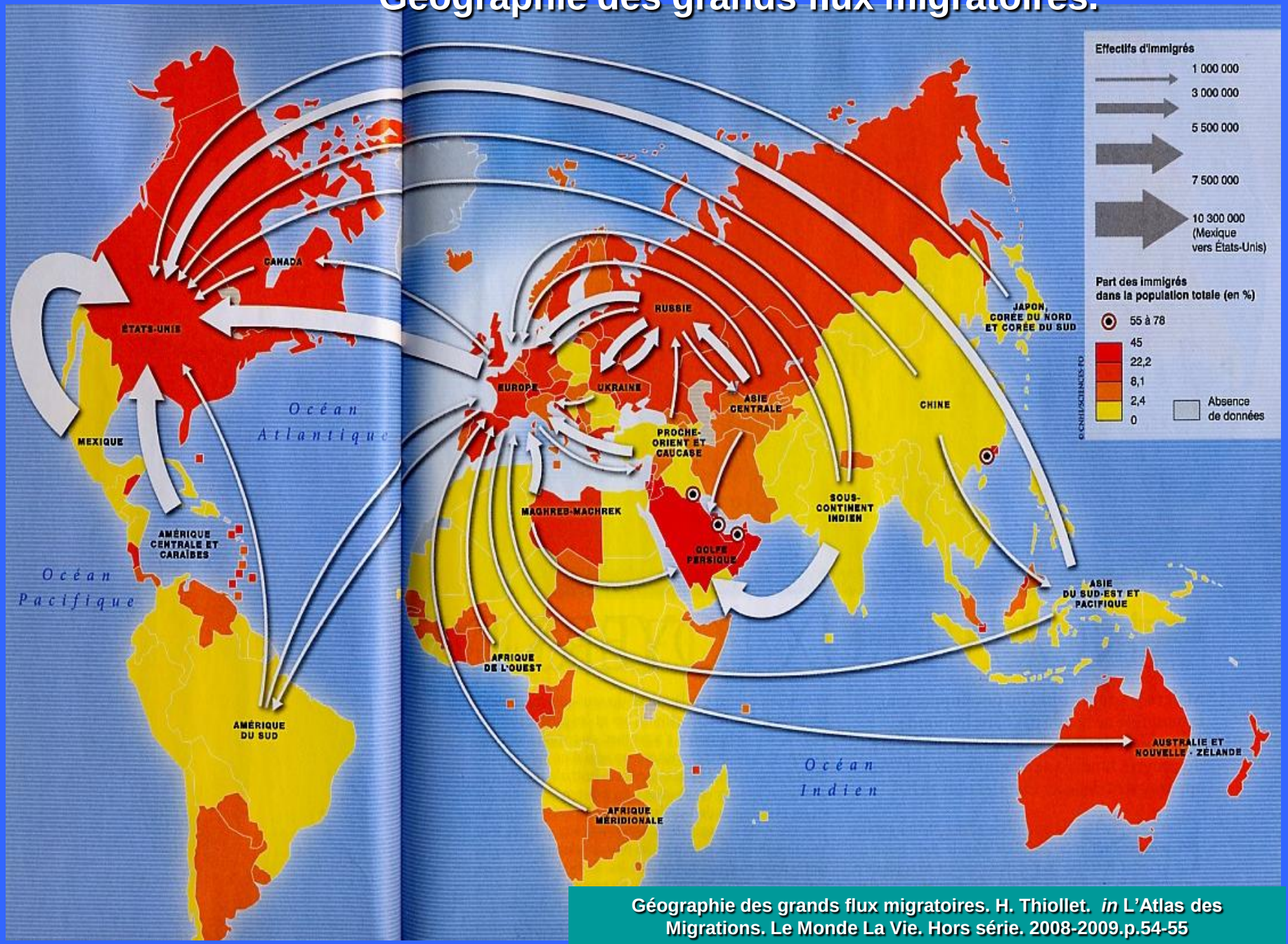
Où se trouvent tous ces réfugiés ?

L'écrasante majorité des réfugiés vivent dans des pays du Sud, le Pakistan, l'Iran, la Syrie… Leur objectif, c'est de rentrer chez eux dès que la sécurité le permet. Lorsqu'on débat du problème de réfugiés dans les pays européens, on a parfois l'idée que l'Europe est envahie. Ce n'est pas le cas. ■

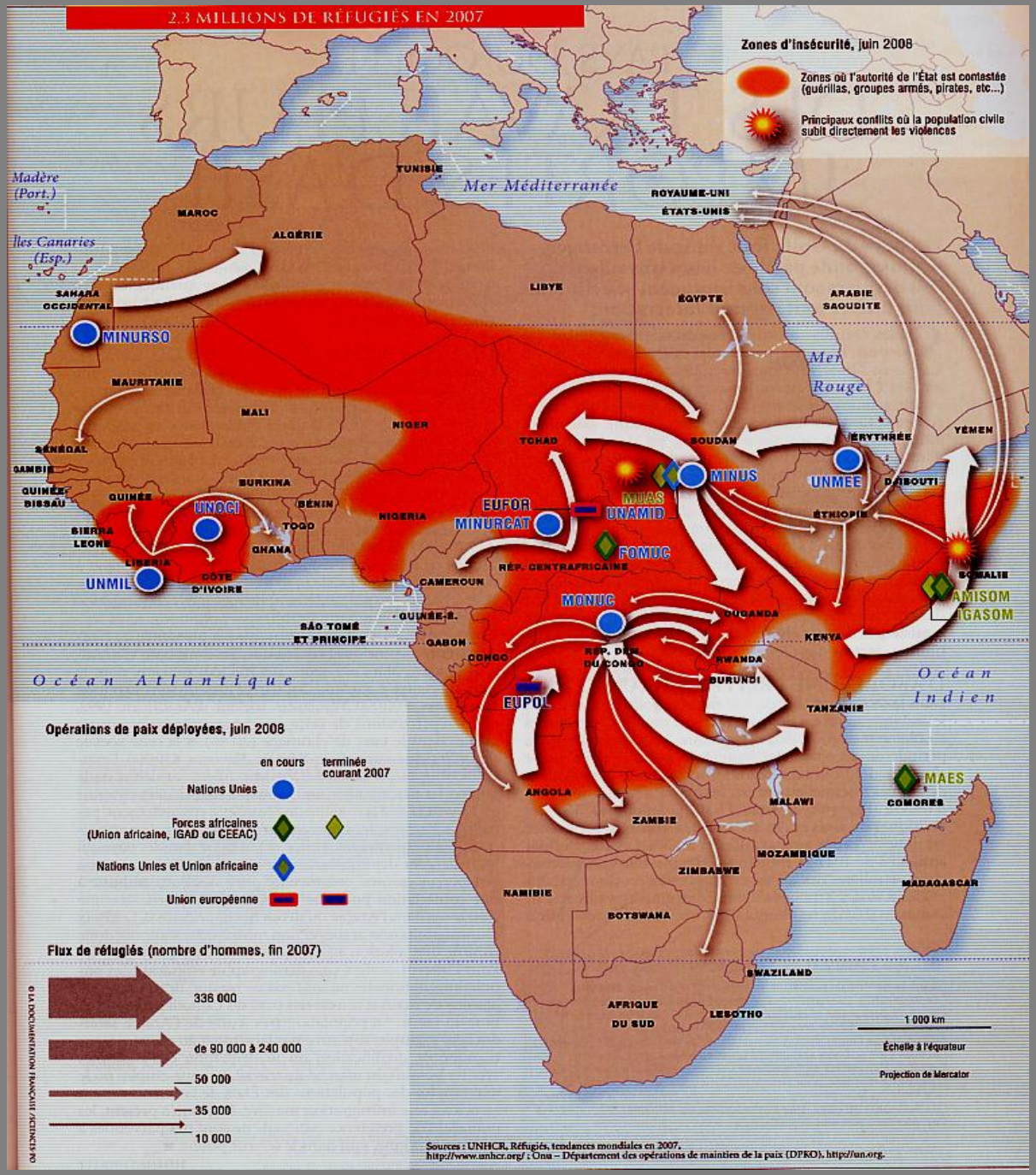
PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE BOLOPION

Le Monde 28-29 septembre 2008

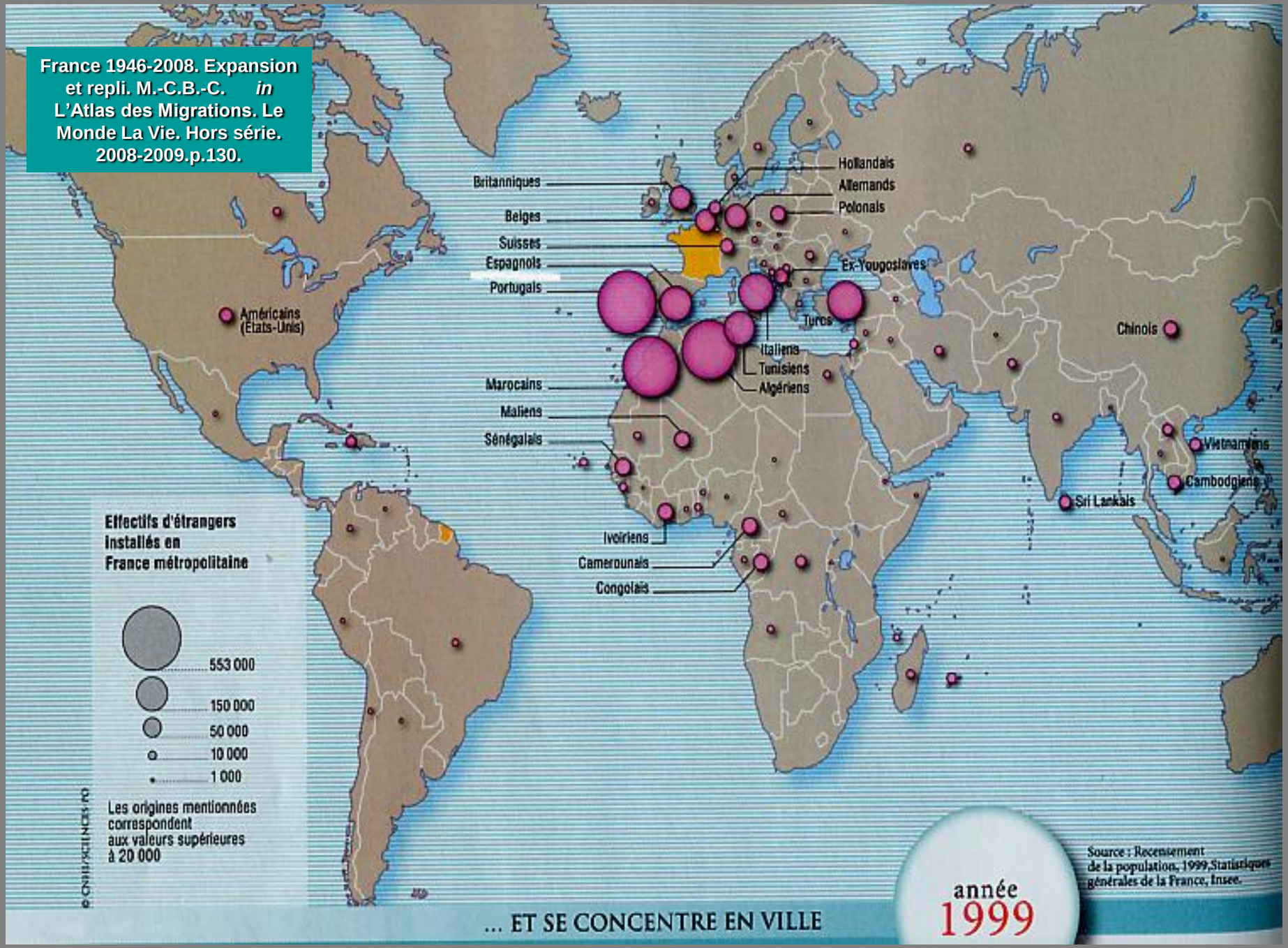
Géographie des grands flux migratoires.



Géographie des grands flux migratoires. H. Thiollet. *in* L'Atlas des Migrations. Le Monde La Vie. Hors série. 2008-2009.p.54-55

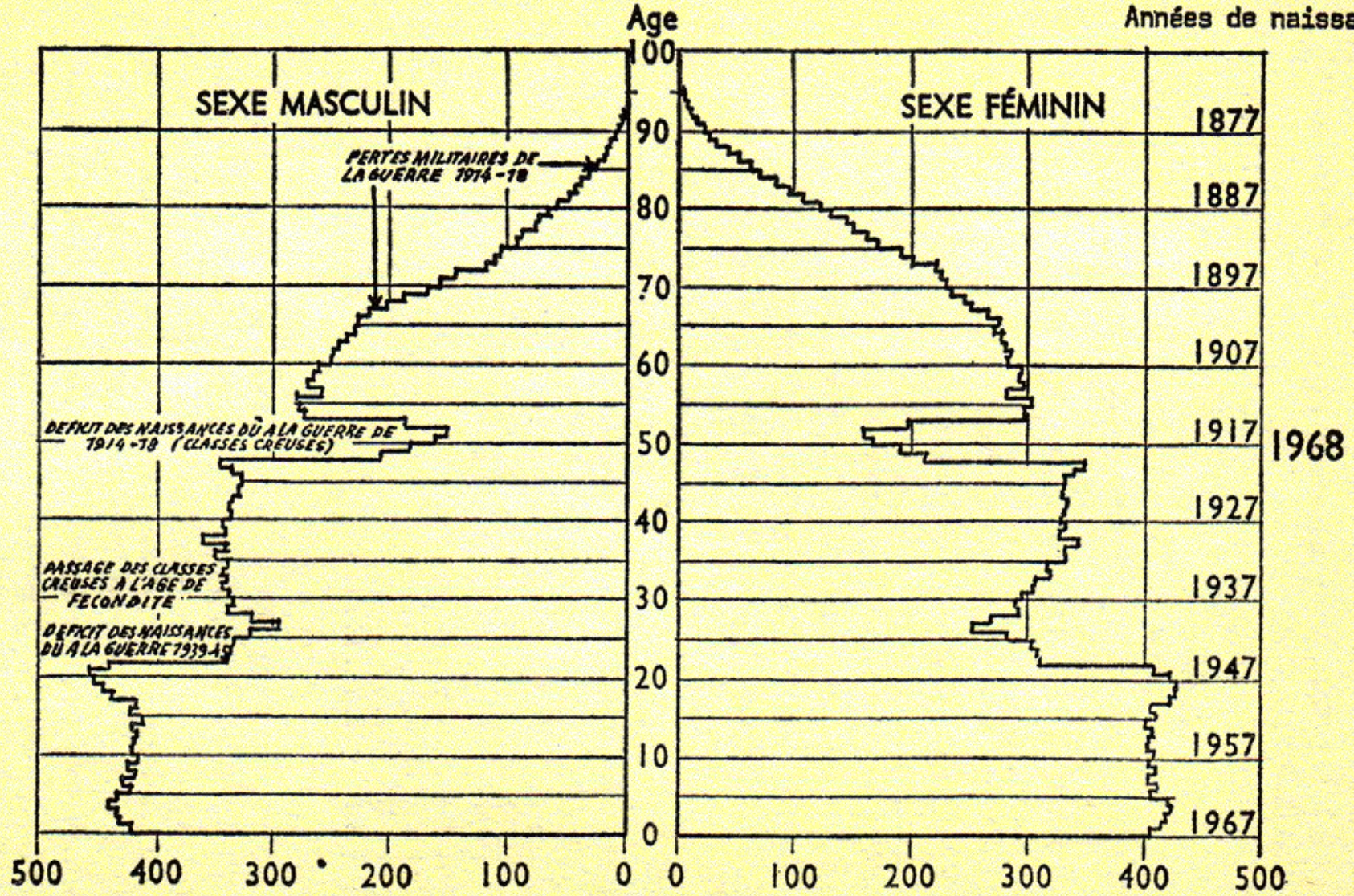


Le continent de tous les exils. P.Bernard. *in* L'Atlas des Migrations. Le Monde La Vie. Hors série. 2008-2009.p.157.



France 1946-2008. Expansion et repli. M.-C.B.-C. *in* L'Atlas des Migrations. Le Monde La Vie. Hors série. 2008-2009.p.130.

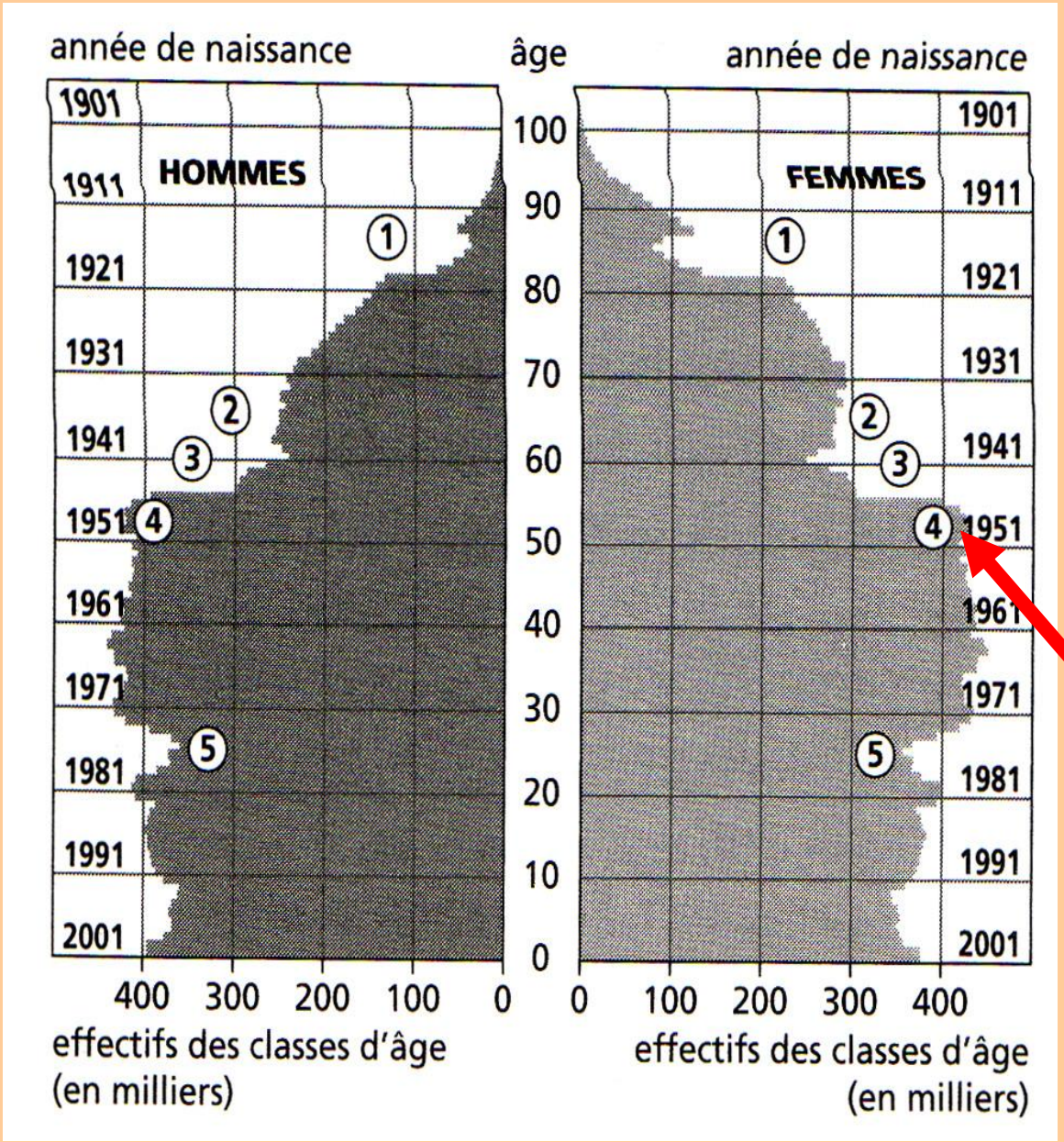
La démographie française en 1968.



g. 9. — La population française au 1er janvier 1968 (en milliers)

La population. A. Sauvy. PUF. 1970. p.84.

La démographie française en 2002



Population de la France
évaluation provisoire au 1er janvier 2002

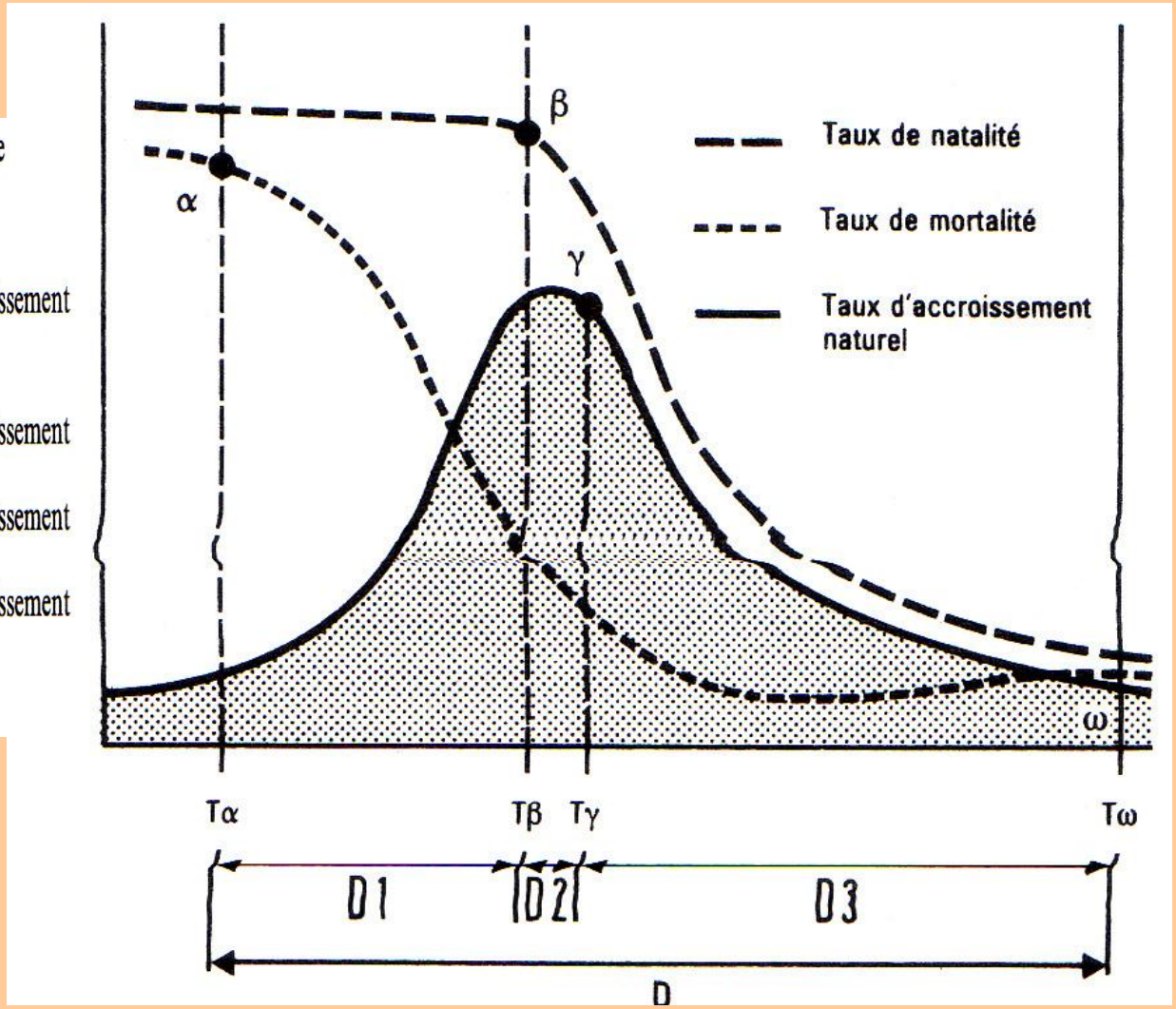
1. Déficit des naissances dû à la guerre 1914-1918 (classes creuses)
2. Passage des classes creuses à l'âge de fécondité
3. Déficit des naissances dû à la guerre de 1939-1945
4. « Baby boom »
5. Non-remplacement des générations

Les soixante-huitards.

L'Explosion démographique. A. Jacquard. Éditions Le Pommier. 2006.p.21

Fig. 2. – Les phases de la transition démographique

α = début de la baisse de la mortalité.
β = début de la baisse de la fécondité.
γ = début de la phase de rétrécissement de l'accroissement naturel.
ω = fin de la transition démographique.
D_1 = durée de la phase de gonflement de l'accroissement naturel.
D_2 = durée de la phase de plafonnement de l'accroissement naturel.
D_3 = durée de la phase de rétrécissement de l'accroissement naturel.
D = durée totale de la transition démographique.



La démographie. JC Chesnais.PUF. 1990.p.53.

Population en phase pré transitionnelle: 4 à 7 enfants par femme. (15 serait la fécondité naturelle maximale).

Population en phase transitionnelle: baisse de la mortalité, puis baisse de la fécondité (autour de 2 enfants par femme), augmentation de la durée de vie.

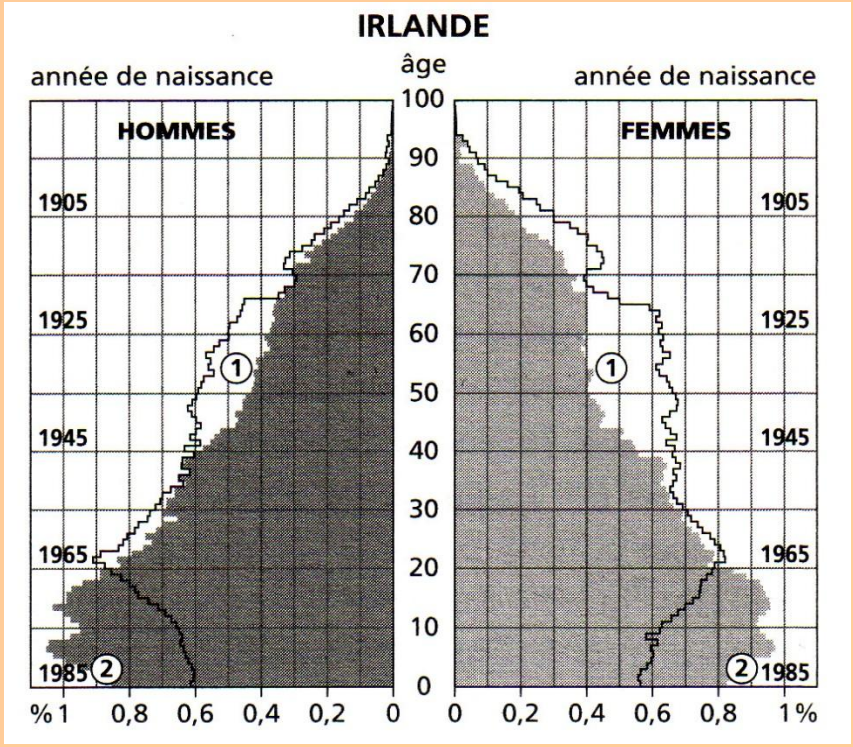
Population en phase post transitionnelle ???

La démographie. Hervé Le Bras. Éditions Odile Jacob. 2005.

La population. A. Sauvy. PUF. 1970. p.104.

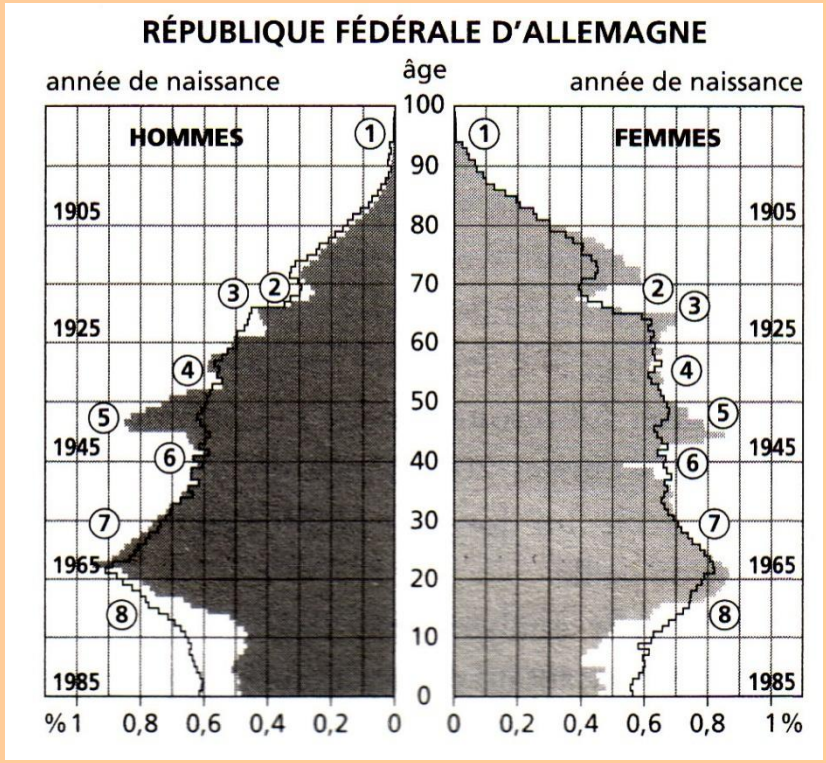
L'Explosion démographique. A. Jacquard. Éditions Le Pommier. 2006.

La démographie. JC Chesnais.PUF. 1990.p.69-



Populations de l'Irlande et de la République fédérale d'Allemagne
Au 1er janvier 1986
Le trait noir indique la moyenne des douze pays européens.

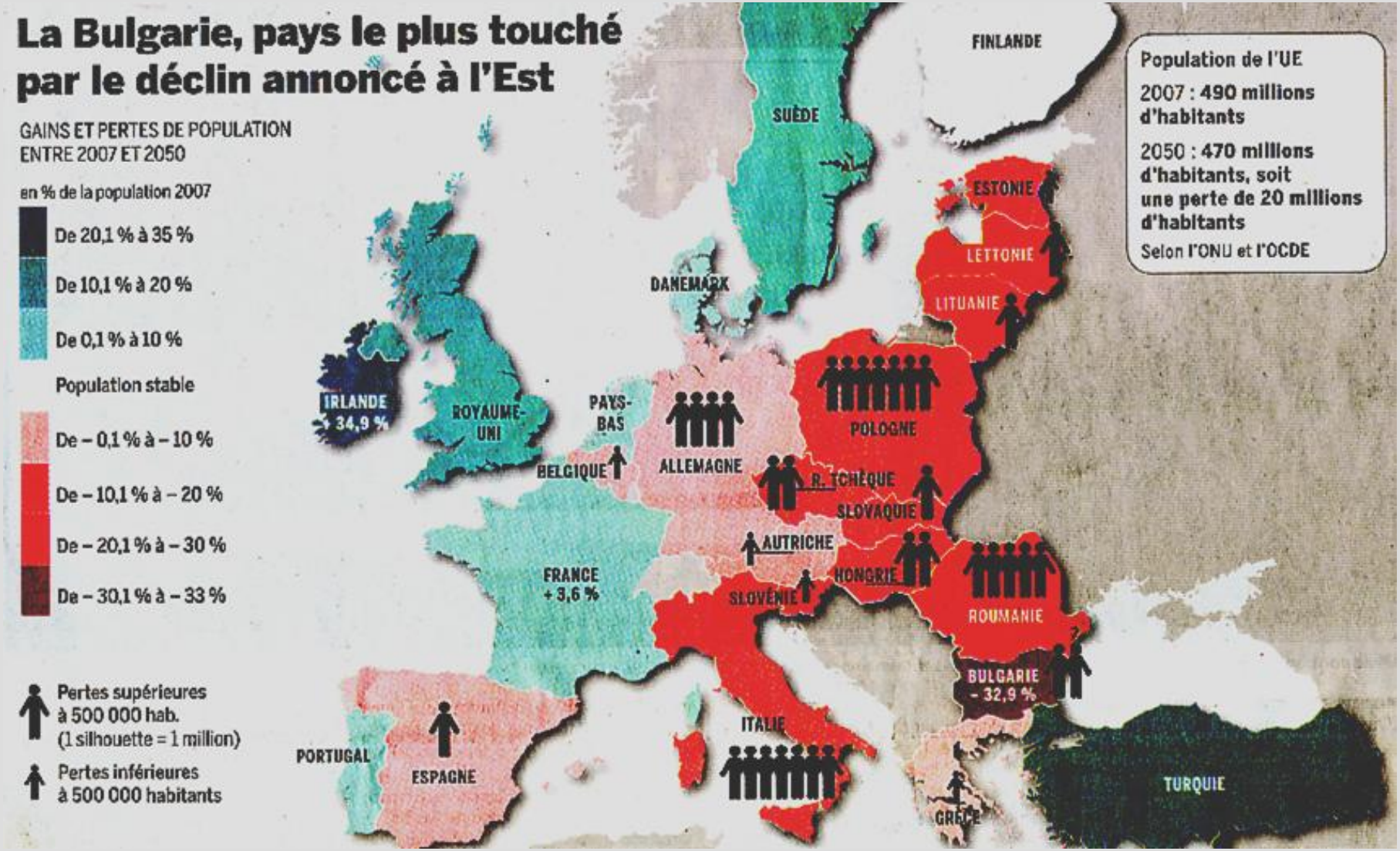
Irlande
1. Forte émigration dans les années 50 des personnes nées dans les années 30
2. Réduction de la fécondité (avec cependant maintien du remplacement des générations)



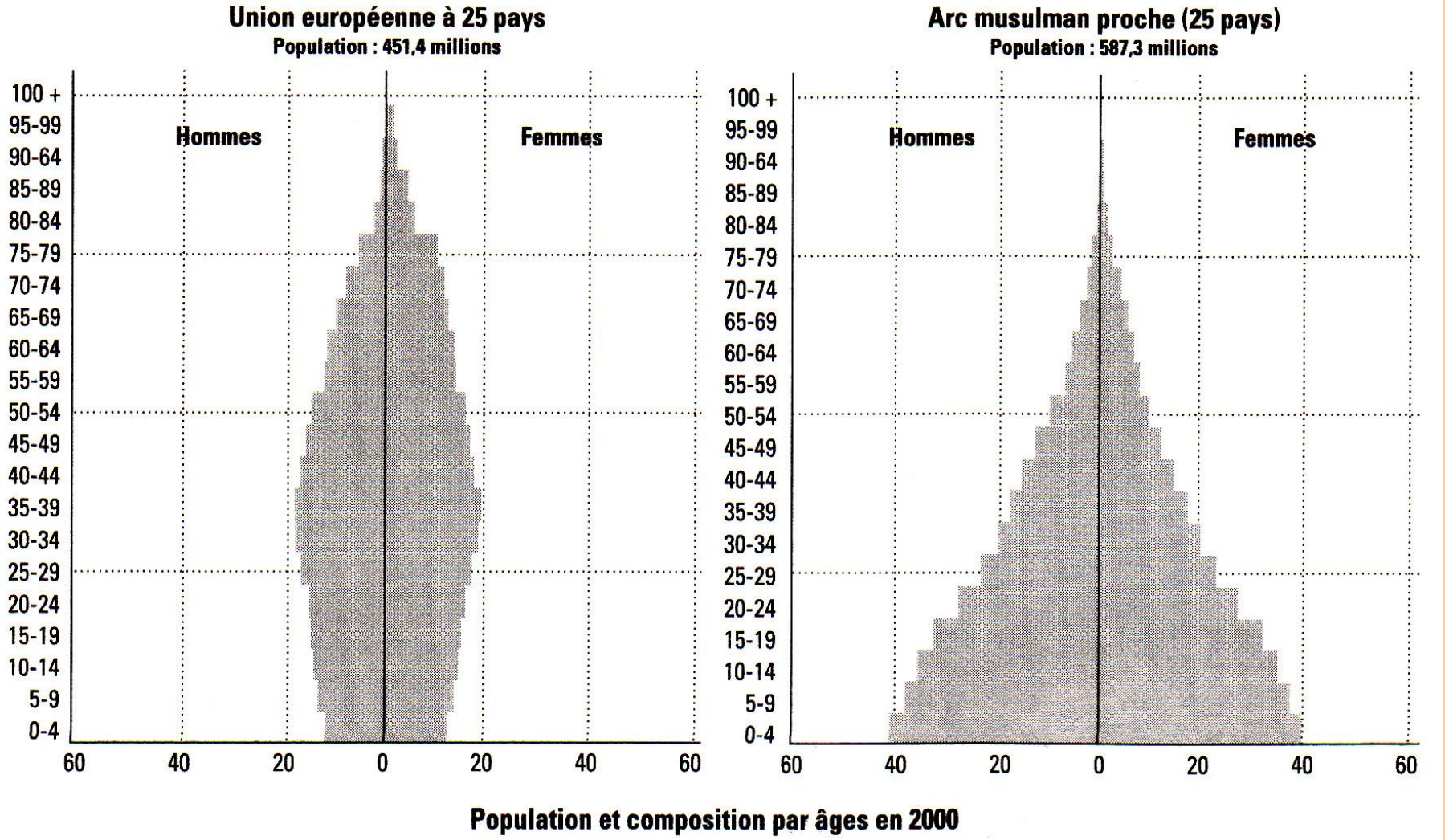
République fédérale d'Allemagne
1. Pertes militaires de la guerre 1914-1918
2. Déficit des naissances dû à la guerre 1914-1918 (classes creuses)
3. Pertes militaires de la guerre 1939-1945
4. Déficit des naissances dû aux effets de la crise économique des années 20
5. Augmentation de la fécondité due à des mesures natalistes
6. Déficit des naissances dû à la guerre 1939-1945
7. « Baby boom »
8. Non-remplacement des générations

L'Explosion démographique. A. Jacquard. Éditions Le Pommier. 2006.p.24.

Les conflits démographiques ?



In Union européenne. Le défi du vieillissement. Anne Rodier. Le Monde 2 septembre 2008. p.20.



Population et composition par âges en 2000

La démographie. JC Chesnais.PUF. 1990..p.22-

Conclusions de Populations et Conflits:

surveiller les mouvements autour et dans la population

connaître les intentions et les actions de tous

préparer la population

protéger, juridiquement, administrativement, matériellement la population

en sachant que comme toujours:

l'adversaire est en face,

l'ennemi est chez soi.

Après 1991: actions des forces armées françaises.

Opérations de Sécurité, d'interposition, humanitaires, …

Le Service de Santé: personnel permanent et non permanent

Logistique opérationnelle de la Chaîne Santé

- **Préparation des Acteurs et des Matériels**
- **Mise en place**
- **Fonctionnement**
  - **Soutien aux populations**
  - **Soutien des Acteurs:** nombre et répartition géographique
  - Médicalisation de l'avant, **rapatriement rapide**

In ARMÉES d'aujourd'hui. N°334. Octobre 2008. p.44-45.

L'organisation de la médecine de guerre sur un théâtre d'opérations

Les moyens médicaux sur un théâtre d'opérations sont organisés selon trois paramètres :
- L'estimation du nombre de blessés pendant l'opération.
- Les endroits où les incidents peuvent survenir.
- Les distances entre le lieu de prise en charge des blessés, et l'aéroport à partir duquel ils seront évacués vers la France.

Quelles que soient les circonstances, entre le poste de secours et l'évacuation médicalisée, il y a toujours au moins une structure chirurgicale déployée en permanence : ACA, GMC ou HMC.

GMC

HMC

HÔPITAL MÉDICO-CHIRURGICAL (HMC)

Déployable en 1 mois, le nouveau modèle d'HMC dotera le Service de santé des armées (SSA) dès 2009. Cette structure de 150 lits est animée par une équipe médicale et technique d'environ 200 personnes et dispose de 6 blocs opératoires.

ZONE DE CONTACT

ASSURER LA SURVIE DU BLESSÉ

PS

POSTE DE S

Il est situé à 4 ou 5 kilomètr
Le médecin d'unité, l'infirmi
secouristes placent le bless
pour qu'il puisse être transp
Mobile, l'équipe n'utilise qu
première nécessité. Le méd
(moyens, destination…) l'é

GROUPEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL (GMC)

Le GMC dispense les mêmes soins que l'ACA, mais avec une équipe renforcée : 30 personnes opérant en 2 équipes 24 h sur 24. Une fois son état stabilisé, le blessé est évacué vers un HMC ou rapatrié en France. Cette structure est ouverte à la consultation des civils locaux.

LES "URGENCES" DU THÉÂTRE

ANTENNE CH
AÉROTRANSPO

Déployable en une heure,
sécurisée à environ 20-30
équipe 12 spécialistes de
chirurgie de guerre d'urge
stabilise l'état du blessé,

HOSPITALISATION, ÉVACUATION

MORPHEE

EVACUATION MÉDICALIS
VERS LA FRANCE

Un Boeing 135 aménagé pour le transport
médicalisé des blessés emporte jusqu'à 12
sur un rayon de 7 000 km sans escale (disp
Marbella). Des Falcon 50 et 900 spécialeme

BIBLIOGRAPHIE

Quand les Alliés bombardaient la France 1940-1945. E. Florentin.
Éditions Perrin. 1997. Collection Tempus 2008.

Menace terroriste. Approche médicale. Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique.
T. de Revel, P.Gourmelon,D.Vidal, C.Renaudeau. Éditions John Libbey Eurotext. 2005.

In ARMÉES d'aujourd'hui. N°334. Octobre 2008. p.44-45.

La population. A. Sauvy.
PUF. 1970. p.104.

La démographie. Hervé Le Bras.
Éditions Odile Jacob. 2005.

La démographie. JC Chesnais.
PUF. 1990.p.69-

L'Explosion démographique. A. Jacquard.
Éditions Le Pommier. 2006.