

BULLETIN OFFICIEL DES ARMEES



Edition Chronologique n°14 du 11 avril 2008

PARTIE PERMANENTE
Etat-Major des Armées (EMA)

Texte n°6

INSTRUCTION N° 115/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA

relative à l'intervention du service de santé des armées en cas d'accident à caractère radiologique en temps de paix.

Du 14 janvier 2008

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : *sous-direction « action scientifique et technique », bureau « technique ».*

INSTRUCTION N° 115/DEF/DCSSA/AST/TEC/MDA relative à l'intervention du service de santé des armées en cas d'accident à caractère radiologique en temps de paix.

Du 14 janvier 2008

NOR D E F E 0 8 5 0 3 9 8 J

Références :

Instruction ministérielle n° 17069 du 18 novembre 2004 (n.i. BO).
Instruction interarmées n° 454/DEF/EMA/FN/1/DR du 29 avril 2005 (n.i. BO).
Instruction n° 3300/DEF/DCSSA/OSP/OORI/ORG du 11 mai 2005 (BOC, 2005, p. 3006. ; BOEM 620-0.1.2).

Pièce(s) Jointe(s) :

Six annexes dont deux appendices.

Texte abrogé :

Instruction n° 1830/DEF/DCSSA/AST/TEC/1 du 28 juillet 1994 (BOC, p. 2966. ; BOEM 627.1.3) modifiée.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 627.1.3.

Référence de publication : BOC N°14 du 11 avril 2008, texte 6.

1. INTRODUCTION.

1.1. **Champ d'application.**

Le service de santé des armées est responsable de la prise en charge médicale des victimes militaires ou civiles en cas d'événement à caractère radiologique survenant en temps de paix :

- dans une enceinte militaire ou intéressant la défense participant à la mise en œuvre et à la maintenance des systèmes d'armes nucléaires ou au soutien des chaufferies nucléaires embarquées ;
- à bord d'un bâtiment de la marine nationale à la mer ou stationnant dans un port militaire de métropole ou en escale ;
- lors d'un transport de matières radioactives sur le territoire métropolitain sous la responsabilité du ministre de la défense ;
- dans les installations de la défense détenant ou utilisant des sources de rayonnements ionisants (générateurs de rayon X, sources radioactives scellées ou non scellées).

Ces installations tirent leur caractère spécifique de la présence de matières nucléaires ou radioactives (plutonium, uranium, tritium, mais aussi radioéléments divers utilisés en médecine nucléaire ou en recherche) ou d'appareils émetteurs de rayonnements ionisants (radiodiagnostic, radiothérapie, contrôle non destructif).

Dans certains cas un risque chimique peut être associé au risque radiologique.

Le service de santé peut être conduit à intervenir en cas d'accident en milieu civil à la demande de l'état-major des armées ou dans le cadre de conventions établies entre le ministère de la défense et certains organismes à vocation nucléaire.

Des conventions de prise en charge des blessés sont possibles entre ces établissements à vocation nucléaires et les hôpitaux d'instruction des armées.

1.2. Principes de l'intervention médicale.

L'intervention médicale répond à un certain nombre de principes modulés par le type d'exposition auquel sont soumis les victimes. Le risque radiologique est dans tous les cas secondaire par rapport à l'urgence médicochirurgicale. La décontamination puis l'administration d'un traitement contre la contamination interne doivent néanmoins, pour être efficace, survenir rapidement.

La décontamination rapide a pour objectif d'éviter la dispersion des poussières contaminées, d'empêcher une contamination secondaire par inhalation ou de limiter les brûlures radioinduites. En l'absence de risque d'incorporation par la peau ou les muqueuses, la décontamination fine ne constitue pas une priorité.

Toute intervention est par ailleurs menée avec le souci de limiter la contamination du personnel d'intervention et du matériel.

Après la prise en compte de l'urgence médicale et la décontamination, la priorité doit être donnée au traitement de la contamination interne, d'autant plus efficace qu'il est administré précocement. Il doit être administré sans attendre les résultats des examens radiotoxicologiques. Ceci est justifié par le fait que ces médicaments diminuent la dose totale délivrée à l'organisme. Le bilan radiotoxicologique sera effectué dans un second temps par l'analyse de prélèvements biologiques et des excréta ainsi que par des mesures directes sur l'organisme entier.

En cas d'irradiation externe, il n'y a pas d'urgence thérapeutique réelle, hormis la soustraction des victimes à la cause d'irradiation. Il est néanmoins important de recueillir, dès le début de l'intervention, des éléments d'enquête permettant d'établir *a posteriori* un diagnostic dosimétrique (circonstances, relevés dosimétriques, géométrie, chronologie...)

En cas d'irradiation et de contamination associée, ces deux séries de mesures sont appliquées simultanément.

En cas de risque chimique susceptible d'entraîner des effets corrosifs, le déshabillage et la décontamination des victimes doivent être réalisés dans les délais les plus courts. Tant que ces opérations n'ont pas été effectuées, les équipes médicales d'intervention doivent disposer d'équipements de protection individuels adaptés.

2. MISSION ET MOYENS DES ORGANISMES DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES.

2.1. La direction centrale du service de santé des armées.

Le directeur central du service de santé des armées dirige et coordonne au niveau national l'action du service de santé. En cas d'accident à caractère radiologique, la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) est immédiatement informée par le centre de planification et de conduite des opérations (EMA/CPCO) et/ou le directeur régional du service de santé concerné.

Selon l'importance de l'accident, le centre opérationnel de la DCSSA peut être renforcé par un officier du service de protection radiologique des armées.

La DCSSA est chargée de mettre en alerte puis de faire intervenir les moyens du service, de fournir les renforts nécessaires en personnels, en matériels et en médicaments spécifiques, et de demander

éventuellement au CPCO les moyens d'acheminement des renforts vers les lieux de l'accident.

2.2. Les directions régionales du service de santé des armées.

Les directeurs régionaux du service de santé sont chargés, dans leur zone de compétence, des fonctions de coordination des moyens du service engagés dans les actions de secours. Leurs attributions s'exercent à deux niveaux, la préparation à l'intervention et l'exécution de la mission d'intervention en cas d'accident.

Leur rôle dans la préparation à l'intervention est capital.

A cet effet :

- ils vérifient l'application des textes réglementaires dans le domaine de la radioprotection et l'intervention sanitaire ;
- ils vérifient et valident la partie santé des plans d'urgence internes (PUI) des organismes ;
- ils organisent l'engagement des moyens santé dans le cadre des plans particuliers d'intervention (PPI) ;
- ils prennent toutes mesures jugées utiles pour la mise en application des PUI et PPI par les services médicaux des unités ;
- ils contrôlent et veillent à l'organisation des postes d'accueil de blessés radiocontaminés (PABRC) et à l'entretien de leur dotation santé dont le renouvellement est imputé sur le compte en valeur des directions régionales du service de santé des armées (DRSSA) ;
- ils veillent à ce que les correspondants locaux du service de protection radiologique des armées (SPRA) en région travaillent en étroite collaboration avec les autorités militaires territoriales ;
- ils veillent à ce que les personnels concernés bénéficient d'une formation adaptée.

En cas d'accident, les directeurs régionaux sont chargés de la coordination des secours médicaux et notamment des moyens d'hospitalisation et d'évacuation de leur région. Ils font appel, le cas échéant, à l'autorité militaire territoriale pour obtenir des moyens complémentaires d'autres régions (matériels communs). Ils sollicitent des renforts santé auprès de la DCSSA. Ils coordonnent l'assistance mutuelle interrégionale sur demande de la DCSSA.

En cas d'accident ils se tiennent en liaison permanente avec l'autorité militaire territoriale, l'EMIAZD, la DCSSA et le SPRA.

Dès qu'il est informé de la survenue d'un accident à caractère radiologique, le directeur régional du service de santé des armées constitue une cellule de crise.

Celle-ci a pour rôle :

- de se tenir en liaison étroite avec le poste de commandement et de direction local ;
- d'organiser les évacuations et, éventuellement, demander les moyens nécessaires ;
- d'alerter les hôpitaux des armées pouvant accueillir des victimes ;
- de demander à la DCSSA l'intervention des moyens centraux ;
- de fournir les renforts en personnels et en matériels ;
- de rendre compte régulièrement à la DCSSA du déroulement des secours médicaux.

Un officier correspondant local du SPRA se rend au poste de commandement et de direction local. Il y assure le lien avec la DRSSA et l'armée en charge de l'installation. Il propose et organise l'utilisation des moyens du service.

2.3. Les hôpitaux des armées.

Ils sont destinés à accueillir en première ou deuxième intention des blessés radiocontaminés ou brûlés avec ou sans lésions associées. Six hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont équipés d'un centre de traitement des blessés radio contaminés (CTBRC) dont l'organisation et le schéma de principe sont donnés dans les annexes I et II. Leur équipement est précisé par circulaire.

Les médecins chefs des HIA équipés prennent toutes les mesures jugées utiles pour :

- disposer de locaux opérationnels ;
- disposer des moyens de protection et de contrôle de l'exposition du personnel ;
- identifier et assurer l'entraînement régulier des personnels médecins, para et péri médicaux concernés.

Ils veillent à la formation spécifique du personnel en le faisant participer aux stages organisés par le SPRA.

Dès qu'il est informé d'un accident à caractère radiologique, le médecin chef de l'HIA :

- met en place une cellule de crise chargée de coordonner les actions menées par l'établissement et d'établir les liaisons avec les familles et les médias ;
- met en alerte les équipes spécialisées ;
- active le centre de traitement des blessés radiocontaminés ;
- prend les contacts nécessaires avec la DRSSA compétente territorialement, le SPRA, le centre de traitement des brûlés de l'HIA Percy, le centre de transfusion sanguine des armées (CTSA), le centre de recherche du service de santé des armées (CRSSA) et, éventuellement, l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) ;
- demande les renforts nécessaires en personnels et en moyens techniques au directeur régional du service de santé des armées ;
- adresse régulièrement aux autorités hiérarchiques des comptes rendus d'activité (message d'information santé « SN INF SANTÉ »).

Les médecins chef des HIA transmettent leur demande de renfort à la DCSSA :

- en conseillers techniques du SPRA ;
- en spécialistes appartenant à d'autres formations hospitalières militaires.

Les médecins chefs des HIA peuvent faire appel à des compétences particulières détenues par des laboratoires civils (radiotoxicologie ou dosimétrie biologique) par le biais de conventions préétablies.

2.4. Le service de protection radiologique des armées.

Lors d'un incident ou d'un accident dans une installation ou au cours d'une activité intéressant la défense, le SPRA conseille ou apporte un appui technique en matière de radioprotection médicale et d'hygiène nucléaire :

- conseils aux postes de commandement et de direction nationaux et locaux ;
- soutien technique de l'exploitant en local par des mesures directes ou indirectes de la contamination sur le personnel concerné (victimes, personnel d'intervention) ;
- conseils pour la prise en charge des blessés contaminés (détection des radionucléides dans des plaies contaminées, contrôle de l'efficacité de la décontamination, mise en route d'un traitement approprié) ;
- conseils dans la réalisation des bilans dosimétriques et radiotoxicologiques des impliqués,

Il doit être en mesure de répondre 24 heures sur 24 aux demandes du commandement et des différentes formations impliquées dans l'accueil et la prise en charge des victimes susceptibles d'être contaminées (HIA, services médicaux des unités).

Il dispose de correspondants locaux auprès des DRSSA et de spécialistes en hygiène nucléaire pouvant être détachés auprès des postes de commandement et de direction nationaux ou locaux.

Le directeur du SPRA a pour mission de contrôler les CTBRC des hôpitaux d'instruction des armées : ce contrôle technique doit être effectué au minimum tous les cinq ans. Il vérifie l'adéquation des moyens aux missions définies par les textes et règlements en vigueur, et s'assure de la compétence et de la formation des personnels.

Pour assurer en toutes circonstances la surveillance radiotoxicologique du personnel exposé à un risque de contamination interne, le SPRA possède, en plus du laboratoire fixe de contrôle radiotoxicologique, des moyens d'intervention susceptibles de rejoindre rapidement la zone concernée par l'accident :

- des véhicules d'anthroporadiométrie avec une installation corps entier et quatre postes de mesure thyroïde-poumons ;
- un laboratoire de radiotoxicologie équipé d'instruments de comptage alpha, bêta, X et gamma et de divers matériels de laboratoire, pour le traitement chimique des échantillons.

Le SPRA peut ainsi effectuer le diagnostic et le bilan rapide des contaminations internes.

2.5. Les services médicaux des unités.

Le médecin chef de l'unité coordonne les missions du service médical :

- la mise en œuvre de l'équipe médicale d'intervention dès qu'il a connaissance de l'accident ;
- l'organisation du fonctionnement du PABRC ;
- la gestion locale des prélèvements radio toxicologiques en coordination avec le service de protection radiologique des armées ;
- l'organisation des évacuations médicales par tout moyen jugé utile, y compris SAMU et SMUR ;
- la rédaction des messages d'information et d'alerte « SN INF SANTE » pour le compte du poste de commandement et de direction local (cf. article 5.3).

2.5.1. Unités disposant d'un poste d'accueil pour blessés radiocontaminés.

S'il appartient à une unité équipée pour l'intervention en milieu nucléaire, le service médical dispose d'un PABRC, destiné à recevoir, médicaliser, décontaminer et traiter des urgences relatives en attente d'une évacuation secondaire vers un établissement d'accueil.

L'organisation et le schéma de principe d'un PABRC sont détaillés dans les annexes I et II. Pour la prise en charge des risques radiologiques et chimiques le service médical dispose de moyens courants et de moyens spécifiques. La composition de l'équipement est précisée par circulaire.

Le médecin chef doit rédiger et tenir à jour un plan d'urgence santé (PUS), annexe du plan d'urgence interne de l'organisme. Ce plan doit envisager la mise en place d'un PABRC de fortune au cas où celui de l'unité se trouverait dans la zone des retombées radioactives. Dans ce cas le médecin chef devra déterminer si le SMU peut continuer à assurer temporairement ses fonctions de PABRC, ou si elle doit être évacuée vers l'installation de fortune. Les moyens de transmission seront organisés en conséquence. Le personnel maintenu temporairement au PABRC initial conservera la tenue de protection avec masque pendant toute l'opération. Dans tous les autres cas, le maintien opérationnel du PABRC est subordonné à la situation radiologique ou chimique et soumis à décision du poste de commandement et de direction local.

2.5.2. Les gîtes d'étape.

Le service médical des formations désignées par instruction ministérielle comme gîte d'étape(1) doit disposer au minimum :

- des équipements de protection adaptés à une intervention en environnement radiocontaminé et si nécessaire au risque chimique (protection respiratoire et vestimentaire), fournis par l'autorité militaire compétente ;
- d'une dotation santé définie par circulaire permettant d'initialiser une prise en charge des victimes radiocontaminées en attendant l'intervention des secours spécialisés. Cette dotation est précisée par circulaire.

Les moyens de surveillance des expositions sont fournis par le personnel du convoi.

2.5.3. Accident hors du domaine militaire.

Tout service médical d'unité peut avoir à intervenir au profit des victimes d'un convoi de transport militaire de matières radioactives. Le commandant des opérations de secours peut faire appel aux moyens locaux du SSA comme à ceux de la sécurité civile.

Le médecin chef de la formation demandera en urgence à la DRSSA les moyens en personnels et en matériels qu'il jugera nécessaires.

Le chef de convoi est généralement en mesure de fournir des informations sur la nature des risques liés aux éléments transportés et les moyens simples de s'en protéger. Une notice d'information sur le traitement des blessés contaminés est disponible dans les trousse de traitement d'urgence des radiocontaminés internes fournies à l'escorte des convois.

L'intervention du service médical est par nature une action non planifiée. Les actions entreprises doivent permettre :

- d'assurer sur place les gestes médicaux indispensables ;
- d'effectuer une décontamination externe sommaire des blessés, réduite au moins à l'enlèvement de la couche externe des vêtements ;
- de mettre en œuvre rapidement le traitement prévu dans la notice d'information ;

- de concourir aux opérations d'évacuation vers des structures hospitalières (civiles ou militaires).

2.6. La direction des approvisionnements des produits de santé.

Elle met à la disposition des organismes des moyens particuliers (médicaments, matériels et produits chimiques) nécessaires en cas d'accident radiologique majeur. Elle constitue à cet effet une réserve nationale.

2.7. Le centre de transfusion sanguine des armées.

Son concours peut également être demandé. En plus de sa mission ordinaire d'approvisionnement en sang et produits dérivés, le CTSA peut effectuer dans ses laboratoires des examens particuliers au profit de l'HIA Percy.

2.8. Le centre de recherche du service de santé des armées.

De par sa vocation, le CRSSA consacre une partie de ses activités à la recherche sur les effets biologiques de l'irradiation. Il peut être associé à la prise en charge thérapeutique d'une victime en collaboration avec l'hôpital Percy, le CTSA et le SPRA.

3. ORGANISATION DES SECOURS MÉDICAUX.

Les secours médicaux mis en œuvre sont conçus pour permettre :

- la relève des victimes et l'administration des premiers soins ;
- le triage en fonction de l'urgence médicochirurgicale ;
- la mise en condition et l'évacuation des victimes vers la structure la mieux adaptée ;
- la décontamination externe et le traitement de la contamination interne ;
- l'accueil et le traitement dans un hôpital de proximité (un hôpital d'instruction des armées ou un établissement civil).

L'action locale du service de santé est décrite dans le plan urgence santé du plan d'urgence interne de l'organisme.

3.1. Mission de l'équipe médicale d'intervention.

Le diagramme fonctionnel de prise en charge des victimes d'accident à caractère radiologique est détaillé en annexe II.

L'équipe médicale d'intervention, protégée des risques de contamination radiologique et/ou chimique, se rend sur le lieu de l'accident. Elle relève et trie les victimes. Elle assure les soins d'urgence indispensables à leur survie et regroupe le plus tôt possible les victimes hors de l'aire nucléaire, en évitant la sur-contamination des plaies et des voies respiratoires ainsi que la dispersion des poussières radioactives.

En cas de risque radiologique, les victimes valides peuvent être revêtues d'une tenue antipoussière intégrale pour confiner la contamination. Les victimes allongées peuvent être emballées dans du vinyle ou une housse (emballage simple ou double housse). Une suspicion de contamination interne aux actinides par plaie cutanée nécessite une injection intraveineuse de DTPA (acide diéthylène triamino penta acétique) dès que possible.

En cas de contamination par un agent chimique corrosif, le déshabillage même partiel et limité à la zone contaminée doit être réalisé au plus vite. Un rinçage abondant à l'eau devra compléter dès que possible le déshabillage.

La fiche médico radiologique d'évacuation de la victime, dont un modèle est présenté en annexe III, est systématiquement remplie. Elle accompagne le blessé tout au long de sa prise en charge.

L'ordre dans lequel les victimes d'un accident radiologique sont évacuées vers les différentes structures d'accueil est déterminé par le degré d'urgence médicochirurgicale, à l'exclusion de toute considération relative au risque radiologique.

- les extrêmes urgences, dont le pronostic vital serait affecté par un transfert inutile au PABRC, sont évacuées directement vers le service d'accueil des urgences le plus proche ou vers le CTBRC de l'HIA le plus proche. Dans la mesure du possible ces blessés seront dévêtus au moins de la couche de vêtements la plus externe. *En cas de risque chimique associé, les victimes seront impérativement déshabillées et décontaminées avant leur évacuation ;*
- les irradiés graves sont évacués directement sur l'HIA Percy à Clamart, sauf si leur état nécessite une hospitalisation locale ;
- les brûlés graves sont également évacués dans les meilleurs délais vers l'HIA Percy pour prise en charge par le centre de traitement des brûlés ;
- les urgences relatives sont adressées au PABRC de l'unité.

Après évacuation de toutes les victimes, l'équipe d'intervention médicale rejoint le PABRC pour décontamination et prélèvements à visée radio toxicologique.

Nota : Le risque de transfert de la radioactivité dans l'environnement par un véhicule sanitaire sortant de l'aire nucléaire ne doit pas retarder l'évacuation immédiate de la victime. La décontamination extérieure de l'ambulance pourra éventuellement être réalisée par arrosage des roues et de la caisse du véhicule en sortie de zone.

3.2. Prise en charge au poste d'accueil de blessés radiocontaminés.

L'organisation et le schéma type d'un PABRC sont décrits dans les annexes I et II.

Les victimes catégorisées « urgences relatives » acheminées au PABRC sont prises en charge par le personnel paramédical, puis transportées dans la salle d'accueil et de triage.

Le médecin trieur décide alors éventuellement de l'envoi immédiat de la victime en salle de réanimation si son état s'est dégradé.

Les blessés radiocontaminés dont l'état de santé est stabilisé sont soumis successivement à :

- un déshabillage précautionneux après aspersion des vêtements avec de l'eau ;
- une décontamination externe (douche) et une décontamination fine des plaies et du voisinage des orifices ;
- la recherche d'une contamination externe résiduelle (contrôle radiologique) ;
- le traitement de la contamination interne ;
- des prélèvements à visée radiotoxicologique.

La traçabilité des informations médicales devra être assurée.

À la sortie du PABRC, les blessés radiocontaminés sont :

- dirigés immédiatement vers l'hôpital le plus proche si la situation clinique l'impose (transformation en extrême urgence) ;
- évacués vers un HIA ;
- mis en attente d'évacuation après traitement médical et traitement de la contamination interne ;
- maintenus au service médical d'unité pour des soins et examens complémentaires ;
- autorisés à rejoindre leur affectation avec ou sans soins ou examens complémentaires.

En cas de contamination par un agent chimique corrosif, le déshabillage et la décontamination par lavage abondant prolongé (> 15 minutes) sont à réaliser rapidement. Le personnel disposera de protection respiratoire et de tenue adaptées au risque corrosif.

Lorsque les opérations de décontamination sont réalisées le risque n'est plus présent et la protection nécessaire est celle adoptée vis-à-vis des autres risques éventuellement présents.

En cas d'extrême urgence, une décontamination partielle sera réalisée avant tout transfert. Le personnel chargé de l'évacuation disposera d'une protection respiratoire et d'un appareil de détection spécifique.

Si aucun HIA n'est suffisamment proche et si l'urgence médicochirurgicale l'impose, les blessés peuvent être évacués vers un hôpital civil de proximité. Dans ce cas, le personnel d'accompagnement doit être en mesure de fournir toutes les informations sur les risques radiologiques et/ou chimiques et les principales mesures à prendre pour protéger les victimes, le personnel soignant et l'environnement hospitalier.

Tout blessé pris en charge au PABRC peut être évacué secondairement vers l'HIA Percy pour bilan et poursuite du traitement.

3.3. Modalités d'évacuation des victimes.

Les évacuations vers le CTBRC sont coordonnées par la DRSSA concernée, en fonction du nombre et de l'état des victimes, des moyens de transport disponibles ainsi que des impératifs opérationnels. Il peut être fait appel à des moyens civils du type SAMU, SMUR ou sapeurs pompiers.

Toute évacuation vers un hôpital des armées est annoncée par un message d'évacuation après communication téléphonique préalable. Chaque hospitalisé est muni, en plus du billet d'hôpital réglementaire, d'une fiche médico radiologique d'évacuation dont un modèle est fourni en annexe III.

En cas d'hospitalisation vers un hôpital civil, la régulation s'effectue par le SAMU.

3.4. Prise en charge des impliqués.

Ils regroupent les personnels suspects de contamination mais valides. Ils ne sont pas spontanément pris en charge par le service médical.

Dès la diffusion de l'alerte, le personnel de l'unité a pour consigne de se confiner dans les bâtiments. Il est recensé et catégorisé en fonction de sa position au moment de l'accident :

- le personnel déjà à l'abri dans un local dans l'aire nucléaire ou dans la zone des retombées radioactives au moment de l'accident n'est pas suspect de contamination interne ;
- le personnel sans masque ayant séjourné ou circulé, à l'extérieur, dans l'aire nucléaire ou dans la zone des retombées radioactives est suspect de contamination interne. Il doit bénéficier d'un prélèvement de mucus nasal sur mouchoir à visée radiotoxicologique, dans les 30 minutes.

Des lots de prélèvement (mouchoirs papier, sacs et étiquettes) doivent être prépositionnés dans les bâtiments. Les prélèvements sont acheminés au centre de tri et de décontamination sommaire (CTDS). Ils y seront stockés en attendant leur analyse radiotoxicologique.

Tout le personnel confiné dans l'aire nucléaire ou dans la zone des retombées radioactives est évacué vers l'un des CTDS de l'unité situé en dehors de la zone concernée par l'accident.

Avant le transfert, il revêt une tenue de protection légère et un masque chirurgical protégeant du risque de contamination. Le poste de commandement et de direction local réalise la mise à disposition des moyens nécessaires.

Au CTDS, les impliqués sont déshabillés, soumis à une décontamination externe sommaire (douche) puis à la recherche d'une contamination résiduelle (contrôle radiologique). Ils sont adressés au PABRC si une décontamination fine est nécessaire. S'il n'a pas eu lieu dans le bâtiment refuge, un prélèvement de mucus nasal est effectué sur toute personne suspecte de contamination interne.

L'administration de DTPA par voie pulmonaire est réalisée au CTDS uniquement chez les impliqués suspects de contamination interne.

En sortie du CTDS, du matériel pour analyse des excréta à visée radiotoxicologique est distribué à chaque personne :

- un pot à diurèse pour prélèvement des urines des 24 heures ;
- trois sacs pour prélèvement des selles.

Les modalités pratiques de prélèvement des échantillons sont indiquées dans l'annexe IV.

3.5. Recueil des victimes décédées.

Sous réserve de l'accord de l'autorité judiciaire, les victimes décédées sont regroupées pour déshabillage et décontamination externe.

Dans le cas de victimes primaires, leur prise en charge n'est pas une mission des équipes soignantes.

En ce qui concerne les victimes décédées secondairement, après le début de leur prise en charge médicale, leur transfert ne doit s'effectuer que lorsque sont achevées toutes les opérations de soins, de décontamination et d'évacuation au profit des blessés.

Les cadavres sont acheminés vers le local servant de dépositaire. Les objets personnels doivent être laissés sur le corps ou être mis dans un sac en plastique individuel fixé au corps.

Les déplacements des corps des victimes décédées doivent être conformes aux dispositions légales et réglementaires en matière de transport de dépouilles mortelles.

3.6. Prise en charge dans les hôpitaux d'instruction des armées.

L'organisation et le schéma d'organisation d'un CTBRC sont décrits dans les annexes I et II.

L'urgence médicale ou chirurgicale prime sur la contamination interne ou externe. La décontamination est mise en œuvre seulement si elle ne retarde pas le traitement de l'urgence. Dans la plupart des cas une décontamination sommaire aura eu lieu au moment du relevage de la victime.

3.6.1. La protection du personnel hospitalier.

Le personnel hospitalier s'attache à éviter la dispersion de la contamination radiologique. Il est protégé contre le risque de contamination : une tenue légère de protection (combinaison anti-poussières type Tyvec®), tenue classique de bloc opératoire.

Après l'intervention, les tenues de protection doivent être déposées dans des sacs plastiques étanches en vue de leur élimination comme déchet radioactif.

La prise en charge d'un irradié ne nécessite aucune protection particulière pour l'équipe médicale.

En cas de contamination par un agent chimique, le déshabillage et la décontamination réalisés au PABRC dispense l'équipe médicale hospitalière du port de protections particulières.

3.6.2. La décontamination externe.

Après aspersion des vêtements avec de l'eau, le patient est déshabillé en évitant au maximum la dispersion des poussières contaminées et en protégeant ses voies respiratoires. S'il est couché, les vêtements sont découpés et enroulés sur eux-mêmes de l'intérieur vers l'extérieur, pour confiner la contamination.

Il est ensuite douché. Chaque CTBRC comprend un circuit de douches pour valides et pour invalides sur brancard. La décontamination fine, lorsqu'elle est nécessaire, est effectuée après les gestes d'urgence.

Un contrôle est enfin effectué grâce au matériel de détection du CTBRC.

3.6.3. Le contrôle des plaies contaminées.

Chaque CTBRC a été équipé en matériel de détection de la radioactivité dans les plaies contaminées, pour aider et diriger le chirurgien dans le repérage des dépôts des corps étrangers radioactifs. La qualité du parage effectué peut être ainsi évaluée, mais il ne doit en aucun cas être délabrant.

Les mesures radiologiques avant, pendant et après l'intervention doivent être mentionnées au protocole opératoire.

Dans tous les cas, une contamination résiduelle retrouvée inférieure ou égale à deux fois la valeur du bruit de fond signe l'arrêt des techniques de décontamination.

3.6.4. Le traitement de la contamination interne.

Le traitement spécifique est effectué sans tarder, à partir des informations relevées sur la fiche médico radiologique d'évacuation de la victime (cf. chapitre 4.1.1.).

3.6.5. Les prélèvements d'échantillons biologiques.

Ils sont réalisés selon les modalités décrites dans l'annexe IV.

4. PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE.

4.1. Prise en charge des victimes contaminées.

Le diagnostic de présomption de contamination interne repose sur la notion :

- d'un séjour en zone contaminée sans port de protection respiratoire ;
- d'une blessure en zone contaminée ou par des objets contaminés ;
- d'une ingestion de liquides ou d'aliments contaminés ;

- d'une contamination externe particulièrement importante.

Le diagnostic de certitude s'appuie dans tous les cas sur les résultats des examens radiotoxicologiques, ou sur le résultat d'une anthroporadiamétrie dans le seul cas des radionucléides émetteurs gamma d'énergie suffisante. Il permet de décider de la poursuite de traitement.

4.1.1. Traitement précoce de la contamination interne.

L'objectif du traitement précoce est de limiter au maximum le temps de séjour des radionucléides à l'intérieur du corps, voire d'empêcher leur incorporation. Il permet ainsi de diminuer la dose engagée.

Ce traitement est d'autant plus efficace qu'il est mis en œuvre précocement. Il peut être commencé sur simple présomption de la contamination interne après la décontamination du personnel en CTDS.

Le personnel suspect de contamination est soumis dès que possible à un traitement approprié :

- DTPA (acide diéthylène triamino penta acétique) s'il s'agit d'actinides (plutonium, américium ou autres transuraniens), sous forme injectable ou inhalable (turbo inhalateur) ;
- Iode stable s'il s'agit d'une contamination très récente par un ou plusieurs isotopes radioactifs de l'iode ou un mélange de produits de fission frais, sous forme de comprimés d'iodure de potassium ;
- Bleu de Prusse s'il s'agit d'une contamination par le césium ;
- Alginates, phosphate d'alumine pour ralentir l'absorption par tapissage de la muqueuse digestive, sous forme de poudre ou sirop ingérable.

À l'exception des formes injectables, ces traitements peuvent être administrés a priori, même en l'absence de personnel médical compte tenu de l'absence d'effets indésirables ou d'interférences médicamenteuses. Le médecin chef organisera l'instruction indispensable au bon usage de l'inhalateur de DTPA. Ces traitements seront prélevés sur la dotation des services médicaux d'unité.

4.1.2. Mesure de la contamination interne.

4.1.2.1. Anthroporadiamétrie.

L'examen est destiné à détecter la présence à l'intérieur de l'organisme de radionucléides émetteurs X ou gamma. Des installations fixes existent à Brest (ESNLE et base de l'Ile Longue), Toulon (ESNA et PACDG), et Clamart (SPRA). Le SPRA dispose en outre de deux installations projetables.

4.1.2.2. Analyses radiotoxicologiques.

Elles s'effectuent selon les modalités décrites dans l'annexe IV.

4.2. Prise en charge des victimes irradiées.

4.2.1. Notion sur la prise en charge des irradiés.

Le risque d'irradiation externe doit être connu par les équipes chargées du ramassage des victimes en zone de danger radiologique. Leur temps d'intervention devra être le plus court possible, même s'il est difficile de fixer une limite dans le cas du sauvetage d'une vie humaine. Les intervenants doivent être équipés de dosimètres adaptés au risque.

Vis-à-vis de la victime il n'y a pas de précaution particulière à prendre pour le personnel soignant : un irradié n'irradie pas.

Les irradiés graves sont évacués directement sur l'HIA Percy, sauf si leur état nécessite une hospitalisation locale.

4.2.2. Bilan de l'irradiation.

Le traitement de l'irradiation en phase réflexe est uniquement symptomatique.

Dosimétrie rétrospective :

Il est important de recueillir rapidement le maximum d'informations sur la position des victimes par rapport à la source, sur la durée de l'exposition accidentelle et sur la nature de l'irradiation. Les dosimètres individuels sont envoyés en urgence au SPRA pour lecture.

Dosimétrie clinique :

La chronologie d'apparition des premiers symptômes cliniques sera relevée (vomissements, asthénie, érythème...).

Dosimétrie biologique :

Des prélèvements biologiques sont effectués d'emblée. Ils s'effectuent selon les modalités décrites dans l'annexe IV, éventuellement complétés en cas de contamination. Ils seront renouvelés en fonction de l'importance de l'irradiation et des résultats des premiers prélèvements. Dans le cas où l'accident survient à bord d'un bâtiment en mer, les prélèvements sont congelés en attente de l'analyse.

En cas d'irradiation neutronique, l'enquête peut être complétée par des mesures d'activité sur des échantillons biologiques (cheveux, phanères) ou sur l'organisme entier, mais également sur des bijoux et des vêtements.

4.3. Surveillance de l'exposition du personnel d'intervention.

Pendant les phases d'analyse, de conduite des opérations puis de restauration du site, l'exposition du personnel d'intervention doit être surveillée dans le cadre de la médecine de prévention, conformément à la réglementation.

Le service médical de l'unité est chargé de :

- mettre en alerte une équipe sanitaire d'intervention ;
- organiser en sortie de zone radiologique la collecte des prélèvements radiotoxicologiques ;
- adresser ces prélèvements au laboratoire du SPRA (laboratoire fixe à Percy ou laboratoire projeté sur place).

La phase de restauration du site peut durer plusieurs mois. Le médecin chef doit veiller à l'aptitude médicale du personnel travaillant en zone contaminée.

Les laboratoires mobiles du SPRA peuvent être déployés dans le cadre de la surveillance de l'exposition du personnel en sortie de zone (médecine de prévention).

5. DISPOSITIONS DIVERSES.

5.1. Formation.

Le service de santé des armées assure une formation spécialisée au profit du personnel susceptible de participer à la gestion d'un accident radiologique.

5.2. Adresses utiles.

Les coordonnées des unités nucléaires accueillant un PABRC, des HIA abritant un CTBRC, des gîtes d'étape et de tout organisme mentionné dans cette instruction sont indiquées dans l'annexe V.

5.3. Message d'alerte et d'information.

Une information transmise par voie téléphonique est systématiquement confirmée par voie télégraphique.

L'annexe 12 du document de deuxième référence présente les modèles des différents messages de sécurité nucléaire à utiliser entre l'unité nucléaire concernée et les différents organismes. Les messages utilisés pour transmettre des informations d'ordre médical sont de type SN INF SANTÉ, numérotés selon l'ordre chronologique. Le choix du niveau de protection du message est de la responsabilité de l'autorité émettrice. Il est transmis *a priori* en DIFFUSION RESTREINTE.

Le modèle de message SN INF SANTÉ est donné en annexe VI.

6. MISE EN APPLICATION DE LA PRÉSENTE INSTRUCTION.

La présente instruction prendra effet à compter du jour de sa publication au *Bulletin officiel* des armées.

7. TEXTE ABROGÉ.

L'instruction n° 1830/DEF/DCSSA/AST/TEC/1 du 28 juillet 1994 relative à l'intervention du service de santé des armées en cas d'accident à caractère radiologique en temps de paix, est abrogée.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

*Le médecin général des armées,
directeur central du service de santé des armées,*

Bernard LAFONT.

(1) IM n° 514/DEF/CM.2/CD du 6 février 2004.

ANNEXE I.
**ORGANISATION D'UN POSTE D'ACCUEIL DE BLESSÉS RADIOCONTAMINÉS ET D'UN
CENTRE DE TRAITEMENT DES BLESSÉS RADIOCONTAMINÉS.**

Ces deux structures, bien que destinées à accueillir des blessés radiocontaminés dont le degré d'urgence dans la prise en charge diffère, ont une organisation comparable.

Trois zones sont individualisées et adaptées au risque de contamination : une zone d'accueil et de déshabillage, une zone de décontamination et une zone de traitement (réanimation avec ou sans chirurgie). Elles sont toutes équipées de dispositifs de récupération des déchets et effluents contaminés.

Elles comprennent au minimum :

- une salle d'accueil et de triage ;
- une salle de déshabillage ;
- une salle de soins intensifs ;
- une salle de décontamination sommaire ;
- une salle de décontamination fine ;
- un vestiaire ;
- un poste de régulation.

L'agencement des locaux doit respecter le principe de la marche en avant sans possibilité de retour en arrière.

L'annexe II présente les schémas de l'agencement type à adopter, qui doit être modulé en fonction des locaux disponibles.

La salle d'accueil et de triage doit être assez vaste pour permettre l'entrée et le maniement des brancards. Son accès doit être adapté à l'approche des véhicules sanitaires. Cette salle comporte au moins un appareil de détection du risque radiologique : polyradimètre portatif et autonome avec gamme complète de sondes spécialisées alpha, bêta, X et gamma.

L'espace réservé au déshabillage doit être équipé de sacs pour le recueil des effets contaminés, d'un bac pour la collecte des masques et d'un distributeur de sur chaussures.

La salle de réanimation comprend au moins :

- deux lits de soins, avec matelas recouvert d'une alèse ;
- une armoire pour le stockage des matériels ;
- un lot de réanimation issu de la dotation courante de l'infirmerie.

La salle de décontamination doit comporter :

- une voie pour les victimes valides, avec douches ;
- une voie pour les victimes invalides, avec une baignoire.

Cette organisation permet de préserver au maximum la salle de décontamination fine et de contrôle d'une contamination importante.

La salle de décontamination fine et de contrôle comprend au minimum :

- un bac de décontamination fine muni d'une douchette ;
- un pédiluve ;
- le nécessaire pour les bains oculaires ;
- un fauteuil de coiffeur pour la décontamination du cuir chevelu ;
- le matériel nécessaire à la décontamination, au traitement de la contamination interne et aux prélèvements biologiques ;
- deux appareils de détection identiques à celui de la salle d'accueil ;
- un appareil de détection chimique spécifique dans les structures concernées.

Dans le vestiaire sont entreposés :

- les tenues de protection du personnel ;
- les effets destinés au rhabillage des sujets décontaminés (pyjama, chaussures, effets non tissés à usage unique).

Le poste de régulation groupe tous les moyens utiles à la gestion de la structure d'accueil. Les différentes salles doivent être reliées par des interphones, des moyens de contrôle des entrées et sorties des personnels et des matériels.

En unité nucléaire, ce poste de régulation peut être confondu avec la chefferie du service médical.

Dispositions particulières.

L'accès entre les différents locaux doit être large (doubles portes pour la manœuvre des brancards). Partout où l'infrastructure le permet, la salle de triage et la salle de réanimation doivent être contiguës. Le sens d'ouverture des portes doit respecter le principe de la marche avant, afin de ne pas propager la contamination. Un code de couleurs sur le sol peut aider à différencier les zones chaudes (accueil, déshabillage, réanimation), des zones tièdes (décontamination sommaire) et froides (décontamination fine, vestiaire).

Il est souhaitable, mais non indispensable, que le système des eaux usées soit double, commutable par vanne aisément accessible :

- pour les eaux contaminées vers une cuve à effluents radioactifs ;
- pour les eaux non contaminées vers le circuit d'évacuation habituel.

Pour la décontamination ultérieure des locaux, il est utile de prévoir dans les salles « accueil-triage », « déshabillage » et « décontamination » une évacuation pour l'écoulement des eaux vers la cuve à effluents radioactifs.

Le dispositif d'aspiration filtration de l'air dans les salles « accueil », « triage », « déshabillage » et « réanimation » est recommandé. Il est toutefois facultatif si les locaux sont clos et si la fixation des poussières contaminées a été réalisée par projection d'eau sur les vêtements à l'arrivée.

L'aspiration d'air doit être interrompue si elle a pour conséquence d'introduire dans le PABRC une contamination provenant de l'extérieur. Dans la mesure du possible, l'air destiné à la ventilation est filtré à l'entrée et à la sortie du PABRC.

Remarque : Le PABRC est organisé pour accueillir d'un nombre limité de blessés et n'a pas vocation à être un centre de tri et de décontamination sommaire, sauf pour l'équipe médicale en fin d'intervention.

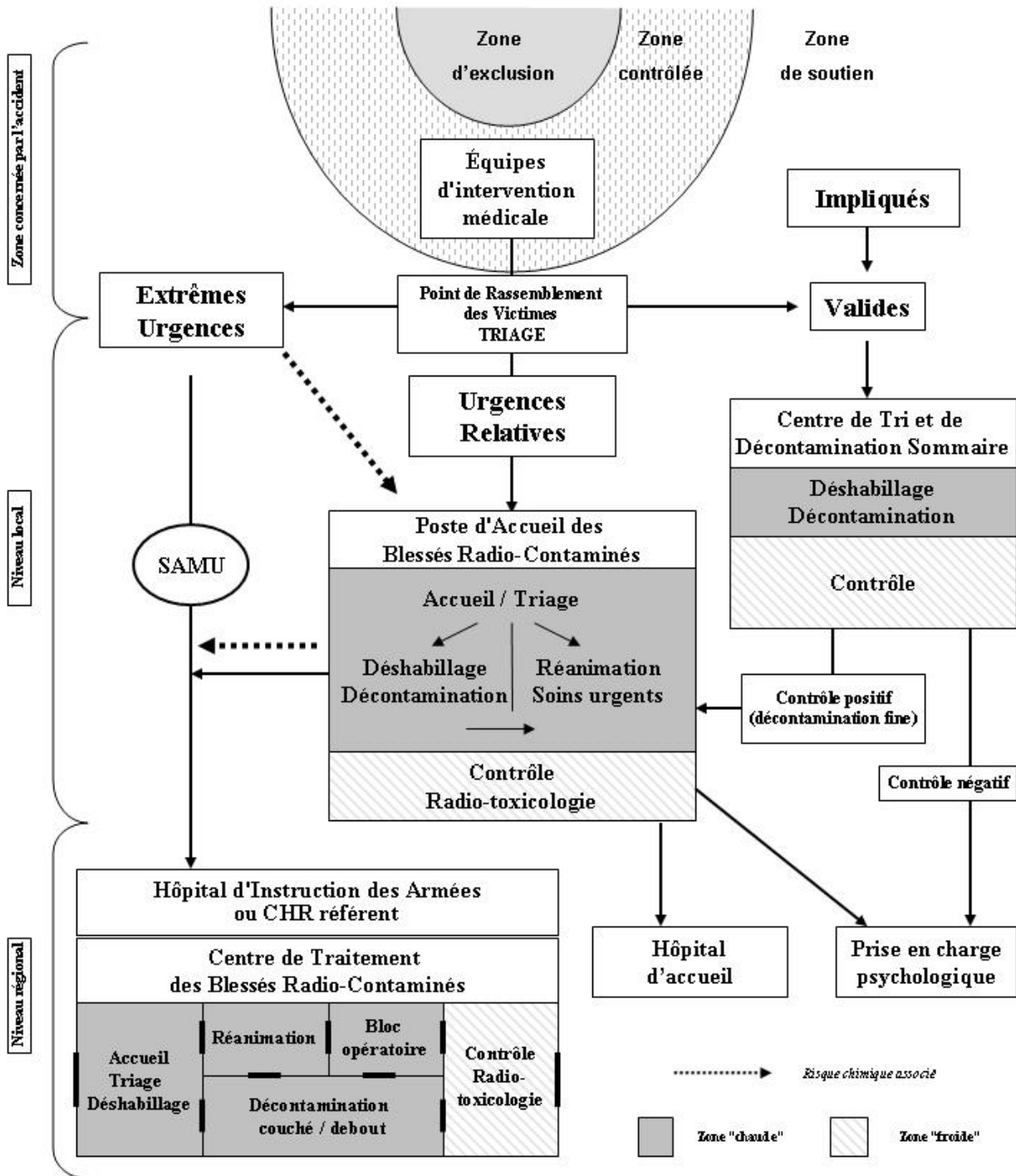
Aménagements propre au CTBRC.

Les locaux du CTBRC sont en principe réservés à cet usage. Lorsque ce n'est pas possible, des aménagements peuvent se faire dans des bâtiments servant en temps ordinaire à un autre usage sous réserve que la transformation en CTBRC puisse s'effectuer rapidement.

Le centre de traitement pour blessés radiocontaminés présente les particularités suivantes :

- un bloc opératoire et ses annexes techniques, qui peuvent être constitués par les installations habituelles de l'hôpital ;
- un polyradiamètre portatif et autonome avec gamme complète de sondes spécialisées alfa, bêta, X et gamma par chaîne de décontamination ;
- un appareil de détection radiologique avec sonde chirurgicale destiné à la recherche des émetteurs X dans les plaies, de type MODELO.

**ANNEXE II.
DIAGRAMME FONCTIONNEL DE PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ACCIDENT À
CARACTÈRE RADIOLOGIQUE.**



ANNEXE III.

APPENDICE III.A.
MODÈLE DE FICHE MÉDICO-RADIOLOGIQUE D'ÉVACUATION CATÉGORISATION CLINIQUE.

NOM	N° d'identification de la victime
-----	-----------------------------------

Prénom..... Date de naissance

Etablissement Médecin

Heure de l'accident..... Heure de prise en charge.....

PRIORITY	UA		UR		DCD
	EU	U1	U2	U3	

ÉTAT CLINIQUE

Conscience normale patho TA (cm Hg)
Ventilation normale patho Pouls/mm
Etat de choc OUI NON

DESCRIPTION DES LÉSIONS PRINCIPALES

SURVEILLANCE MÉDICALE : ÉVOLUTION CLINIQUE – PRÉLEVEMENTS – THÉRAPEUTIQUE

Date	Heure	

ÉVACUATION OUI NON
 Couché Accompagnement médical OUI NON
 Assis Debout

<u>DESTINATION</u>

APPENDICE III.B.
MODÈLE DE FICHE MÉDICO-RADIOLOGIQUE D'ÉVACUATION RISQUES SPÉCIFIQUES.

TYPE DE L'ACCIDENT :

Source scellée Source non scellée Générateur électrique Autre

<u>IRRADIATION</u>	Globale <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>	Préciser :
<u>Ravonnements</u>	Bêta <input type="checkbox"/>	X, gamma <input type="checkbox"/>	Neutron <input type="checkbox"/>
<u>Dose estimée (en Gy)</u>	<u>Dosimètres analysés</u>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<u>Caractéristiques de la source (nature, activité)</u>			<u>SCHEMA</u>
<u>Positionnement par rapport à la source</u>			
<u>Symptômes et chronologie depuis l'accident :</u>			
<u>Mesures, prélèvements (joindre tout résultat éventuel)</u>			

<u>CONTAMINATION INTERNE RADIOACTIVE</u>		Certaine <input type="checkbox"/>	Probable <input type="checkbox"/>
Inhalation <input type="checkbox"/>	Ingestion <input type="checkbox"/>	Plaie <input type="checkbox"/>	Percutanée <input type="checkbox"/>
<u>Radioéléments suspectés</u>		<u>SCHEMAS</u>	
<u>Traitement initial</u>		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Iodure de potassium	<input type="checkbox"/>	DTPA injectable
<input type="checkbox"/>	DTPA turbo inhalateur	<input type="checkbox"/>	Alginates
<input type="checkbox"/>	Bleu de Prusse	<input type="checkbox"/>	
<u>Prélèvements radiotoxicologiques</u>			
<input type="checkbox"/>	Urines		
<input type="checkbox"/>	Selles		
<input type="checkbox"/>	Mucus nasal		
<u>Anthroporadiamétrie</u> <input type="checkbox"/>		Résultat :	

<u>RADIOLOGIQUE</u> <input type="checkbox"/>	<u>CONTAMINATION EXTERNE</u>	<u>CHIMIQUE</u> <input type="checkbox"/>
<u>Radioéléments</u>		<u>Localisation</u>
<u>Localisation</u>		<u>Lavage</u> <input type="checkbox"/> durée > 15mn <input type="checkbox"/>
<u>Contrôle négatif après décontamination</u> <input type="checkbox"/>		

EXEMPLAIRE ACCOMPAGNANT LA VICTIME

ANNEXE IV.
MODALITÉS PRATIQUES DE PRÉLÈVEMENT DES ÉCHANTILLONS BIOLOGIQUES.

Chaque échantillon doit porter une étiquette d'identification (nom et prénom de la victime, unité, date et heure du prélèvement), être accompagné d'un bordereau d'envoi et d'une demande d'analyse précisant la nature des radioéléments à rechercher.

1. CONTAMINATION INTERNE.

1.1. **Mucus nasal.**

Ce mode de prélèvement est réservé exclusivement aux victimes suspectes de contamination par inhalation d'émetteurs alpha.

Recueillir dès que possible un échantillon sur un mouchoir en papier monocouche puis le placer dans un sachet plastique individuel. Des mesures de comptage alpha seront réalisées dès que possible par un laboratoire de radiotoxicologie (laboratoire mobile ou fixe du SPRA).

Un prélèvement sur drapeaux est réservé au personnel sortant de la zone contaminée lors des travaux de restauration (médecine de prévention en sortie de chantier).

Le matériel nécessaire sera mis à la disposition du service médical des unités nucléaires par le personnel du laboratoire projetable du SPRA. Le recueil doit s'effectuer sur deux drapeaux (papier buvard) préalablement humidifiés, introduits dans chaque narine, puis rangés dans le boîtier ou le sachet *ad hoc*. Cette technique a l'avantage de donner des résultats plus rapidement qu'avec la technique classique des mouchoirs. (Elle ne sera effectuée que si le laboratoire radiotoxicologique projetable du SPRA est déployé à proximité).

1.2. **Urines.**

Recueil de la totalité des urines de vingt-quatre heures dans un pot à diurèse de deux litres, à bouchon à vis hermétique. Conservation au froid.

1.3. **Selles.**

Recueil pendant plusieurs jours consécutifs (durée idéale de trois jours) des selles de vingt-quatre heures dans des sacs en matière plastique, enfermés dans des récipients étanches puis congelés.

1.4. **Expédition des échantillons.**

Les prélèvements sont à adresser en urgence au laboratoire de contrôle radiotoxicologique du SPRA, sinon à un laboratoire du CEA (dans le cadre des conventions ARMÉES-CEA) ou à un laboratoire d'analyse de surveillance et d'expertise de la Marine (LASEM), dans la mesure de ses compétences.

Selon le type de contamination et les résultats des prélèvements effectués à la phase réflexe, des échantillons biologiques supplémentaires peuvent être prélevés au-delà de vingt-quatre heures.

2. IRRADIATION.

2.1. **NFS toutes les quatre heures.**

Au minimum toutes les huit heures, dans un tube sur EDTA à conserver au réfrigérateur. Un prélèvement est effectué d'emblée pour servir de référence.

2.2. **Bilan biochimique complet.**

Protéines de l'inflammation et groupage.

2.3. Sérothèque.

En particulier pour rechercher des bio indicateurs de dommages radio induits. Prélever des tubes de sang héparinés et sur EDTA.

Ces prélèvements sont adressés en urgence au laboratoire d'analyse médicale de l'hôpital d'accueil de la victime ou à un laboratoire du CEA, après entente dans le cadre des conventions ARMÉES-CEA.

2.4. Urines et selles.

Recueil des urines des 24 premières heures et des selles des trois premiers jours, pour évaluation d'une éventuelle contamination interne. Acheminement rapide vers le laboratoire de contrôle radiotoxicologique du SPRA dans les conditions précisées plus haut.

2.5. Cytogénétique.

Deux tubes de sang de 10 ml sur héparinate de lithium à conserver à température ambiante entre 15 et 25°C. Ils sont expédiés en urgence vers le laboratoire de dosimétrie biologique de l'IRSN :

IRSN / Laboratoire de dosimétrie biologique

BP n° 17

92 265 **Fontenay aux Roses**

Tél. : 01 46 54 49 29 / 30 (hot line)

Fax : 01 58 35 46 10.

ANNEXE V.
ANNUAIRE.

HÔPITAUX MILITAIRES DOTÉS D'UN CTBRC.

HIA Percy.
BP 129
00481 ARMÉES
101, avenue Henri Barbusse, 92 141 Clamart
Tél. : 01.46.45.21.04.
Fax : 01.46.38.20.06.
Adr. Télégraphique : HOPIARMPERCY PARIS

HIA Desgenettes.
108, boulevard Pinel BP 25
69998 Lyon ARMÉES
Tél : 04.72.36.60.00.
Fax : 04.72.36.61.41.
Adr. Télégraphique : HOPIARM LYON.

HIA Robert-Picqué.
351, route de Toulouse, BP 28
33998 Bordeaux ARMÉES
Tél : 05.56 84 70 00
Fax : 05.56 84 72 95
Adr. Télégraphique : HOPIARM BORDEAUX.

HIA Sainte-Anne.
Bd Sainte Anne, BP 600
83800 Toulon ARMÉES
Tél : 04.94.09.90.00.
Fax : 04.94.09.92.16.
Adr. Télégraphique : HOPIARM TOULON

HIA Clermont-tonnerre.
Rue du colonel Fonferrier, BP 41
29998 Brest ARMÉES
Tél : 02.98.43.70.00.
Fax : 02.98.43.43.89.
Adr. Télégraphique : HOPIARM BREST

HIA Legouest
27, avenue de Plantière, BP 10
57998 Metz ARMÉES
Tél : 03.87.56.46.46.
Fax : 03.87.74.69.95.
Adr. Télégraphique : HOPIARM METZ

UNITÉS DOTÉES D'UN PABRC.

ARMÉE DE L'AIR.

BA 116, 70301Luxeuil.
BA 113, 52113 Saint-Dizier.
BA 118, 40998 Mont-de-Marsan.

BA 702, 18998 Avord Armées.

BA 125, 13128 Istres.

MARINE.

Centre médical de la base navale 29240 Brest Armées

Service médical de la base opérationnelle de l'île Longue, 29240 Brest Armées

Centre médical de la base navale, 83800 Toulon Armées.

ADRESSES UTILES.

DCSSA

BP 125

00 459 ARMÉES

Tél : 01 41 93 36 10

PNIA : 821.941.36.10

S/Off de permanence : 06.73.30.02.51.

Off de permanence : 06.84.62.38.83.

Télécopieur : 01.41.93.28.12.

Adr. Télégraphique : DIRCENSANTÉ PARIS

SPRA

1 bis, rue Raoul Batany

92 141 Clamart

Tél : 01.41.46.71.12.

Fax : 01.46.38.17.52.

Adr. Télégraphique : SANTÉ SERPRORAD PERCY PARIS

CRSSA

24, Avenue des Maquis du Grésivaudan

BP 87

38702 La Tronche Cedex

Central téléphonique 04.76.63.69.00.

Officier de permanence : poste 36832

Adr. Télégraphique : CENTRECSANTÉ GRENOBLE

DAPS

BP 05

45998 Orléans Armées

Tel : 02.38.60.72.08

Off de permanence : Poste 7212

Fax : 02.38.60.72.00.

Adr. Télégraphique :

CTSA

101, Avenue Henri Barbusse

92141 Clamart cedex

BP 129 00481

Tél : 01 41 46 72 00

Fax : 01 46 38 82 87

Adr. Télégraphique : ARMÉES CENTRANSFU PERCY PARIS

IRSN

Institut de Radioprotection et de Sûreté nucléaire

IRSN-FAR BP n° 17

92 265 Fontenay aux Roses
Tél : 01.58.35.49.29. ou 30.
Fax : 01.58.35.46.10.

Laboratoire de dosimétrie biologique
Tél. : 01.46.54.49.29. / 30. (hot line)

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS CIVILS DE SANTÉ DE RÉFÉRENCES.

Zone de défense Est
CHU de Nancy
Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Zone de défense Nord
CHU de Lille

Zone de défense Ouest

CHU de Rennes
CHU de Rouen

Zone de défense de Paris
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris :
Hôpital de la Pitié-Salpêtrière
Hôpital Bichat

Zone de défense Sud
Assistance Publique des hôpitaux de Marseille

Zone de défense Sud Est
Hospices Civils de Lyon

Zone de défense Sud Ouest
CHU de Bordeaux

**ANNEXE VI.
MODÈLE DE MESSAGE SN INF SANTÉ.**

		ADRESSES TÉLÉGRAPHIQUES - OBSERVATIONS
AUTORITÉ ÉMETTRICE	AMT CONCERNÉE OU SON REPRÉSENTANT DÉSIGNÉ	Selon le lieu de l'événement
Autorités destinataires (pour action)	HIA concerné DRSSA concernée DCSSA SPRA	<i>Selon le lieu de l'événement</i> <i>Selon le lieu de l'événement</i> DIRCENSANTE PARIS SANTE SERPRORAD PERCY PARIS
Autorités destinataires (pour information)	MINDEF/CAB DSND CPCO EMM* EMAA* DGA* CO/FN*	MINDEF PARIS DELSURNUCDEF PARIS ARMEES CENTOPS PARIS MARINECENTOPSPARIS AIRCENTGESTCRISEPARIS DELEGARMPARIS / SEPNAVVICTORPARIS CENTOPSPARIS
Mot clé d'attribution (MCA)	SECNUC	
Objet	SN INF SANTE	
Degré d'urgence	IMMEDIAT	
Degré de protection	DIFFUSION RESTREINTE	
Format du texte	Alpha : Nature de l'information Rédaction libre, reprenant a minima les points des messages précédents réactualisés Bravo : Autorité signataire (GRADE / NOM)	

(*) : Autorité de synthèse concernée.