

Circulaire interministérielle relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en œuvre des matières radio-actives.

Circulaire n°800 du 18 février 2011

Synthèse de lecture

Cette nouvelle circulaire abroge la circulaire N°800 du 18 février 2003

🕒 Chapitre 1 : Principes généraux

p.4 1.1 : Les nouvelles formes de terrorisme

* Les attentats de 201 au EU ont montré que la stratégie des terroristes pouvait désormais chercher à provoquer un nombre massif de victimes et d'impliqués. Les enveloppes au charbon ont constitué une 1^{ère} forme de terrorisme biologique.

* Tous ces derniers événements même plus récent montrent l'intérêt particulier de certains terroristes pour les matières NRBC

p.5 1.2 : Les situations concernées

* **L'objectif principal de la circulaire est le sauvetage et la préservation des vies humaines.**

* Le pouvoir contaminant d'un agent résulte de sa présence sous forme de dispersion sur toutes les surfaces sur lesquelles il s'est déposé et à partir desquelles il peut être transféré vers des personnes qui ne se trouvaient pas initialement dans la zone de dispersion.



Hôpitaux de Rouen

* Le risque radioactif n'a pas d'effets immédiats permettant de distinguer les personnes contaminées de celles qui ne le sont pas ; les rayonnements ionisants ne sont pas directement perceptibles par l'Homme. Certaines substances radioactives peuvent présenter simultanément une toxicité chimique.

1.3 : Le champ d'application de la présente circulaire

* Circulaire interministérielle qui concerne entre autres, les services de l'aide médicale urgente, les établissements de santé et notamment les établissements de référence.

p.6 * Elle s'oppose en rien au déclenchement d'autres plans de défense et de sécurité – ORSEC. Elle a seulement pour objectif d'en préciser les modalités de mise en œuvre sur le terrain.

* Les dispositions sont destinées à orienter les services et les organismes chargés de planification et conduite des situations d'urgence.

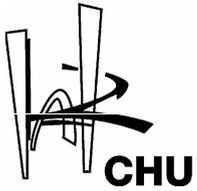
* Suite à un événement, un découpage en zone réflexe est indispensable :

- Zone d'exclusion : qui est contaminée, contaminante ou contaminable. Dans cette zone le port de tenue de protection est obligatoire. Elle comprend
 - la zone de danger immédiat environ 100m autour du point d'impact
 - la zone de danger sous le vent environ 500m
- Zone de soutien opposée au vent qui accueille les services de secours
- Zone d'accès contrôlée séparant la zone d'exclusion et la zone de soutien. Le PRV et la structure de décontamination y sont installés. Le port de la tenue de protection y est obligatoire avant la décontamination.

⌚ Chapitre 2 : Les particularités d'une intervention radiologique – Rappels

* La prise en charge de ces victimes repose sur

- Les zones accueillant les victimes ou impliqués non décontaminés doivent être considérés comme des zones d'accès contrôlé
- La décontamination externe doit être réalisée le plus précocement
- Les antidotes sont efficaces quand elles sont administrées très tôt
- La dissémination de la contamination doit être évitée autant que possible.



CHU

Hôpitaux de Rouen

2.1 : La levée de doute

* Dans l'attente de la confirmation, les actions spécifiques aux risques NRBC le plus majorant sont mises en place.

2.2 : La médicalisation

* Les actions terroristes mettant en œuvre des matières radiologiques se caractérisent par la dangerosité des produits et par un mode insidieux de contamination.

* La grande diversité des produits radiologiques utilisables va conditionner les actions de l'ensemble des moyens de secours et plus particulièrement l'action médicale.

p.9 * L'utilisation concomitante d'une substance radioactive et d'un dispositif pyrotechnique, soit pour disperser l'agent soit pour l'associer à un effet toxique à un effet mécanique, doit être envisagé.

* Les services de secours médicaux devront assurer la prise en charge des victimes blessées, brûlées, blastées et contaminées voire intoxiquées

* Ce scénario nécessite une véritable mise en condition de survie des victimes après leur extraction du milieu contaminé.

* Le médecin mettra en œuvre ces actions en fonction de ses compétences et des moyens mis à sa disposition.

* La prise en charge médicalisée des victimes doit assurer une mise en condition de survie et de stabilisation de détresses vitales avant décontamination approfondie.

* **L'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique.**

* Les chélateurs (DTPA, Bleu de Prusse...) sont administrés sur simple présomption sans qu'il soit nécessaire d'attendre les résultats des analyses complémentaires prescrites.

* l'évaluation de la contamination interne n'est pas une urgence et ne doit en aucun cas retarder la mise sous traitement, notamment antidotique.

p.10 2.3 : L'afflux non contrôlé et massif vers les ETS

* Face à un afflux massif de victime, les ETS disposent des annexes NRBC de leur PB d'ETS et pour certains d'unité de décontamination hospitalière mobiles et / ou fixe ainsi que de moyens de protection NRBC.

* Un objectif majeur consiste à effectuer un tri médical et une décontamination avant l'admission à l'intérieur de l'ETS pour éviter la contamination.



CHU
Hôpitaux de Rouen

* L'alerte des ETS doit être rapide pour permettre qu'ils soient informés pour fermer leurs accès et de mettre en œuvre leur UDH.

2.4 : Les SAS, la cellule mesure action et la cellule mesure anticipation

* Un suivi des personnels engagés en zone d'exclusion et en zone d'accès contrôlé est tenue en précisant notamment le nombre, la nature et la durée du travail du personnel en zone de danger. Dès que possible, un suivi dosimétrique individuel doit être mis en place.

* Un sac de décontamination d'urgence est immédiatement mis en place pour prendre en charge les équipes non protégées qui sont intervenues en premier.

* La cellule mesures située près des SAS d'entrée et de sortie a pour mission de coordonner la dosimétrie unique ainsi que de diffuser les consignes de sécurité à l'ensemble des participants.

* La cellule mesures anticipation, composante du poste de commandement du DOS ou COS, a pour mission d'optimiser les mesures de radioprotection.

p.11 2.5 : Les télécommunications

* La communication est un élément important du dispositif de collecte de l'information et de gestion opérationnelle.

2.6 : La signalétique sur les lieux de l'intervention

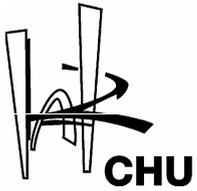
* Elle doit répondre à des impératifs :

- Visualiser rapidement les emplacements des différentes zones
- Permettre le contrôle des déplacements des personnels et des personnes impliquées
- Faciliter la communication entre les acteurs
- Faciliter la communication entre les services, les personnes impliquées et les victimes.

* Ces éléments doivent permettre une compréhension rapide et efficace entre tous les acteurs de l'intervention

* La signalétique est mise en place par les services de Police, Gendarmerie.

2.7 : Les relèves



Hôpitaux de Rouen

* DU faits des contraintes physiologiques et psychologiques dues au port de la tenue de protection et à la longueur des opérations de secours, la gestion de la relève doit être anticipée par le COS.

* L'estimation de la durée de travail en tenue NRBC est établie conjointement par le COS et le DSM en fonction des conditions climatiques, de l'intensité du travail ...

p.12 * Une fois démontrée la présence exclusive d'un produit radioactif, la tenue de protection des intervenants pour être adaptée aux risque identifié

2.8 : Les opérateurs publics et privés.

Chapitre 3 : Rappel sur l'organisation des secours en France

p. 13 3.1 Le commandement

* La Direction des Opérations de secours (DOS) relève du maire ou du Préfet représentant l'Etat dans le département

* L'organisation du commandement des opérations de secours (COS) est déterminé par le règlement opérationnel du service départemental d'incendie et de secours (SDIS)

* La diffusion de l'information aux familles est de la responsabilité du DOS;

3.2 Plans d'organisation des secours

* Dans le cadre du plan ORSEC, celui-ci permet de mobiliser et de coordonner, sous l'autorité unique du Préfet, les acteurs de la protection générale des populations au-delà du niveau de réponse courant ou quotidien des services.

* L'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave relève des dispositions prévues par le décret du 30/12/2005 (relatif à l'organisation des secours) et de la circulaire du 14/09/2006 (relative au PB et PB élargis).

Chapitre 4 : Principes généraux et missions des intervenant



CHU

Hôpitaux de Rouen

p.14 * **La rapidité d'intervention des premiers acteurs est un point essentiel de l'intervention** afin de limiter la dispersion des victimes potentiellement contaminées et contaminantes, de limiter la durée de contamination des victimes et d'éviter, autant que faire ce peu, la fuite de terroriste.

* **L'efficacité du dispositif repose en premier lieu sur la préparation, la formation, l'entraînement et l'équipements de s premiers intervenants.**

* De ce fait, il est nécessaire

- **De pré positionner les équipements NRBC dans les services** qui auraient à les utiliser, de préférence dans les véhicules de premières intervention
- **D'assurer la formation des personnels et de réaliser périodiquement des exercices interservices.**

p.15 4.1 : Choix des matériels de protection individuelle

* Une fois démontrée la présence exclusive d'(un produit radioactif sous forme de poussières ou d'aérosols, le port du masques avec une cartouche P3 ou d'une protection oculaire avec un masque facial FFP, avec une tenue de protection étanche aux aérosols voire poussières et particule, avec des gants en latex ou en nitrile peut s'avérer suffisant.

4.2 : Missions de l'échelon local et de l'échelon départemental

* Face à tout attentat ou acte de malveillance, il sera procédé à une levée de doute NRBC.

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

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

* En cas de doute, la première hypothèse retenue sera que le produit utilisé possède un pouvoir toxique voire contaminant.

* Dans les grandes agglomérations et à proximité des sites sensibles, il est développé une capacité de réponse permettant au moins d'accomplir des missions et actions rapidement.

4.2.1 : Gestion spécifique de l'alerte

- Application du canevas de questionnaire
- Echanges d'inforamtion immédiat en tre tous les services concernés par l'alerte

- Priorité donnée à l'alerte des services d'incendie et de secours, du SAMU/SMUR, et des forces de police pour qu'ils mettent en attente les personnels non protégés dans une zone abritée du vent et qu'ils ne fassent intervenir que des personnels en tenu de protection, dotés de dosimètre opérationnels

p.16

- Déploiement des équipes spécialisées
- Détermination par les services de police d'un ou plusieurs points d'accès aux différents services et d'un plan de circulation
- Prise en compte de l'éventualité d'une menace terroriste
- Dès qu'un événement est connu, le Préfet est prévenu

4.2.2 : Actions réflexes des premiers secours

* En cas de suspicion d'un événement , il est nécessaire

- De s'équiper de tenues de protection individuelle pour les personnels exposés
- De mettre à l'abri ou d'extraire les victimes non décédées de l'ambiance nocive vers le PRV
- De pratiquer des gestes indispensables de survie
- De rechercher une radioactivité anormale
- De déterminer les zones de danger à priori
- De procéder à une levée de doute vis à vis du risque de sur-attentat
- D'arrêter ou de confiner la source d'émission du produit
- De localiser un centre de regroupement des moyens

4.2.3 : Préservation des vies humaines

- Transférer vers un ETS (cf annexe 15) les extrêmes urgences par véhicules sanitaires, en prenant soin d'éviter tout risque de transfert de contamination avec l'utilisation de vinyle et de la double enveloppe
- Pratique des soins médicaux au PRV
- Mise en place le plus rapidement possible d'une décontamination d'urgence

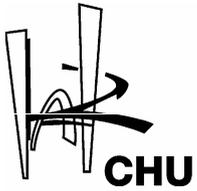
p.17

4.2.4 : Décontamination

- En zone d'accès contrôlé par déshabillage de la couche externe prioritairement

4.2.5 : Missions des équipes spécialisées de détection radiologique

4.2.6 : Accueil hospitalier



Hôpitaux de Rouen

* Tout ETS dispose d'un PB et des annexes NRBC comportant un volet spécifique radiologique

* Tous les ETS doivent prévoir les moyens susceptibles de répondre à ce type de prise en charge

p.18

4.2.6.1 : Accueil des victimes NON REGULEES

* Tous ETS doit être prêt à recevoir à tous moment ce types de victimes.

* Des procédures de tri, des circuits dédiés de prise en charge et des mesures de protection du personnel doivent être établis et connus de tous.

4.2.6.2 : Accueil des victimes REGULEES

* Les victimes régulée sont orientées prioritairement vers les ETS sièges de service d'urgences dotés d'UDH

* le niveau départemental ou interdépartemental doit permettre de conforter rapidement le niveau local.

4.3 : Capacités et missions des moyens zonaux et nationaux

* En fonction des délais, les moyens nationaux définis dans le plan gouvernemental NRBC devront être en mesure d'assurer l'appui et la relève des moyens territoriaux engagés dans les opérations de secours.

p.19

4.3.1 : Détachement central interministériel d'intervention technique (DCI)

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

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

- La recherche et le localisation de l'engin
- Le diagnostic
- L'évaluation des conséquences d'un fonctionnement de l'engin
- Le confinement
- La destruction ou l'inactivation de l'engin.

4.3.2 Unités NRBC de la Police Nationale

4.3.3 Unités NRBC de la Gendarmerie Nationale

p.20

4.3.4 Rôle des armées face à un événement NRBC

p.21

4.3.5 Service de déminage de la direction de la sécurité civile

4.3.6 unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile

4.3.7 L'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)

- Intervention en situation d'urgence radiologique hors PPI
- Engagement de moyens au poste de commandement opérationnel
- Evaluation de l'expositions des travailleurs exerçant leur activité

4.3.8 Le commissariat à l'énergie atomique et aux énergies alternatives

Chapitre 5 : Premières actions à l'échelon territorial

p.24 5.1 : Déclencher, si nécessaire le plan NRBC au niveau départemental et zonal

* Le Préfet de zone et les Préfets de départements concernés déclenchent le plan déclinant au niveau zonal ou départemental le plan gouvernemental NRBC

5.2 : Alerter sans délai les moyens de secours zonaux et nationaux

* Ceci afin de renforcer les moyens départementaux et d'en assurer la relève.

5.3 : Prendre les mesures d'alerte des populations concernées

* Les populations menacées sont alertées dans les meilleurs délais et des consignes de comportements leur sont données.

* Des consignes sont également données au public pour éviter de s'approcher des zones concernées.

* La fiche d'accompagnement du prélèvement dûment remplie par un officier de Police judiciaire. Elle comporte des éléments de contexte, les résultats de levée de doute pyrotechnique, radiologique, chimique et administrative

Chapitre 6 : Modalités particulières d'intervention des forces de l'ordre

Chapitre 7 : Gestion des victimes sur les lieux de l'événement

p.27 7.1 : En zone d'exclusion

* Deux situations :

- Soit les équipes sont averties d'un risque radiologique potentiel et s'engagent zone d'exclusion avec un appareil respiratoire isolant et une tenue de protection adaptée aux risques
- Soit la découverte du risque radiologique se fait au cours de la reconnaissance. Tout intervenant qui ne se trouve pas en tenue conférant une protection minimale doit sortir de la zone, en interdire l'accès au public, rester à l'air libre et informer immédiatement son centre opérationnel. Les équipes non protégées par une tenue de protection NRBC ne doivent pas quitter la zone d'accès contrôlée et doivent immédiatement se connaître auprès des premières équipes de secours en tenue pour pouvoir être prise en charge de façon optimale au niveau du SAS de décontamination d'urgence . Le personnel de secours éventuellement blessé, intoxiqués et/ou contaminés sont traités comme les autres victimes.

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

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

* Cette extraction d'urgence pour mise en sécurité, vers le PRV, en zone d'accès contrôlé, est réalisée en fonction de l'état clinique des victimes.

* Lorsque cela est possible, la détermination des personnes décédées est effectuée sur place. Ces dernières sont alors laissées sur les lieux pour les besoins de l'enquête judiciaire.

* Une équipe de reconnaissance spécialisée, en tenue adaptée doit déterminer la nature du rayonnement ionisant. Tandis qu'une seconde équipe débute la mesure de contamination radiologique sur les victimes.

* En fonction de la taille de l'événement, cette seconde équipe est accompagnée d'un médecin

p.28 7.2 : En zone d'accès contrôlé, à la sortie de la zones d'exclusion : PRV

* En zone d'accès contrôlé, la population sera informée par divers moyens afin que lui soit expliqué le déroulement des opérations.

7.2.1 Le regroupement des victimes

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

* A ces PRV sont réalisés les gestes de décontamination d'urgence du visage et des parties contaminées et la pose d'une protection des voies aériennes supérieures (masques FFP3). Ce dispositif devra être maintenu pendant les opérations de déshabillage et jusqu'au passage sous la douche, si elle est nécessaire.

* Tous au long des opérations, le regroupement familial sera maintenu tant que possible.

7.2.2 Le tri

* Le premier tri s'effectue rapidement dans la continuité de la phase d'extraction d'urgence, en fonction de la mobilité, des symptômes ou blessure...

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

* Le second tri, est un tri médical prenant en compte l'état clinique des victimes selon les principes de la médecine de catastrophe.

* Le troisième tri, est un tri radiologique qui sépare les victimes contaminées externes des victimes non contaminées.

p.29

Ce tri permet la mise en œuvre des traitements, leur surveillance et la priorisation pour la décontamination approfondie.

* L'ensemble des victimes et l'ensemble des personnes présentes doivent être recensés et identifiés de façon unique avec un moyen de d'identification résistant à la décontamination.

7.2.3 Le contrôle instrumental de contamination et de décontamination

* Les victimes et les personnes impliquées subissent un contrôle de contamination externe si les moyens de contrôler sont disponibles et en nombre suffisant.

* Si l'affluence est trop importante, les personnes apparemment indemnes pourront être dirigées vers un centre d'accueil des impliqués (CADI) avant de quitter les lieux une fois le radionucléide incriminé connu et après avoir fourni les indications permettant de les joindre et reçu une information succincte.

p.30

* L'évaluation de la contamination interne n'est pas une urgence à réaliser sur le lieu de l'événement et ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre du traitement notamment antidotique. Cette mesure sera réalisée dans les ETS recevant les victimes.

7.2.4 Prise en charge médicalisée des victimes

- * Le PRV est divisé en 2 parties victimes valides, victimes invalides.
- * Des gestes médicaux de stabilisation sont réalisés si nécessaire.
- * Cette prise en charge médicale dépendra du, des médecins et des moyens mis à leur disposition (annexe 8)
- * La prise en charge des victimes débute dès que possible par la mise en place d'une protection respiratoire masque FFP3.
- * La prise en charge médicale ne diffère pas des techniques habituelles : l'urgence médico-chirurgicale prime sur l'urgence radiologique

7.2.4.1 : Prise en charge des VICTIMES VALIDES

- * En fonction des choix opérationnels, dès qu'une protection respiratoire est en place, la décontamination débute soit par déshabillage de la couche externe des vêtements et des chaussures, soit par un sur-habillage avec une charlotte pour éviter la dissémination de la contamination
- * Une décontamination approfondie par une douche soit avec de l'eau et du savon soit avec une solution de DTPA 25% en insistant sur les cheveux et la barbe puis un séchage par tamponnement dextrement soigneux.

7.2.4.1 : Prise en charge des VICTIMES INVALIDES

- * Les victimes nécessitant un geste chirurgical de sauvetage doivent bénéficier d'un transfert immédiat après accord du DSM, du médecin régulateur du SAMU et de l'ETS receveur, vers un bloc opératoire disposant de matériel de protection (vinyle ...) et de personnels formés à la prise en charge de victimes chirurgicales radio contaminées. Ce transfert se fera après un emballage minutieux de la victime afin d'éviter tout risque de ré-aérosolisation des particules radioactives.

p.31

7.2.5 Prise en charge des personnes impliquées

- * Cette prise en charge débute dès que possible par la mise en place d'une protection des voies aériennes supérieures. Elles subissent ensuite un contrôle de contamination. Les personnes non contaminées sont dirigées vers le PRI pour la suite de la prise en charge tandis que les personnes contaminées sont adressées vers le PRV.

7.2.6 Organisation des centres d'accueil des impliqués (CADI)

- * Dans ces centres la prise en charge des impliqués doit être chronologique : accueil des victimes, tri radiologique, soutien psychologique et enregistrement de l'état civil.

7.3 : En zone de soutien

7.3.1 Le poste médical avancé (PMA)

* On installe dès que possible un ou plusieurs PMA placés en zone de soutien en aval des chaînes de décontamination

p.32

7.3.2 Le point de répartition des évacuations (PRE)

* L'ensemble des victimes est évacuée vers les ETS préalablement déterminés et désigné par le SAMU, le moyen d'évacuation dépendant de l'état de la victime.

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

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

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

* Cette prise en charge s'effectue au sein de la cellule d'urgence médico-psychologique et doit débuter dès que possible.

7.4 Prise en charge des hospitalières

7.4.1 : Les ETS référents

* Ces ETS ont un rôle de conseil en cas de crise et doivent être alertés sans délai. Ils organisent la formation régulière des personnels hospitaliers aux risques NRBC

7.4.2 : Rôle des ETS

* Chaque département dispose d'ETS dotés de services d'urgence et de moyens matériels pour prendre en charge des patients victimes d'un attentat radiologique.

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

7.4.3 Population susceptible d'avoir été exposée au risque

p.34

7.4.4 : Information et protection des populations

* Tous les moyens d'informations doivent être utilisés (moyens par les radio ayant passé une convention avec la direction de la sécurité civile) les chaînes audiovisuelles.



Hôpitaux de Rouen

- * Le message doit inciter la population susceptible d'avoir été en contact avec l'agent contaminant de se rendre la plus rapidement possible vers un ETS pré-désigné ou un CADI et doit indiquer les conseils particuliers.
- * Le recensement le plus exhaustif possible est effectué sur le site de l'intervention, au sein des ETS ou au CADI avant de laisser partir les personnes impliquées.

Chapitre 8 : Gestion des corps

- * Deux catégories de victimes décédées : celles décédées avant leur prise en charge par les services de secours. Elles ne seront pas déplacées. La seconde catégorie regroupe celles décédées après leur prise en charge par les services des secours.
- * Une zone de regroupement des corps victimes décédées nommée PRD est instituée
- * La gestion des décès massifs est prévue dans le plan ORSEC

Chapitre 9 : Gestion environnementale

- * Le traitement et l'évacuation des effluents se feront en liaison avec les opérateurs spécialisés.

Les annexes

Annexe 1. Schéma d'organisation destinée à porter secours à de nombreuses victimes

Annexe 2. Les différentes zones (vent inférieur à 1m/s)

Annexe 3. Les différentes zones (vent supérieur à 1m/s)

Annexe 4. Schéma du dispositif à mettre en place

Annexe 5. Organisation des services et des actions des primo-intervenants

Annexe 6. Exemple de fiche de renseignements

Annexe 7. Catégorisation selon la Société française de médecine de catastrophe

Annexe 8. Exemple de matériel

Annexe 9. Exemple d'un lot pour le déshabillage et le rhabillage des victimes valides

Annexe 10. Exemple des actions à mener et des matériels nécessaires au PRV valide

Annexe 10 bis. Exemple de procédure de déshabillage de victime contaminée valide



Hôpitaux de Rouen

Annexe 11. Exemple des actions à mener et des matériel nécessaire au PRV invalides

Annexe 11 bis. Exemple d'organisation du PRV invalides

Annexe 12. Exemple de mise en condition d'évacuation d'une extrême urgence non décontaminée

Annexe 13. Exemple de protocole de décontamination approfondie pour valides ou invalides

Annexe 14. Au niveau de l'ETS ciblé, prise en charge des extrêmes urgences

Annexe 15. Organisation générale pour l'accueil des victimes dans un ETS ciblé ou non

Annexe 16. Détection des rayonnements ionisants

Annexe 17. Moyens de l'institut de radioprotection et de sureté nucléaire

Annexe 17 bis. Disposition du ministère de la santé concernant l'investigation et le suivi épidémiologique

Annexe 18. Exemple de fiche explicative destinée aux victimes

Annexe 19. ETS de références en zones de défense et de sécurité