

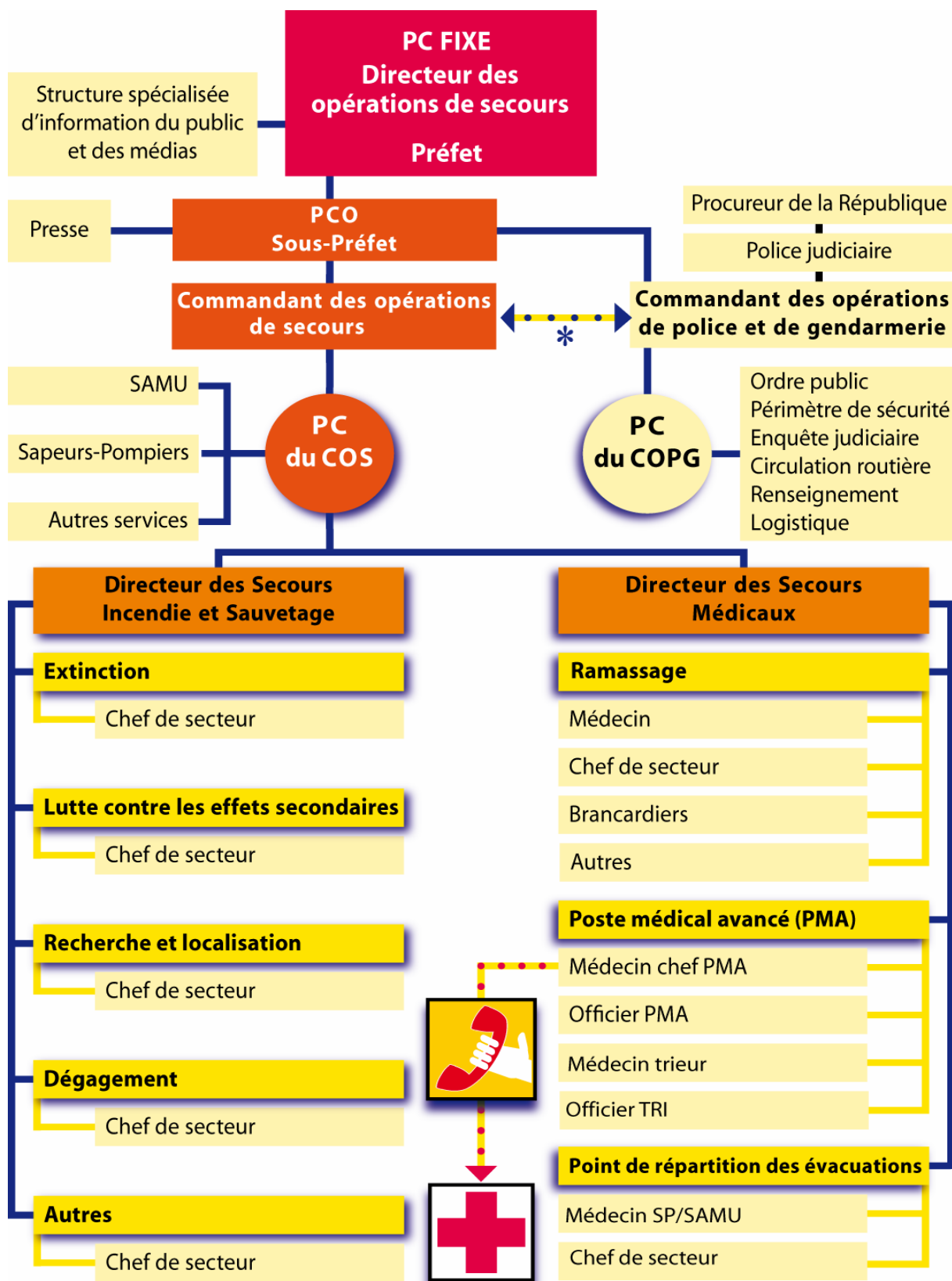
ANNEXES

de la circulaire n° 800/SGDSN/PSE/PPS du 18 février 2011

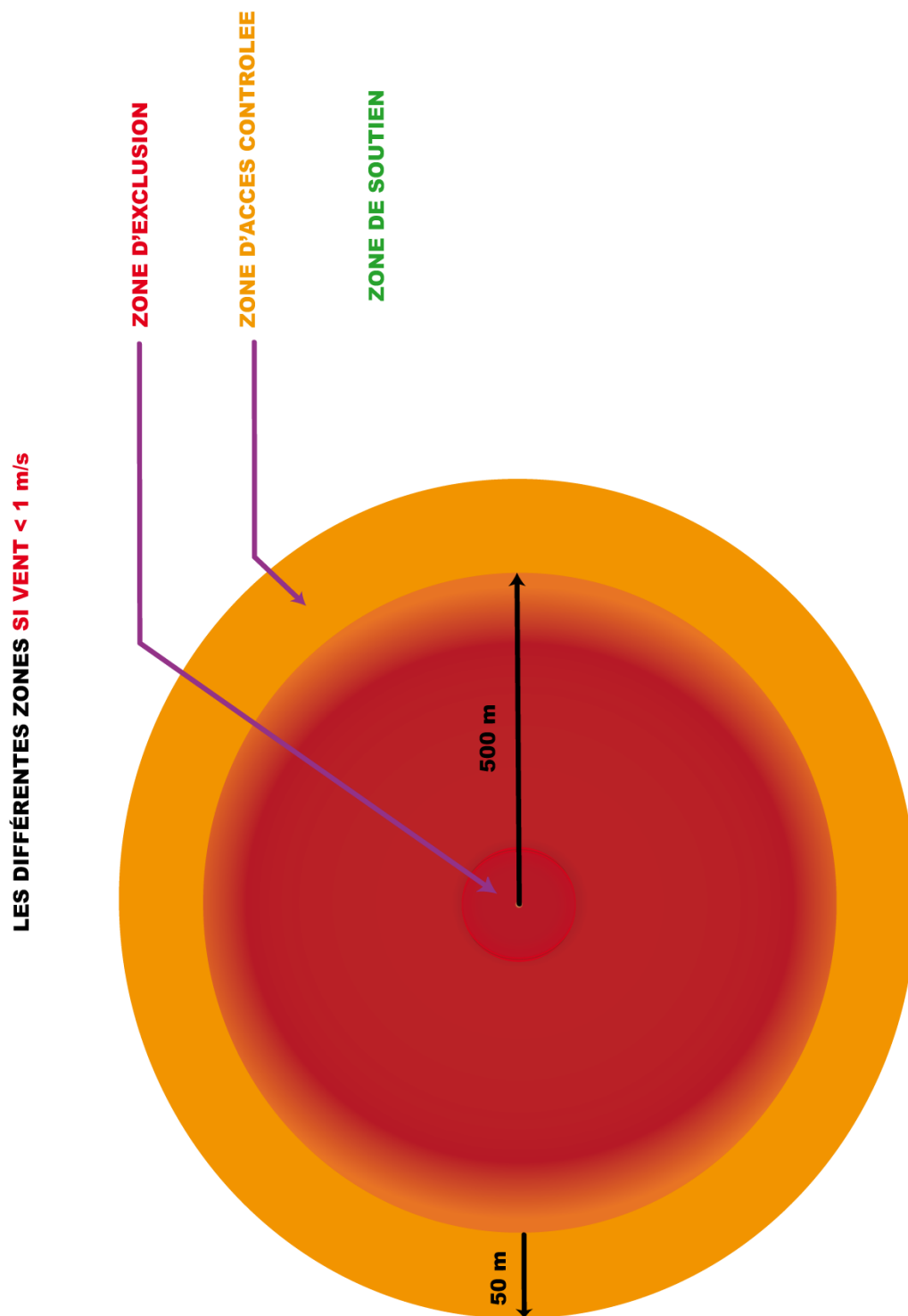
ANNEXES DE LA CIRCULAIRE NOR : P R M D 1 1 0 5 9 7 5 C

<i>ANNEXE 1</i>	<i>Schéma de l'organisation destinée à porter secours à de nombreuses victimes (ancien Plan Rouge) appartenant aux dispositions générales du plan ORSEC départemental.....</i>	<i>3</i>
<i>ANNEXE 2</i>	<i>Les différentes zones (vent inférieur à 1 m/s).....</i>	<i>4</i>
<i>ANNEXE 3</i>	<i>Les différentes zones (vent supérieur à 1 m/s).....</i>	<i>5</i>
<i>ANNEXE 4</i>	<i>Schéma du dispositif à mettre en place (Plan gouvernemental NRBC + ORSEC départemental destiné à porter secours à de nombreuses victimes).....</i>	<i>6</i>
<i>ANNEXE 5</i>	<i>Organisation des services et des actions des primo-intervenants.....</i>	<i>7</i>
<i>ANNEXE 6</i>	<i>Exemple de fiche de renseignements à demander aux témoins.....</i>	<i>8</i>
<i>ANNEXE 7</i>	<i>Catégorisation selon la Société française de médecine de catastrophe.....</i>	<i>9</i>
<i>ANNEXE 8</i>	<i>Exemple de matériels « lot PRV NRBC » : Malle « PRV NRBC / Matériels médicaux » pour 12 personnes développée sous l'égide du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale sur avis des services de secours.....</i>	<i>10</i>
<i>ANNEXE 9</i>	<i>Exemple d'un lot pour le déshabillage et le rhabillage des victimes valides (NRBC) (symptomatiques ou non).....</i>	<i>11</i>
<i>ANNEXE 10</i>	<i>Exemple des actions à mener et des matériels nécessaires au point de regroupement des victimes contaminées ou suspectes de l'être (technique de déshabillage).....</i>	<i>12</i>
<i>ANNEXE 10 bis</i>	<i>Exemple de procédure de déshabillage d'une victime contaminée valide.....</i>	<i>13</i>
<i>ANNEXE 11</i>	<i>Exemple des matériels et des actions à mener au point de regroupement des victimes invalides (UA ou UR) médicalisées.....</i>	<i>14</i>
<i>ANNEXE 12</i>	<i>Exemple de mise en condition d'évacuation d'une extrême urgence non décontaminée nécessitant un geste chirurgical de sauvetage vers un établissement de santé cible.....</i>	<i>16</i>
<i>ANNEXE 13</i>	<i>Exemple de protocole de décontamination approfondie pour victimes valides ou invalides.....</i>	<i>18</i>
<i>ANNEXE 14</i>	<i>Au niveau de l'établissement de santé (ETS) ciblé, prise en charge des extrêmes urgences (EU).....</i>	<i>20</i>
<i>ANNEXE 15</i>	<i>Organisation générale pour l'accueil de victimes dans un établissement de santé (ETS) ciblé ou non.....</i>	<i>21</i>
<i>ANNEXE 16</i>	<i>Détection des rayonnements ionisants.....</i>	<i>23</i>
<i>ANNEXE 17</i>	<i>Moyens de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire.....</i>	<i>27</i>
<i>ANNEXE 17 bis</i>	<i>Dispositions du ministère de la santé concernant l'investigation et le suivi épidémiologique.....</i>	<i>28</i>
<i>ANNEXE 18</i>	<i>Exemple de fiche explicative destinée aux victimes.....</i>	<i>29</i>
<i>ANNEXE 19</i>	<i>Etablissements de santé référents en zones de défense et de sécurité, hôpitaux d'instruction des armées mettant en œuvre un centre de traitement des blessés radiocontaminés et services médicaux des centres nucléaires pouvant apporter leur assistance (médecins compétents en matière nucléaire et mise à disposition de certains traitements de la contamination interne).</i>	<i>30</i>

ANNEXE 1 Schéma de l'organisation destinée à porter secours à de nombreuses victimes (ancien Plan Rouge) appartenant aux dispositions générales du plan ORSEC départemental

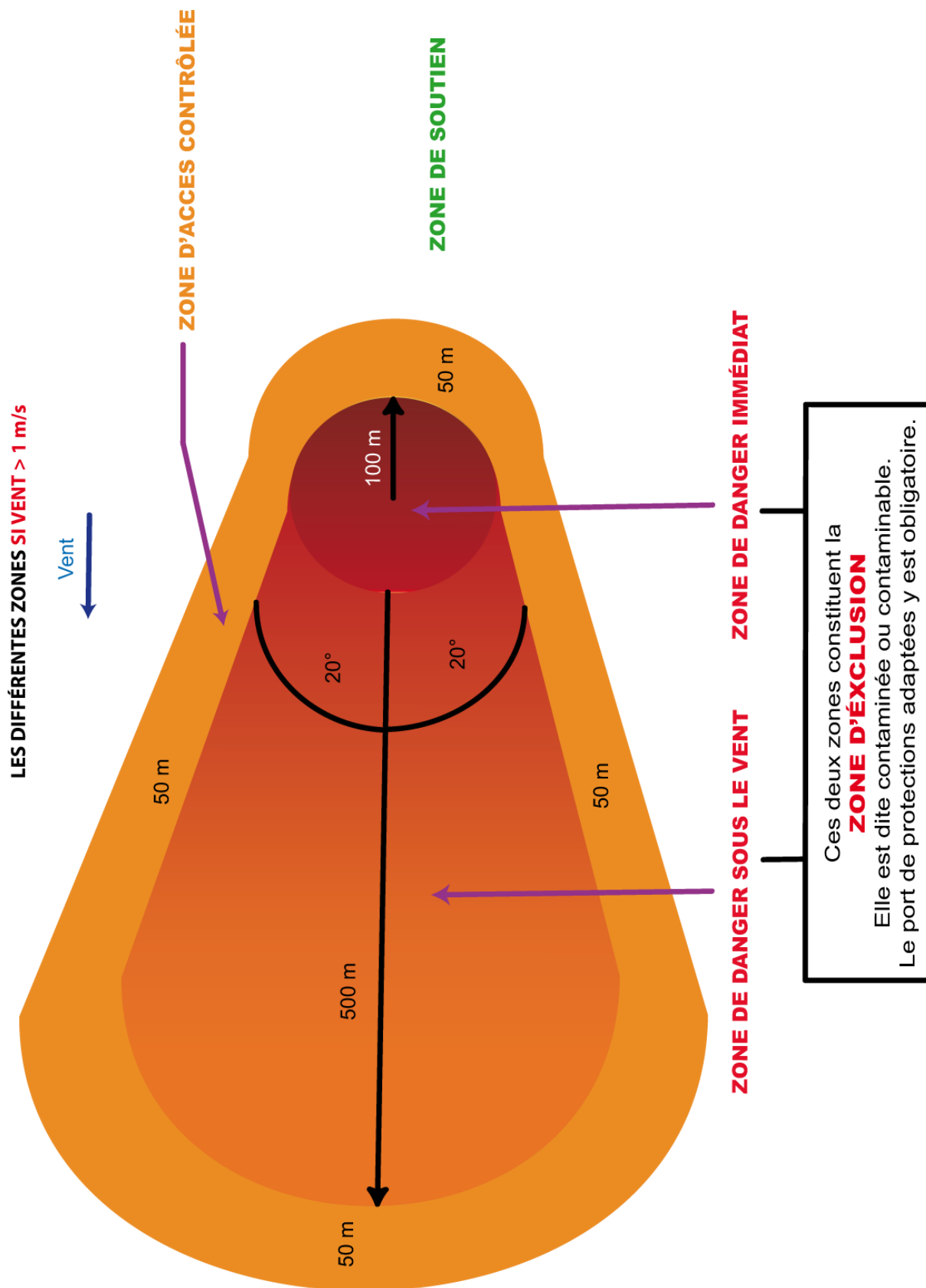


ANNEXE 2 Les différentes zones (vent inférieur à 1 m/s)



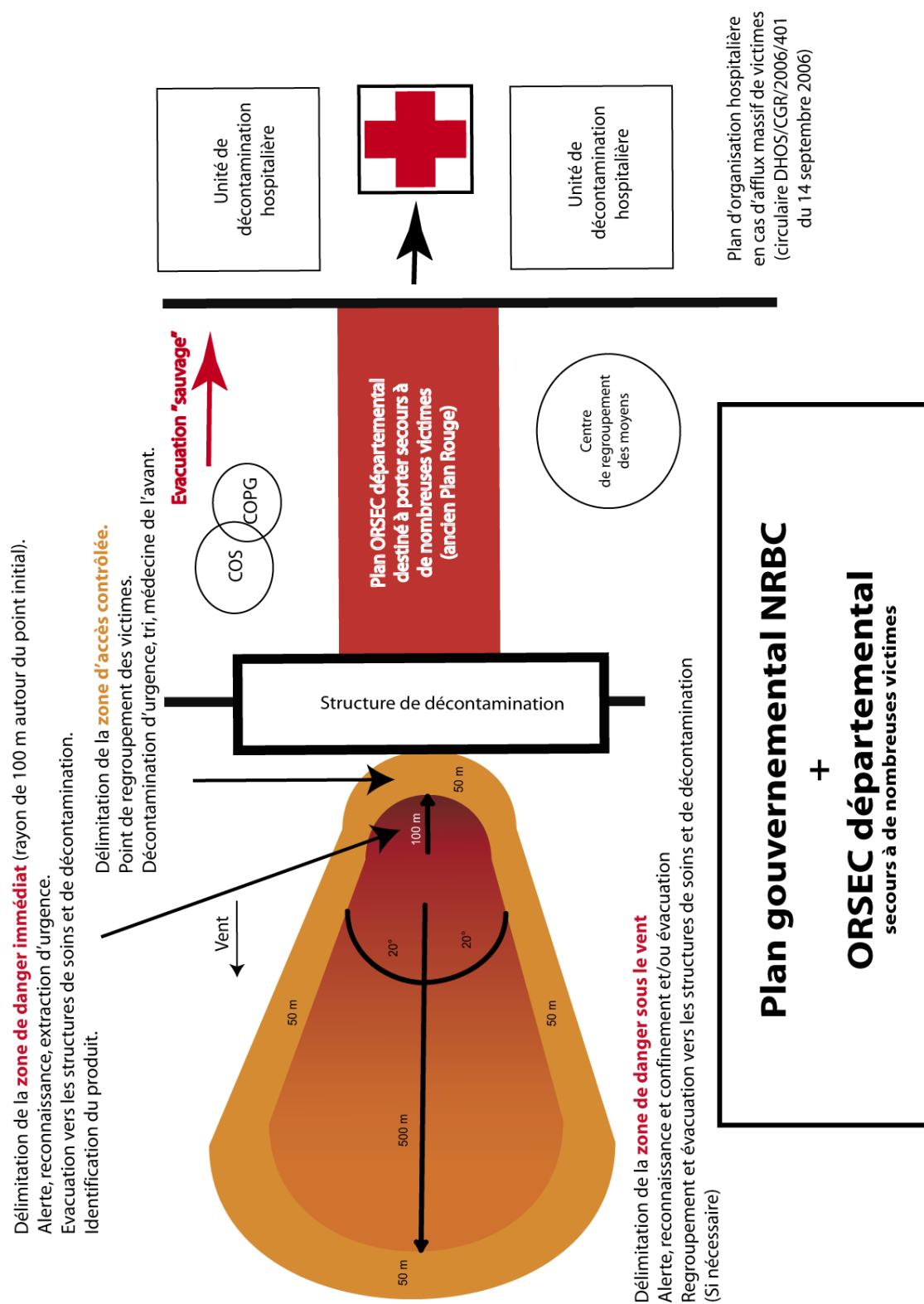
ANNEXE 3

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

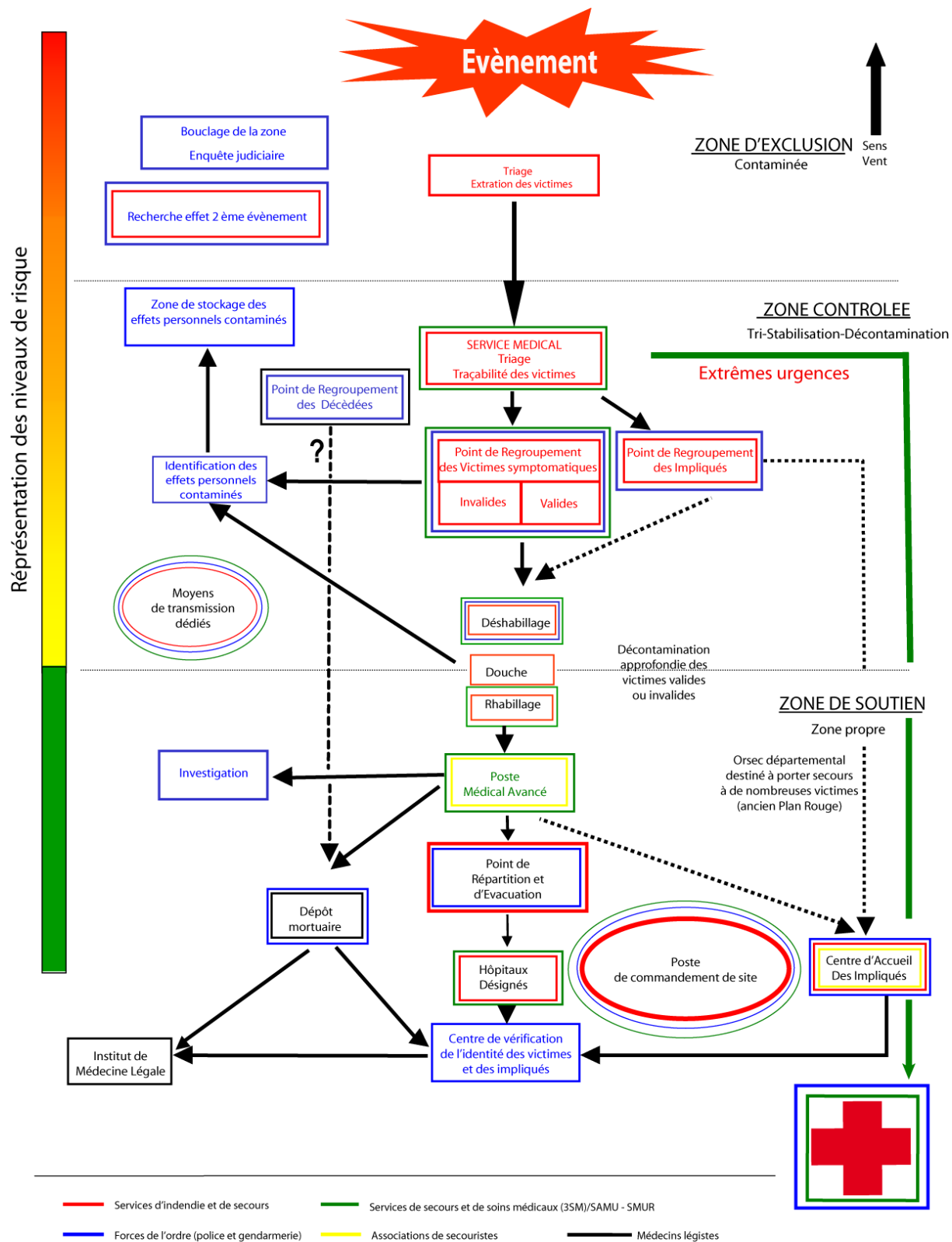


ANNEXE 4

Schéma du dispositif à mettre en place (Plan gouvernemental NRBC + ORSEC départemental destiné à porter secours à de nombreuses victimes)



ANNEXE 5 Organisation des services et des actions des primo-intervenants



ANNEXE 6 Exemple de fiche de renseignements à demander aux témoins¹

LES CIRCONSTANCES

Contexte	
Caractère confiné du lieu (centre commercial, métro, salle de spectacle ou de sports...)	
Présence d'une foule	
Notion de bruit d'explosion, même faible	
Notion de fumées visibles (préciser la couleur) ou brouillard/vapeurs	
Notion de comportement suspect (fuite d'une personne ayant renversé un produit, percé un sac, ouvert un récipient, cassé un flacon, projeté du liquide ou un gaz...)	
Présence d'un objet ou engin suspect	
Présence d'un liquide suspect	
Animaux morts ou semblant malades sur zone	
Mouvement de panique	
Les informations recueillies n'orientent pas vers un accident technologique (localisation en dehors d'une usine, pas de transport de matières dangereuses impliqué...)	
Discordance entre un nombre important de personnes présentant des symptômes par rapport à un sinistre semblant minime initialement	
Apparition de troubles chez les intervenants (sapeurs-pompiers, forces de l'ordre, SAMU)	

L'EVENEMENT

Apparition d'une odeur nouvelle (a fortiori si perçue comme anormale, mais de nombreux produits sont inodores)	
--	--

LES SYMPTÔMES DES VICTIMES

Absences de lésions traumatiques chez les victimes	
Malaise général, chute ; nombreuses personnes allongées ou assises	
Troubles digestifs (vomissements, diarrhées), perte des urines et des matières fécales	
Augmentation des sécrétions : écoulement nasal, hypersalivation, encombrement pulmonaire, larmolements, sueurs	
Diminution de la vision, myosis, céphalée frontale, sensation de baisse de lumière ambiante	
Changement de couleur de la peau	
Tremblements, crampes musculaires, convulsions, coma	
Gêne respiratoire	
Irritation cutanée	
Signes identiques retrouvés chez plusieurs victimes	
Présence de symptômes chez les victimes fuyant la zone	
Troubles d'apparition assez brutale chez l'ensemble des êtres (humains ou animaux) se trouvant proches de la zone suspectée	
Signes d'apparition retardée chez les personnes ayant été à proximité de la zone suspecte	

¹ En cas de suspicion d'attentat non classique ; les renseignements à demander sont les mêmes pour les menaces N, R, B et C.

ANNEXE 7 Catégorisation selon la Société française de médecine de catastrophe

	Catégorisation	Type de lésion
Urgences Absolues (UA)	Extrême Urgence (EU)	Victimes en danger de mort immédiate. Dans un contexte de contamination radiologique, une EU est une UA nécessitant un geste chirurgical de sauvetage.
	Première Urgence (U1)	Victimes menacées par la décompensation d'une fonction vitale.
	Urgence Fonctionnelle (UF)	Lésions caractérisées par leur topographie (œil, visage, main), l'absence de mise en jeu du pronostic vital, la possibilité d'un impact fonctionnel ou esthétique.
	Urgences Potentielles (UP)	Lésions susceptibles de s'aggraver soit inopinément soit du fait du transport.
Urgences Relatives (UR)	Deuxième Urgence (U2)	Victimes présentant des blessures ou des symptômes n'engageant pas le pronostic vital à court terme. (exemple : le traitement chirurgical des lésions peut être effectué dans les 12 à 24 heures).
	Troisième Urgence (U3)	Blessures légères caractérisées par l'absence d'évolutivité, la possibilité d'une évacuation dans un délai supérieur à 18 heures et sans médicalisation du transport.
	Urgences dépassées	Lésions gravissimes ne pouvant pas être traitées immédiatement et ne laissant que peu de chances de survie.

ANNEXE 8 Exemple de matériels¹ « lot PRV NRBC » : Malle « PRV NRBC / Matériels médicaux » pour 12 personnes développée sous l'égide du secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale sur avis des services de secours

MATERIELS MEDICO-SANITAIRES :

- 12 x "lot individuel chimique" :
- 2 feuilles de vinyle de 2,5 x 1,5 m
 - 2 sacs étanches de 100 l
 - 2 sacs étanches avec fermeture à glissière 30 x 40 cm
 - 2 couvertures de survie
 - 1 gant poudreux
 - 4 paires de ciseaux
- 1 x "lot rampe oxygène" :
- 1 rampe de distribution collective d'oxygène
- 1 x "lot BAVU adulte" :
- 7 insufflateurs à usage unique taille 5
 - 7 masques taille 5
- 1 x "lot BAVU pédiatrique" :
- 3 insufflateurs à usage unique taille 2
 - 3 masques taille 2
- 1 x "lot oxygénation adulte" :
- 7 masques à oxygène adulte
 - 7 masques aérosols adulte
- 1 x "lot oxygénation pédiatrique" :
- 3 masques à oxygène enfant
 - 3 masques aérosols enfant
- 1 x "lot matériel" :
- 3 oxymètres de pouls
 - 1 aspirateur de mucosités
- 1 x "lot aspiration de mucosité" :
- 4 sondes CH 16
 - 3 sondes CH 14
 - 3 sondes CH 10

MATERIELS DE REANIMATION :

- 1 x "lot matériel d'intubation" :
- 2 manches de laryngoscope avec piles
 - 3 lames courbes Mac Intosh numéro 4
 - 3 lames courbes Mac Intosh numéro 3
 - 3 lames courbes Mac Intosh numéro 2
 - 2 lames droites Miller numéro 1
 - 2 canules oropharyngées taille 4
 - 2 canules oropharyngées taille 3
 - 2 canules oropharyngées taille 2
 - 2 pinces de magyll adulte
 - 1 pince de magyll enfant
 - 6 mandrins d'intubation de type Eichman
- 1 x "lot sondes intubation" :
- 4 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 7,5 mm
 - 4 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 7 mm
 - 4 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 6,5 mm
 - 4 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 5 mm
 - 2 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 4 mm
 - 2 sondes trachéales bucco-nasales diamètre 3 mm
 - 12 lacets de fixation de sonde bucco-nasale
- 12 x "lot perfusion" :
- 2 cathéters courts, diamètre 1,1 mm G22 x 32 mm
 - 2 cathéters courts, diamètre 1,3 mm G20 x 32 mm
 - 2 cathéters courts, diamètre 1,3 mm G18 x 32 mm
 - 1 paquet de 5 compresses 7,5 x 7,5 cm
 - 1 dosette antiseptique type DAKIN
 - 1 perfuseur avec robinet 3 voies et site d'injection
 - 1 robinet luer-lock à 3 voies pour perfusion
 - 2 pansements adhésifs 14 x 10 cm
 - 1 bande crêpe 4 x 0,07 m
 - 1 garrot automatique
- 1 x "lot seringues et aiguilles" :
- 30 seringues de 2 pièces de 10 ml
 - 15 seringues de 2 pièces de 20 ml
 - 1 boîte de 100 aiguilles (intramusculaires) 5 cm x 0,8 mm
 - 1 boîte de 100 aiguilles (intraveineuses) 4 cm x 1,1 ml
 - 1 cathéter intra-osseux adulte
 - 1 cathéter intra-osseux pédiatrique

Malle "PRV / Moyens de détection et protection" pour 12 personnes

DETECTION - PROTECTION / CHIMIQUE

- 1 appareil portatif de contrôle de la contamination par des toxiques chimiques
- 20 cagoules de fuite

DETECTION - PROTECTION / RADIOLOGIQUE

- 1 radiamètre
- 12 paires de lunettes de protection
- 12 dosimètres individuels électroniques
- 12 demi-masques FFP3
- 24 charlottes rondes type "chirurgical"
- 12 tenues de protection papier

MEDICAMENTS

- 1 x "lot médicaments / chimique" :
- 100 ampoules de sulfate d'atropine d'1 mg
 - 20 flacons de pralidoxime de 200 mg
 - 20 ampoules de clonazépam d'1 mg
 - 30 ampoules d'édatate dicobaltique à 1,5 % de 300 mg
 - 30 ampoules de glucose à 30 % de 20 ml
- 1 x "lot médicaments / radiologique" :
- A adapter en fonction des spécialités disponibles
- 1 x "lot médicaments / perfusion" :
- 12 solutés NaCl à 0,9 % en poches de 500 ml
 - 12 solutés NaCl à 0,9 % en poches de 100 ml

¹ Société Thalès

ANNEXE 9 Exemple d'un lot pour le déshabillage et le rhabillage des victimes valides (NRBC) (symptomatiques ou non)

Dans un sachet individuel :

- 1 fiche de procédure sous forme de schémas ;
 - 1 sac étanche de 100 litres ;
 - 1 sac étanche translucide avec fermeture à glissière 30 x 40 cm pour les effets de valeur ;
 - 1 couverture de survie ;
 - 1 gant poudreux ou équivalent ;
 - 1 moyen de découpage des vêtements ;
 - 1 tenue de rhabillage (tenir compte des conditions climatiques) ;
 - 1 charlotte ;
 - 1 paire de gants ;
 - 1 masque FFP3¹ ;
- Plusieurs moyens d'identification permettant la traçabilité de la victime et de ses effets personnels.

¹ Cagoule de fuite en cas d'événement utilisant un ou plusieurs toxique(s) chimique(s).

ANNEXE 10 Exemple des actions à mener et des matériels nécessaires au point de regroupement des victimes contaminées ou suspectes de l'être (technique de déshabillage)

Objectifs :

- limiter les contaminations interne et externe ;
- assurer la survie et la stabilisation des victimes.

Moyens :

- médicalisation ;
- moyens de protection des voies aériennes supérieures ;
- déshabillage de la première couche extérieure de vêtements.

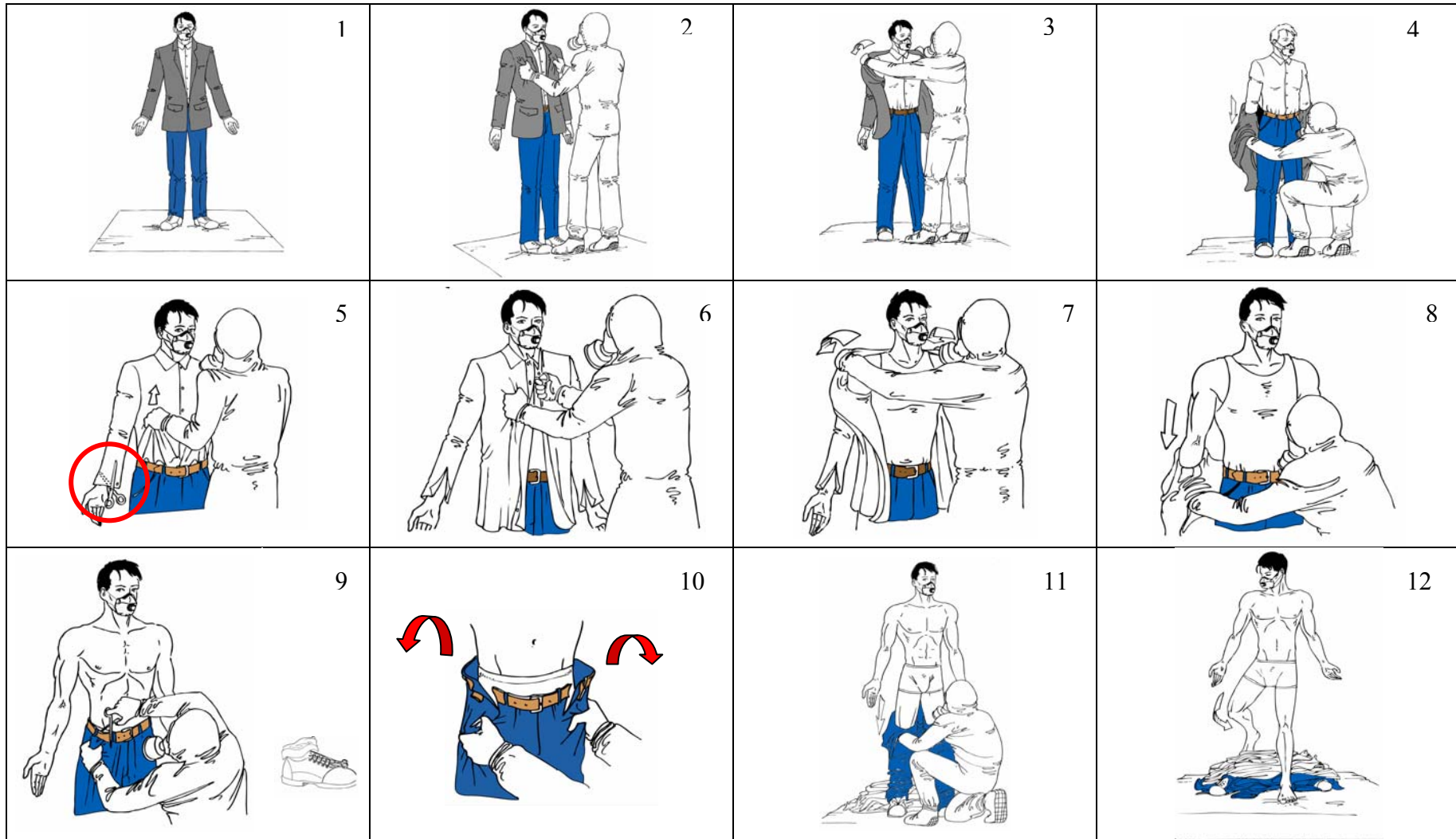
Matériels :

- sacs poubelles en matière plastique de 100 litres ;
- ciseaux à bouts ronds et à lame oblique pour découper les vêtements (trois paires) ;
- kit déshabillage/rhabillage¹ ;
- sacs étanches en matière plastique transparente ;
- moyens instrumentaux de contrôle de la contamination radiologique.

Actions à entreprendre :

- assurer la protection des voies aériennes supérieures ;
- assurer l'examen médical de la victime ;
- administrer les thérapeutiques nécessaires (antidotes, traitements symptomatiques...) ;
- assurer une surveillance et la réévaluation médicale de la victime ;
- assurer la logistique médico-sanitaire en relation avec la zone de soutien ;
- expliquer à la victime comment elle doit se déshabiller et comment elle va être aidée ;
- centrer la victime sur le sac poubelle largement ouvert sur le sol ;
- aider la victime à se déshabiller, en effeuillant les vêtements couche par couche et en évitant de répandre du toxique. Pour cela procéder en roulant les vêtements de l'intérieur vers l'extérieur ;
- découper à l'aide des ciseaux les vêtements devant être enlevés en passant par la tête ;
- aider la victime à enlever ses chaussures ;
- envelopper vêtements et chaussures dans le sac poubelle ;
- mettre un bracelet ou un autre moyen d'identification à la victime ;
- fermer le sac contenant les vêtements contaminés et les chaussures, l'étiqueter à l'aide d'un deuxième bracelet de fermeture et d'identification donné à la victime ;
- déposer les effets de valeur et les moyens d'identités dans le sac transparent et y mettre un bracelet ou un autre moyen ;
- faire, si possible, un contrôle de la contamination externe ;
- donner le kit de déshabillage/rhabillage à la victime et lui expliquer comment elle doit se rhabiller et comment elle va être aidée (ex : remettre une fiche explicative) ;
- orienter la victime vers la zone de décontamination si nécessaire ;
- préparer l'accueil de la victime suivante.

¹ Voir annexe 9.

ANNEXE 10 bis Exemple de procédure de déshabillage d'une victime contaminée valide

ANNEXE 11 Exemple des matériels et des actions à mener au point de regroupement des victimes invalides (UA ou UR) médicalisées

Objectifs :

- limiter la contamination interne et externe ;
- assurer la survie et la stabilisation des victimes.

Moyens :

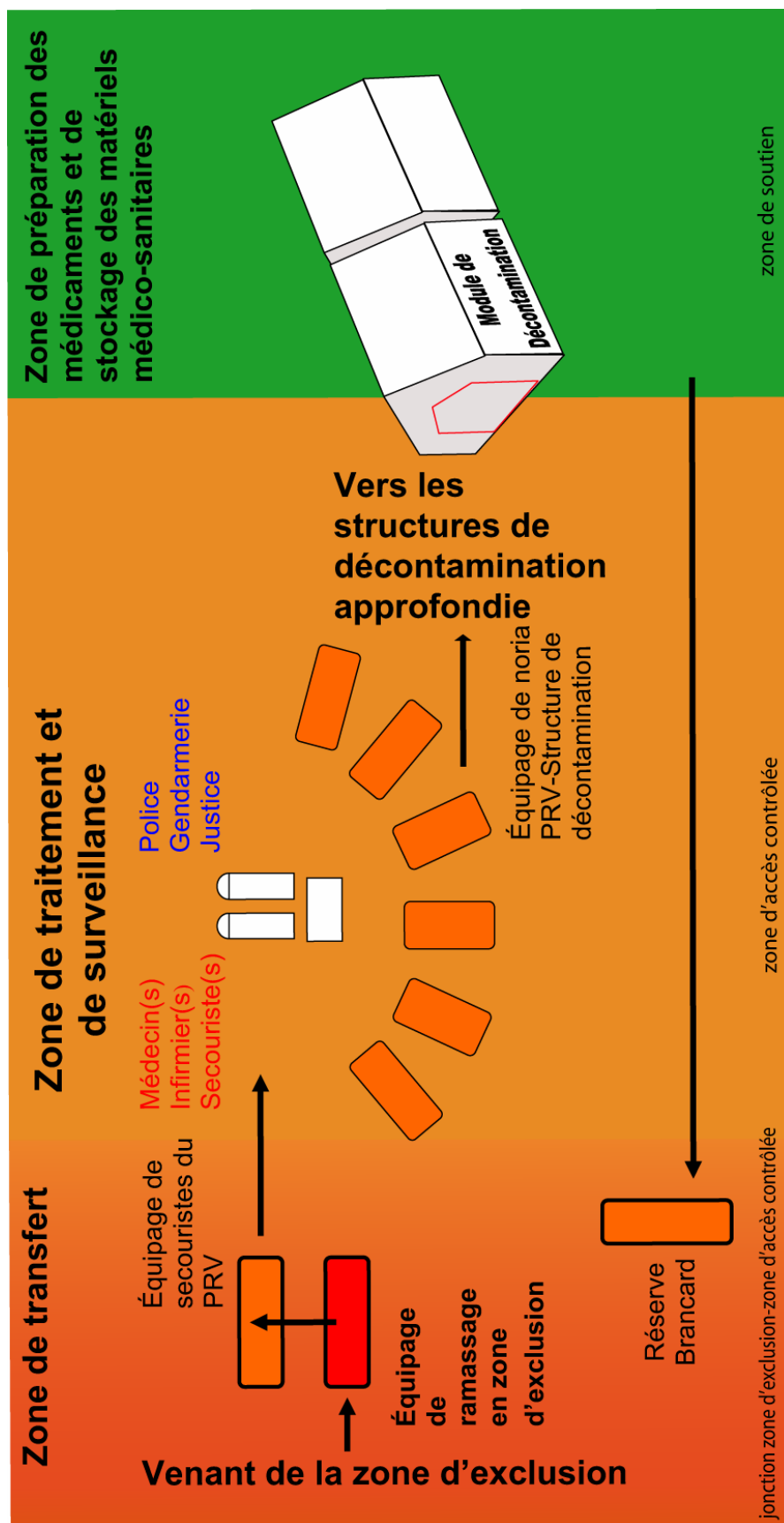
- médicalisation ;
- moyens de protection des voies aériennes supérieures.

Matériels :

- brancards ;
- deux feuilles en vinyle ou à défaut en matière plastique prédécoupées de 2,5 m de long et 1,5 m de large ;
- couvertures de survie ;
- ciseaux ;
- sacs étanches en matière plastique transparente ;
- oxygène ;
- protections respiratoires ;
- masques à oxygène à haute concentration adultes et pédiatriques ;
- masques pour aérosols adultes et pédiatriques ;
- médicaments antidotiques ;
- matériels de réanimation : perfusions, solutés, médicaments, saturomètre ;
- insufflateur manuel à valve unidirectionnelle, en butyle avec admission d'air filtrée par une cartouche filtrante de type spectre large ou équivalent.

Actions à mener :

- placer la victime sur un brancard préalablement recouvert par deux feuilles en vinyle ou équivalent ;
- assurer les gestes de survie (oxygénation, position latérale de sécurité, libération des voies aériennes supérieures...) ;
- assurer l'examen médical de la victime ;
- administrer les thérapeutiques nécessaires (antidotes, traitements symptomatiques...) ;
- assurer une surveillance et la réévaluation médicale de la victime ;
- assurer la logistique médico-sanitaire en relation avec la zone de soutien ;
- recouvrir la victime avec une couverture de survie ;
- placer un bracelet d'identification ou équivalent ;
- faire, si possible, un contrôle de la contamination externe ;
- placer les objets de valeur dans un sac étanche en matière plastique transparente et l'identifier ;
- débiter le déshabillage de la victime.



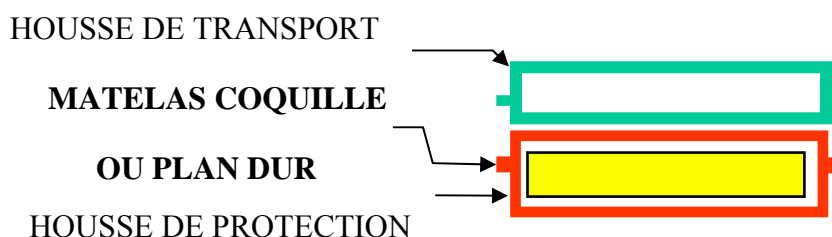
ANNEXE 12 Exemple de mise en condition d'évacuation d'une extrême urgence non décontaminée nécessitant un geste chirurgical de sauvetage vers un établissement de santé cible

La technique de la double enveloppe sera appliquée aux extrêmes urgences.

Avant de pénétrer dans le point de regroupement des victimes

Le matelas coquille (ou plan dur) est enveloppé de vinyle ou mieux introduit dans une housse de vinyle (housse de protection).

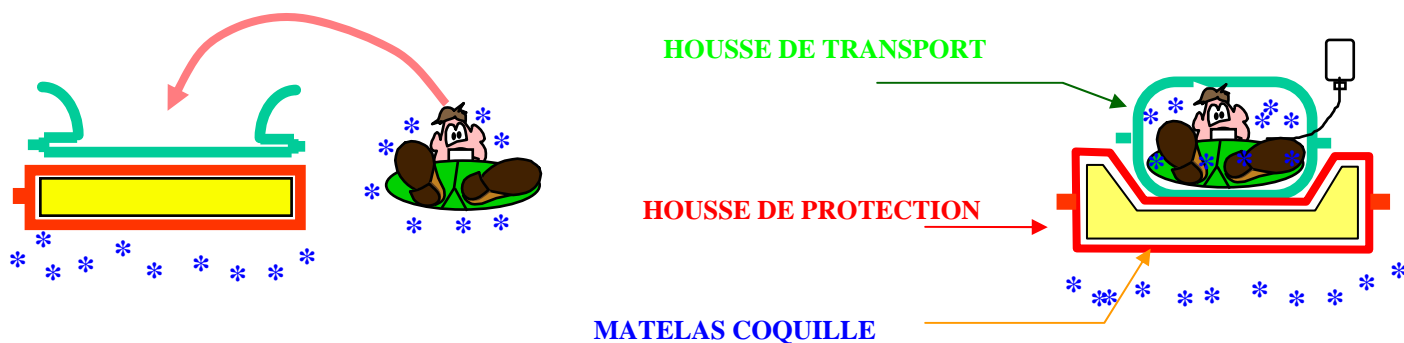
Une deuxième protection de vinyle ou une deuxième housse de vinyle (housse de transport), destinée à accueillir la victime contaminée, est posée sur le matelas coquille.



Au point de regroupement des victimes

Le matelas coquille est amené à proximité de la victime évacuée de la zone d'exclusion vers le point de regroupement des victimes par la noria de relevage.

La victime est relevée selon les techniques classiques et déposée dans la housse de transport qui est refermée en laissant libres la tête et les bras (pour faciliter une perfusion à venir ou la surveillance de la pression artérielle). Le matelas coquille est mis en dépression.

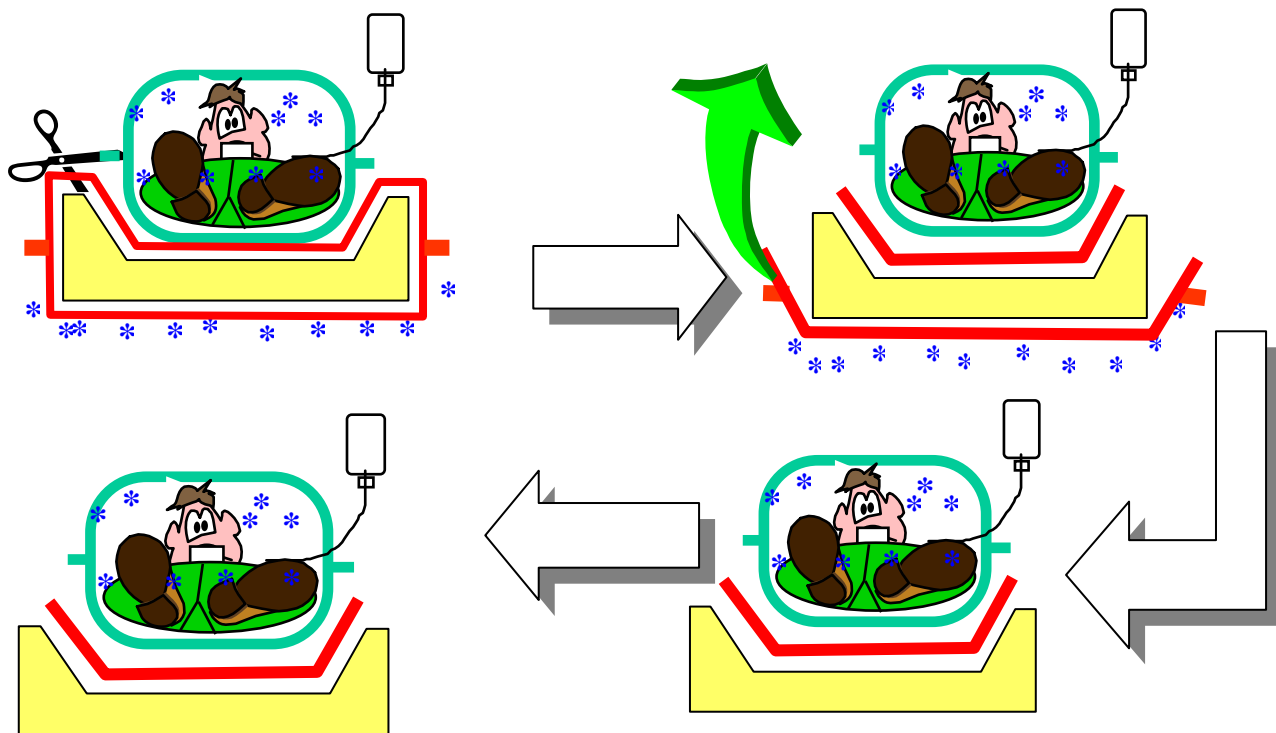


Au sas de sortie

Découpe de la housse de protection au niveau du bord supérieur du matelas coquille en dépression.

Abandon sur place de la partie inférieure de la housse de protection contaminée.

Transfert du matelas coquille à du personnel de la zone de soutien.



Au véhicule d'évacuation (en zone de soutien)

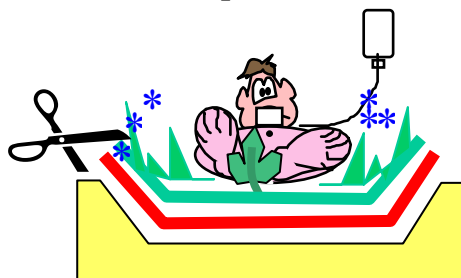
Le brancard, l'intérieur du véhicule et le matériel (dans la mesure où son utilisation reste possible) ont été préalablement recouverts de vinyle. Dépose du matelas coquille non contaminé sur le brancard du véhicule d'évacuation.

A l'arrivée à l'hôpital, ou au cours du transport en cas d'urgence

La housse de transport dans laquelle est placée la victime est ouverte et ses bords sont roulés sur eux-mêmes. Les vêtements de la victime sont incisés couche par couche (On évitera de découper simultanément plusieurs épaisseurs de vêtements).

- au niveau des manches, en partant des mains en direction du col ;
- au niveau de la fermeture antérieure de la veste ou de la combinaison ;
- au niveau des jambes du pantalon, en partant des pieds en direction de la ceinture.

Au fur et à mesure de la découpe, les vêtements sont roulés sur eux-mêmes de l'intérieur vers l'extérieur. La contamination déposée à la surface des vêtements est ainsi confinée. La contamination du cuir chevelu peut être confinée par la mise en place d'un calot de chirurgien.



ANNEXE 13 Exemple de protocole de décontamination approfondie pour victimes valides ou invalides

Objectifs :

- limiter la contamination interne et externe.

Moyens :

- décontamination approfondie.

Matériel :

- sacs poubelles en matière plastique de 100 litres ou équivalents ;
- des ciseaux à bouts ronds et à lame oblique pour découper les vêtements (trois paires) ;
- kit déshabillage/rhabillage ;
- sacs étanches en matière plastique si possible transparente ;
- moyens instrumentaux de contrôle de la contamination externe ;
- shampoing, tensio-actif ;
- solution de DTPA à 25 % si disponible.

Victimes valides

Actions à entreprendre en zone de déshabillage :

- placer sur le sol un sac poubelle de 100 litres ou équivalent ;
- faire avancer la victime dessus ;
- lui expliquer comment elle doit se déshabiller et comment elle va être aidée ;
- aider la victime à se déshabiller, en effeuillant les vêtements couche par couche et en évitant de répandre du toxique partout. Pour cela procéder en roulant les vêtements de l'intérieur vers l'extérieur ;
- découper à l'aide des ciseaux les vêtements devant être enlevés en passant par la tête (pull-over, tee-shirt...) ;
- aider la victime à enlever ses chaussures ;
- inviter la victime à quitter le sac poubelle en plastique ou équivalent par une grande enjambée et à se diriger vers la zone de décontamination ;
- envelopper vêtements et chaussures dans le sac poubelle ;
- fermer le sac contenant les vêtements contaminés et les chaussures, l'étiqueter ;
- placer le sac fermé dans le manchon d'évacuation qui débouche dans le conteneur situé à l'extérieur ;
- faire, si possible, un contrôle de la contamination externe ;
- préparer l'accueil de la victime suivante.

Actions à entreprendre en zone de lavage :

- pratiquer un shampoing en s'appliquant à bien laver à deux reprises les cheveux et la tête ;
- rincer abondamment ;
- demander à la victime d'enchaîner par une douche en utilisant du savon liquide ou une solution de DTPA à 25 % et de se rincer la tête et le corps ;
- lorsqu'une nouvelle victime se présente pour le shampoing, inviter la personne à poursuivre sa douche seule en avançant sous le poste de douche ; la durée minimale¹ de décontamination approfondie est fixée à trois minutes pour chacune des étapes : douche, savonnage du corps, des cheveux et de la barbe et rinçage ;

¹ En l'absence de données scientifiques, la durée minimale proposée est identique la durée proposée lors de la décontamination approfondie chimique.

- inviter la victime à se diriger vers la zone de séchage et de rhabillage.

Actions à entreprendre en zone de séchage et de rhabillage :

- assurer un séchage par tamponnement extrêmement soigneux ;
- réaliser un contrôle de la décontamination (cette étape est, si possible, réalisée à distance de la structure de décontamination pour ne pas perturber les instruments de contrôle) :
 - o si le contrôle est positif, une deuxième décontamination centrée sur les zones toujours contaminées est effectuée, suivie d'un contrôle de décontamination réalisé dans les mêmes conditions. Si ce deuxième contrôle est positif, il s'agit d'une contamination externe résiduelle fixée ne présentant plus de risque de dispersion et la victime peut être conduite au PMA ;
 - o si le contrôle est négatif, la victime est conduite au PMA.

Victimes invalides

Actions à entreprendre en zone de déshabillage :

- prévoir un sac poubelle de 100 litres ou équivalent ;
- faire avancer la victime sur le brancard roulant ;
- si elle est consciente, lui expliquer comment elle va être déshabillée ;
- déshabiller la victime selon le protocole de déshabillage des victimes allongées ;
- envelopper vêtements et chaussures dans le sac poubelle ;
- fermer le sac contenant les vêtements contaminés et les chaussures ;
- placer le sac fermé dans le manchon d'évacuation qui débouche dans le conteneur situé à l'extérieur ;
- préparer l'accueil de la victime suivante.

Actions à entreprendre en zone de lavage :

- placer la victime en position de lavage ;
- pratiquer un shampoing en s'appliquant à bien laver à deux reprises les cheveux et la tête ;
- rincer abondamment ;
- enchaîner par une douche en utilisant du savon liquide ou une solution de DTPA à 25 % et rincer la tête et le corps ; la durée minimale¹ de décontamination approfondie est fixée à trois minutes pour chacune des étapes : douche, savonnage du corps, des cheveux et de la barbe et rinçage ;
- faire avancer la victime sur le brancard roulant vers la zone de séchage et de rhabillage.

Actions à entreprendre en zone de séchage et de rhabillage :

- assurer un séchage par tamponnement extrêmement soigneux ;
- réaliser un contrôle de la décontamination (cette étape est, si possible, réalisée à distance de la structure de décontamination pour ne pas perturber les instruments de contrôle) :
 - o si le contrôle est positif, une deuxième décontamination centrée sur les zones toujours contaminées est effectuée, suivie d'un contrôle de décontamination réalisé dans les mêmes conditions. Si ce deuxième contrôle est positif, il s'agit d'une contamination externe résiduelle fixée ne présentant plus de risque de dispersion et la victime peut être conduite au PMA ;
 - o si le contrôle est négatif, la victime est conduite au PMA.

¹ En l'absence de données scientifiques, la durée minimale proposée est identique à la durée proposée lors de la décontamination approfondie chimique

ANNEXE 14 Au niveau de l'établissement de santé (ETS) ciblé, prise en charge des extrêmes urgences (EU)

Cette étape se déroule dans les blocs opératoires de l'ETS ciblé. Une zone spécifique y est créée pour l'accueil des victimes reçues dans les conditions d'évacuations indiquées dans l'annexe n° 12. L'ensemble du matériel (tables d'examen, lits, murs) est protégé par du vinyle contre les risques de contamination.

Le risque de contamination des personnels est faible mais non nul. Le personnel hospitalier est donc dans ce cas protégé au minimum par le port d'une tenue de bloc opératoire, d'un demi-masque facial de type FFP3¹ à usage unique, d'une protection oculaire et de gants en latex.

Lorsque les gestes indispensables à la survie ont été réalisés, une recherche de localisation de la contamination est effectuée sur la victime. En cas de contamination de faible importance surfacique, une décontamination sommaire à l'aide de compresses imbibées de savon liquide ou de DTPA à 25 % est entreprise. Bien qu'incomplète, elle est efficace.

En cas de contamination plus importante, il faut, si les installations le permettent, entreprendre une décontamination en règle.

La présence d'une contamination résiduelle, importante ou non, nécessitera par la suite l'avis du centre de référence.

¹ Recommandations de l'agence internationale de l'énergie atomique.

ANNEXE 15 Organisation générale pour l'accueil de victimes dans un établissement de santé (ETS) ciblé ou non

Cette organisation ne concerne pas la prise en charge des extrêmes urgences nécessitant un geste chirurgical de sauvetage et ne concerne pas les victimes déjà décontaminées au niveau de la chaîne de décontamination.

Seul un certain nombre d'ETS disposent d'une structure permanente pour accueillir des blessés radio-contaminés.

Il n'est pas exclu que des victimes suspectes de radio-contamination se présentent spontanément dans une structure non adaptée. Elles devront être réorientées, si l'urgence ne l'interdit pas, vers des ETS ciblés ou les centres d'accueil des impliqués.

L'accueil des victimes radio-contaminées impose l'aménagement d'une zone d'accueil et de déshabillage, d'une zone de décontamination et d'une zone de traitement. Ces trois zones doivent être individualisées et adaptées au risque de contamination éventuel. Elles se font suite, tout retour en arrière devant être impossible, y compris pour les personnels. Elles sont toutes munies d'un dispositif de récupération des déchets contaminés (sacs en vinyle).

Les personnels sont affectés à une zone et n'en changent pas durant toutes les opérations sans avoir été décontaminés.

1. Zone d'accueil et de déshabillage

Cette zone est la première dans laquelle les victimes sont admises. Elle doit permettre un examen médical rapide, une réanimation limitée et un déshabillage des blessés. Cette zone est susceptible d'être la plus contaminée.

1.1. Locaux

La pièce réservée à l'accueil et au déshabillage doit être munie de portes d'entrée et de sortie distinctes afin d'établir un sens de circulation. Le sol et, si possible, les murs sont recouverts de vinyle. Le maximum d'éléments tels que les radiateurs et les tuyauteries sont protégés par du vinyle.

Si un dispositif permet d'utiliser une entrée différente des urgences classiques, il sera utilisé en priorité. L'équipement en matériel médical sera réduit à l'appareillage mobile indispensable dont la protection par du vinyle est envisageable.

1.2. Personnels

L'équipe médicale évoluant en zone d'accueil comprend un ou plusieurs médecins, des personnels paramédicaux et les personnels hospitaliers nécessaires à l'armement de la zone.

Le nombre de personnes doit être suffisant mais limité. Le médecin doit veiller à ce que les victimes soient admises en bon ordre sans jamais saturer cet espace.

Le personnel doit être protégé par :

- une tenue de protection intégrale si l'hôpital en dispose ou une tenue de bloc opératoire le cas échéant ;
- des surbottes ;
- un demi-masque facial de type FFP3¹ à usage unique ;
- une protection oculaire ;
- des gants en latex.

¹ Recommandations de l'agence internationale de l'énergie atomique

1.3. Protocoles

Les techniques de prise en charge des victimes valides ou invalides et des personnes impliquées sont identiques à celles proposées en situation pré-hospitalière.

2. Zone de décontamination

Une zone munie d'un dispositif de douche sur flexible et si possible d'une baignoire sera affectée à la décontamination des victimes et ultérieurement des personnels.

2.1. Locaux

Les locaux sont contigus ou proches de la zone d'accueil-déshabillage. Ils doivent permettre dans tous les cas une intervention médicale rapide (aggravation secondaire d'une victime).

Il est préférable de pouvoir récupérer les eaux contaminées, mais cela impose un dispositif de cuve. Dans de nombreux cas cette récupération est impossible. Il faut alors diluer au maximum les effluents au cours du rejet et faire prévenir par les autorités compétentes le service de traitements des eaux usées de l'établissement, de la ville ou du département concerné.

Les sols et les murs seront recouverts de vinyle, en particulier au niveau des parties comportant de multiples anfractuosités (radiateurs, tuyauteries apparentes). La présence d'un sol et de murs carrelés sera un critère de choix du local.

2.2. Personnel

Les opérations de décontamination proprement dites nécessitent du personnel entraîné mais non spécialisé.

Le personnel doit être protégé par :

- une tenue de protection intégrale si l'hôpital en dispose, à défaut par une tenue de bloc opératoire ;
- un demi-masque facial de type FFP3¹ à usage unique ;
- une protection oculaire ;
- des gants en latex ;
- un tablier imperméable pour le personnel de décontamination.

La détection radiologique qui accompagne la décontamination nécessite, quant à elle, la présence de personnel compétent capable de mettre en œuvre les appareils de détection de la contamination. Ce personnel peut venir des services de médecine nucléaire ou des équipes de protection radiologique (EDF - CEA).

2.3. Protocoles

Les techniques de prise en charge des victimes valides ou invalides et des personnes impliquées sont identiques à celles proposées en situation pré-hospitalière.

¹ Recommandations de l'agence internationale de l'énergie atomique.

ANNEXE 16 Détection des rayonnements ionisants

La présence de radioéléments émettant des rayonnements imperceptibles par les sens humains rend nécessaire l'utilisation de détecteurs spécialement adaptés. Ces détecteurs, généralement utilisés pour la radioprotection, sont appelés radiamètres. Ils permettent, soit de détecter la présence de rayonnements radioactifs, soit d'évaluer la quantité d'énergie cédée à la matière (un des facteurs entraînant directement les effets biologiques).

1. Les différents types de détecteurs.

On peut classer les détecteurs en cinq grandes catégories.

1.1. Les débitmètres

Les débitmètres mesurent la quantité d'énergie cédée à la matière par unité de temps, ou débit de dose absorbée ou débit d'équivalent de dose absorbée (pour une dose rapportée au corps humain entier). Ces détecteurs permettent de cartographier les débits de dose et d'anticiper l'équivalent de dose qui sera absorbé par leur porteur.

1.2. Les ictomètres (et éventuellement sondes associées)

Ce type de détecteur est utilisé pour lever le doute sur la présence de matières radioactives et assurer la localisation de celles-ci (sources et contamination). Il traduit le rayonnement radioactif reçu, directement fonction de l'activité, en chocs ou impulsions par seconde. Les portiques de détection, dont certains portables, sont des ictomètres particuliers réalisant automatiquement la mesure de la contamination des personnes (ou des véhicules) grâce à des détecteurs à grand volume.

1.3. Les dosimètres opérationnels

La dosimétrie opérationnelle consiste en une mesure en temps réel de l'exposition externe à l'aide d'un dosimètre individuel opérationnel qui assure la mesure et l'enregistrement de l'équivalent de dose absorbée par le porteur, c'est-à-dire la quantité d'énergie cumulée cédée à la « matière du porteur » par les rayonnements. Les équivalents de dose sont donnés pour une profondeur de 10 mm (Hp 10) et éventuellement de 0,07 mm (Hp 0,07) dans le corps du porteur. Ces dosimètres disposent d'alarmes sonores et visuelles.

1.4. Les dosimètres passifs

La dosimétrie passive consiste en une mesure en temps différé de l'exposition externe (irradiation). Ainsi, le dosimètre passif assure la mesure de l'équivalent de dose absorbée. Cette surveillance a posteriori est assurée en deux étapes :

- la première est l'enregistrement consistant à mesurer les rayonnements ionisants X, β ou α ;
- la seconde consiste en un traitement afin de restituer les données et la valeur de l'équivalent de dose subi.

1.5. Les spectromètres

Ces détecteurs permettent d'identifier un radionucléide, par dépouillement d'un spectre affichant le nombre d'impulsions gamma et/ou X en fonction de leur énergie. Un utilisateur averti ne devra pas prendre en compte la proposition automatique du détecteur, mais, à chaque fois, dépouiller lui-même le spectre.

Rappelons :

- qu'identifier le radioélément au plus vite permet de choisir rapidement l'outil le plus adapté pour contrôle de la contamination ;

- que certaines CMIR utilisent des spectromètres depuis début 1999 et que dans 40 % des cas l'identification automatique par l'appareil est erronée. Ainsi, l'identification devra être doublée par un opérateur formé.

Remarque : dans le cadre du *Homeland Security*, les Etats-Unis classent leurs détecteurs de radioactivité (normes « ANSI ») de la manière suivante :

- détecteur (de rayonnements) d'alarme personnel de poche : il doit indiquer la présence et la valeur des rayonnements ionisants ;
- détecteur de rayonnements de surveillance portable : il doit détecter et mesurer les photons émis par des matières radioactives ;
- détecteur – identificateur portable : il doit mesurer les photons gammas, identifier les radionucléides tout en enregistrant leurs spectres et indiquer la présence de neutrons ;
- portique de détection de rayonnements ;
- portique de détection et d'identification de radionucléides ;
- détecteurs de neutrons.

En fait, il s'agit d'un classement sur la base de deux paramètres :

- capacité de détection ;
- compétence du personnel utilisant le détecteur.

L'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) semble reprendre un classement similaire avec, pour la détection aux frontières, les catégories suivantes, retenues pour les forces de l'ordre :

- instruments de poche : petits et légers, pour détecter la présence de matières radioactives et signaler à l'utilisateur le niveau de rayonnement ;
- instruments portables : plus lourds et volumineux, pour détecter, localiser voire identifier les matières radioactives ;
- instruments automatiques fixes : destinés aux points de contrôle, très sensibles, pour la surveillance d'un flux de personnes ou véhicules.

2. Les principes de détection

Les méthodes de détection sont fondées sur les principes physiques suivants.

2.1. L'ionisation d'un gaz ou d'un cristal

Le rayonnement ionise les atomes du milieu détecteur – qui constituent le détecteur – en cédant de l'énergie (un électron est éjecté de l'atome). En appliquant une différence de potentiel, il y aura migration des charges vers les anodes et les cathodes. Ainsi, un courant s'établit dans le circuit. Son intensité mesurée par un microampèremètre permet de donner une certaine information sur le courant. Les détecteurs les plus courants sont :

- les détecteurs à chambre d'ionisation à air ;
- les compteurs proportionnels à circulation de gaz ;
- les compteurs Geiger Müller.

2.2. L'excitation

Sous l'action d'un rayonnement, les atomes d'un élément dit « scintillateur » vont être excités (un électron change de niveau d'énergie). En revenant à l'état fondamental, l'atome « scintille ». Le photon lumineux est transformé en électron au niveau d'une photocathode. Le rendement de conversion est faible ; il faut donc amplifier le courant électrique en utilisant un photomultiplicateur (une dizaine de « dynodes » où chaque électron incident va arracher plusieurs autres électrons). Le nombre d'électrons arrivant sur l'anode, donc la valeur du courant obtenu, est proportionnel au nombre d'événements initiaux. On a généralement comme scintillateur :

- α : ZnS (sulfure de zinc) ;
- β : scintillateurs plastiques ;
- γ et X : NaI (iodure de sodium).

Les dosimètres passifs fonctionnent selon différentes techniques, dont certaines se rattachent aux deux principes décrits ci-dessus :

- émulsion photographique (dosifilm) : les rayonnements impressionnent le film comme le fait la lumière. Il s'agit généralement de films photographiques. Cette technique devrait disparaître dans quelques temps du fait de leurs capacités moindres par rapport aux préconisations de l'arrêté du 30 décembre 2004 relatif à la carte individuelle de suivi médical et aux informations individuelles de dosimétrie des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants ;
- thermoluminescence (TLD) : technique qui repose sur la lecture d'une émission de lumière par chauffage du dosimètre. L'enregistrement permet de mesurer les rayonnements ionisants à l'aide d'un support à fluorure de lithium (LiF). La lecture, différée, permet d'évaluer la luminescence lors d'un chauffage du LiF : les charges émettent une impulsion de lumière proportionnelle à la dose de rayonnement reçue ;
- luminescence optiquement simulée (OSL) : il s'agit de la lecture d'une émission de lumière. Lors de l'exposition du dosimètre aux rayonnements ionisants, des charges se trouvent piégées dans un détecteur à oxyde d'aluminium dopé au carbone. Dans la seconde phase, le détecteur est placé sous des flashes lumineux laser ou diodes électroluminescentes. Les électrons retenus dans ces pièges libèrent alors une lumière proportionnelle à la dose équivalente reçue. Les détecteurs à OSL ne sont pas sensibles aux neutrons ;
- radiophotoluminescence (RPL) : les rayonnements ionisants vont arracher des électrons à la structure du détecteur en verre dopé à l'argent. Ceux-ci sont piégés par les ions d'argent contenus dans la structure de verre. Pour la seconde phase le détecteur en verre est placé sous un faisceau ultraviolet de longueur d'onde de 320 nm. Les électrons piégés se désexcitent en émettant une luminescence proportionnelle à l'équivalent de dose reçue. En général, ces dosimètres passifs comportent deux à cinq plages de lecture. Ils ne sont pas sensibles aux neutrons.

Les résultats sont exprimés, en mSv, dans la grandeur opérationnelle réglementaire dite Hp (10) ou Hp (0.07). La plus petite dose non nulle enregistrée ne peut être supérieure à 0,10 mSv et le pas d'enregistrement ne peut être supérieur à 0,05 mSv.

3. Quelques remarques sur les choix de détecteurs

3.1. Ictomètres

Rappelons le principe de base : en situation d'incertitude, les contrôles de contamination doivent se faire des détecteurs les plus généraux vers les plus spécifiques.

Remarque : les détecteurs qui semblent les plus adaptés, en absence de certitude sur le radioélément, sont :

- ceux qui ont la capacité à détecter les photons supérieurs à 5 keV avec une efficacité correcte (des NaI pour l'instant). Ils sont souvent dénommés sondes X. Ils permettent la détection des photons, qu'ils soient directement produits par le radioélément ou produits indirectement lors de réarrangement du cortège électronique provoqué quelle que soit la nature du rayonnement, même alpha. Ces détecteurs disposent de scintillateurs très peu épais et la contribution latérale, induite par le taux de comptage ambiant, sera faible au regard du taux de comptage mesuré sur la surface à contrôler ;
- les compteurs cloche à fenêtre mince (pancakes) de type Geiger Müller, généralement dénommés sondes bêta mous permettant une détection directe – quoique parfois avec une faible efficacité - des rayonnements alpha, bêta, X et gamma.

Ainsi, les mesures débiteront par des détecteurs de type NaI « 5 keV » et détecteurs cloches Geiger Müller (pancake). Puis dès le type de rayonnements connus, le type de détecteur le plus adapté sera utilisé. Levée de doute et mesures devront suivre ces différentes étapes. Il est facile de dire qu'un objet est radioactif si l'instrument mesure un rayonnement ; en revanche, il est très difficile de dire qu'un objet n'est pas radioactif. On peut seulement affirmer que son rayonnement éventuel n'est pas supérieur au seuil de détection de l'instrument.

3.2. Dosimètres opérationnels

Le port de dosimètres opérationnels est obligatoire, au plus tôt, pour toute intervention. Pour ce qui relève des activités nucléaires, il est obligatoire dès que l'exposition externe des travailleurs est due à l'émission :

- d'un rayonnement X émis par un générateur fonctionnant sous une tension supérieure à 30 kV ;
- d'un rayonnement gamma d'énergie supérieure à 15 keV émis par un radionucléide ;
- d'un rayonnement bêta d'énergie moyenne supérieure à 100 keV ;
- d'un rayonnement neutronique.

L'arrêté du 30 décembre 2004 relatif à la carte individuelle de suivi médical et aux informations individuelles de dosimétrie des travailleurs exposés aux rayonnements ionisants donne des éléments divers sur les qualités attendues d'un dosimètre opérationnel.

Les caractéristiques des dosimètres à prendre en compte sont notamment :

- la performance de mesure des différents types de rayonnement ionisant ;
- l'insensibilité aux variations dues à l'environnement ;
- les éventuelles interférences et leur influence sur les résultats dosimétriques ;
- la taille, le poids et la résistance mécanique du dosimètre.

Le dosimètre opérationnel doit être muni de dispositifs d'alarme, par exemple visuels et/ou sonores, permettant d'alerter le travailleur sur le débit de dose et sur la dose cumulée reçue depuis le début de l'opération. Le dosimètre opérationnel affiche normalement en continu les doses reçues par le travailleur ou, à défaut, à chaque sortie de la zone de travail. Les résultats sont exprimés dans la grandeur opérationnelle appropriée $H_p(10)$ ou $H_p(0.07)$. La plus petite dose non nulle enregistrée ne peut être supérieure à 0,01 mSv et le pas d'enregistrement ne peut être supérieur à 0,001 mSv.

ANNEXE 17 Moyens de l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

L'IRSN¹ dispose des capacités de terrain suivantes :

1. Parc actuel :

Le parc actuel des moyens mobiles d'intervention de l'IRSN dédiés à l'anthroporadiométrie / environnement (le système de détection permet de réaliser les deux types de mesure) est composé de :

- six camionnettes Renault Master dont cinq sont équipées de quatre postes de mesures « modèle GEMINI » et une de deux postes (capacité de comptage = 750 à 1500 personnes, délai de mobilisation = 2 heures) ;
- un semi-remorque équipé de 12 postes de mesures « modèle Super GEMINI » (capacité de comptage = 480 personnes ; délai de mobilisation = 4 heures) ;
- un semi-remorque équipé de quatre caissons blindés pour des mesures de bas niveau (capacité de comptage = 80 personnes ; délai de mobilisation = 4 heures) ;
- une voiture-rail équipée de 32 postes de mesures « modèle GEMINI » identiques à ceux des véhicules légers (capacité de comptage = 1280 personnes, délai de mobilisation = 48 heures).

L'IRSN prévoit de moderniser l'ensemble de ce parc par étapes, tout en essayant de maintenir la même capacité d'intervention durant toute la durée du projet.

2. Configuration cible

- Volet transport :
 - o un véhicule d'intervention d'urgence, essentiellement du matériel de mesure embarqué ; délai de mobilisation = 2 heures.
- Volet environnement :
 - o quatre véhicules d'intervention d'urgence, essentiellement du matériel de mesure embarqué ; délai de mobilisation = 2 heures ;
 - o trois véhicules laboratoires d'une capacité de comptage totale de 1200 échantillons ; délai de mobilisation = 2 heures.
- Volet homme :
 - o quatre véhicules d'intervention légers d'une capacité de comptage totale de 960 personnes ; délai de mobilisation = 2 heures ;
 - o deux véhicules d'expertise d'une capacité de comptage totale de 80 personnes ; délai de mobilisation = 2 heures ;
 - o des moyens lourds : quatre moyens d'intervention lourds, d'une capacité de comptage total de 2000 personnes, délai de mobilisation = 4 heures. Ces moyens lourds sont aérotransportables.

¹ Les capacités de comptage mentionnées ci-après sont des capacités par journée de 10 heures.

ANNEXE 17 bis Dispositions du ministère de la santé concernant l'investigation et le suivi épidémiologique

1. Information des institutions en charge de l'investigation épidémiologique, de la surveillance épidémiologique post-événementielle et de la préparation de la réponse aux urgences sanitaires

Les Agences régionales de santé (ARS), avec le soutien de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Établissement de Préparation de la Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), contribuent à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des crises sanitaires.

Dans le cas d'un attentat mettant en œuvre des substances radiologiques, l'ARS concernée doit donc être prévenue dans les meilleurs délais, dès la connaissance de l'évènement par le dispositif départemental ou interdépartemental de traitement de l'alerte. L'ARS fera alors immédiatement le lien avec l'InVS et la DGS pour sollicitation de l'EPRUS afin de pouvoir mettre en œuvre en urgence une investigation épidémiologique et une réponse adaptée (moyens humains et matériels), en lien avec les services présents sur site.

2. Missions et moyens des institutions en charge de l'investigation épidémiologique, de la surveillance épidémiologique post-événementielle et de la préparation de la réponse aux urgences sanitaires

En plus des missions citées dans le *chapitre 4 principes généraux et missions des intervenants* de la présente circulaire, le dispositif de réponse opérationnelle devra assurer les missions suivantes :

- la mise en œuvre de l'investigation épidémiologique en situation d'urgence pour contribuer à identifier les substances en cause, confirmer les cas, localiser des foyers multiples, identifier les personnes impliquées non encore malades ou repérer des contaminations secondaires potentielles ;
- la détection d'une éventuelle action multisites et multiattentats par l'activation de réseaux de surveillance sanitaire : professionnels de santé, laboratoires, InVS, réseau des CAPTV...

Au delà de la réponse opérationnelle immédiate, il convient d'assurer le suivi et la surveillance épidémiologique post-événementielle pour contribuer à l'évaluation de l'impact sanitaire de l'évènement et aider à l'adaptation des mesures de prise en charge de ces personnes.

L'InVS a des missions de surveillance épidémiologique, d'investigation, d'alerte et d'aide à la gestion en situation de crise sanitaire. Dans ce contexte il a la capacité de mobiliser :

- des personnels apportant leur compétence d'épidémiologistes (en région comme au niveau national) pour l'investigation dès la phase de doute ;
- des outils (questionnaires, guides, procédures, systèmes d'informations) pour notamment
 - o l'investigation, le recueil et la remontée des informations,
 - o la centralisation et l'analyse des données à des fins de surveillance épidémiologiques ;
- des réseaux de correspondants appartenant au Réseau national de santé publique (professionnels de santé, laboratoires, CAPTV, services d'urgences et médecins urgentistes...).

L'InVS peut notamment :

- contribuer à la prise en compte immédiate d'une menace multi-site et de sur attentat en tant qu'animateur notamment du réseau des Centre Anti Poison et de Toxicovigilance en France, du réseau d'Organisation de la Surveillance Coordinée des Urgences (Oscour), ainsi que du réseau des associations SOS médecins, et en centralisant tous les signalements issus des opérateurs de soins destinataires d'un « message d'alerte rapide santé » (MARS) émis par la DGS ;
- aider à organiser le recensement et mettre en œuvre le suivi épidémiologique de la cohorte des personnes impliquées et des victimes grâce notamment à son habilitation par la CNIL pour traiter les données à caractère personnel dans le cadre d'investigations urgentes épidémiologiques répondant à une alerte ou à un problème de santé publique de façon immédiate. L'InVS pourra ainsi organiser au sein des CADI un premier entretien préliminaire au suivi épidémiologique. L'InVS coordonne par la suite le suivi épidémiologique et peut solliciter l'expertise d'autres organismes compétents.

Une évaluation initiale des besoins humains et matériels nécessaires à une prise en charge sanitaire optimale doit être adressée à l'EPRUS sans délai par la DGS. Cette première évaluation pourra être par la suite amendée en fonction de l'évolution de ces besoins.

ANNEXE 18 Exemple de fiche explicative destinée aux victimes

Vous venez d'être victime d'un événement (accident, attentat) pouvant impliquer un produit toxique et nécessitant votre prise en charge par les services de secours.

Vous êtes regroupé avec les autres victimes selon des critères précis afin de vous apporter les meilleurs soins.

Vous allez suivre une progression dans une chaîne qui comporte :

- un regroupement selon votre état ;
- un déshabillage et un rhabillage immédiat avec une tenue propre ;
- le regroupement et un inventaire de vos effets de valeur par les services de police ou de gendarmerie. Vos effets personnels vous seront rendus après vérification qu'ils ne présentent pas de danger ;
- une douche à l'eau et au savon.

Vous serez ensuite pris en charge par les forces de l'ordre et par les services de secours qui noteront vos coordonnées. Vous pourrez alors rentrer chez vous si aucun suivi médical n'est nécessaire.

Une cellule d'urgence médico-psychologique est à votre écoute si vous le souhaitez.

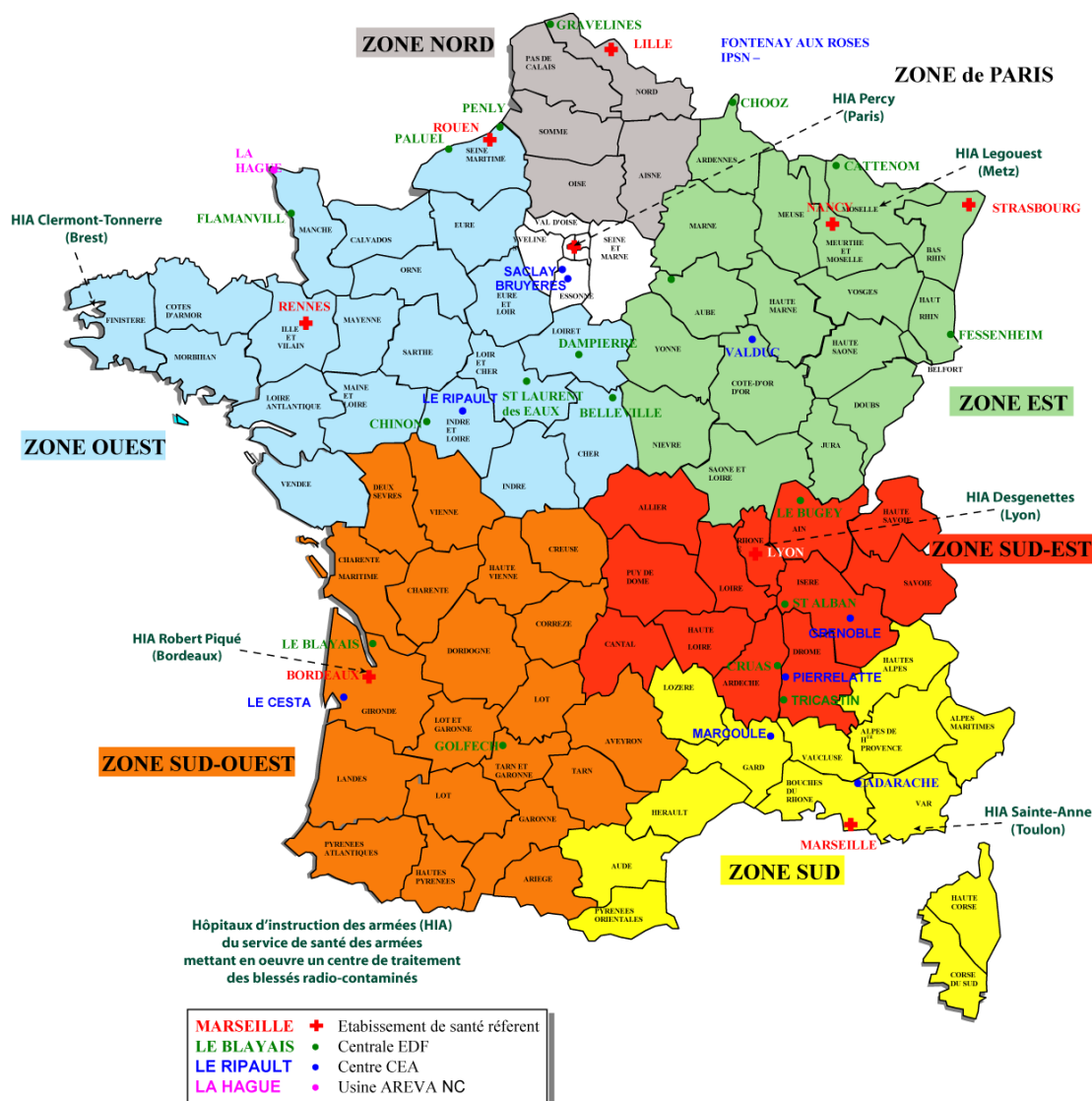
Afin de faciliter le travail des services de secours, qui sont là pour assurer votre sécurité, il vous est demandé de bien suivre les instructions orales ainsi que les instructions des panneaux d'information que vous trouverez sur votre parcours.

L'ensemble des services présents est là pour vous et pour votre famille.

Merci de votre compréhension et de votre participation.

ANNEXE 19

Etablissements de santé référents en zones de défense et de sécurité, hôpitaux d'instruction des armées mettant en œuvre un centre de traitement des blessés radiocontaminés et services médicaux des centres nucléaires pouvant apporter leur assistance (médecins compétents en matière nucléaire et mise à disposition de certains traitements de la contamination interne).



LES CINQ ZONES DE DEFENSE ET DE SECURITE OUTRE MER

