

**Comité Directeur pour la gestion de la phase post-accidentelle
d'un accident nucléaire ou d'une situation radiologique
(CODIRPA)**



**Rapport validé du groupe de travail
« Centre d'Accueil et d'Information du Public »**



décembre 2011



Document de travail

SOMMAIRE

1	<u>OBJET DU RAPPORT ET METHODE DE TRAVAIL</u>	3
2	<u>SYNTHESE DES TRAVAUX REALISES DANS LE CADRE DU CODIR-PA</u>	3
2.1	RECENSEMENT DES MISSIONS	3
2.2	PROFESSIONNELS IDENTIFIES ET FORMATION	4
2.3	ORGANISATION DES CAI	5
3	<u>MISSIONS DU MINISTERE CHARGE DE L'INTERIEUR DANS L'AIDE AUX VICTIMES.</u>	5
4	<u>MISSIONS DU MINISTERE CHARGE DE LA JUSTICE DANS L'AIDE AUX VICTIMES</u>	7
5	<u>PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN PLACE DES CAI</u>	8
5.1	GUICHET UNIQUE DE PROXIMITE MOBILISANT DES PERSONNES COMPETENTES	8
5.2	TETE DE RESEAU	12
5.3	STRUCTURE EVOLUTIVE DANS LE TEMPS	12
5.4	LIEU DE DIFFUSION DE LA CULTURE RADIOLOGIQUE PRATIQUE, D'ECHANGES ET DE DIALOGUES	13
5.5	RECOMMANDATIONS DU GROUPE DE TRAVAIL.	13
6	<u>CONCLUSION</u>	14

1 Objet du rapport et méthode de travail

Dans le cadre des travaux conduits par le CODIR-PA, plusieurs Groupes de Travail (GT) nationaux ont été amenés à proposer que soient créés des Centres d'Accueil et d'Information (CAI) à destination du public de la zone de protection des populations essentiellement. Les CAI ont été proposés par les GT « Santé », « Indemnisation » et « Communication ». Le GT « Culture pratique de radioprotection en situation post-accidentelle » de la Commission 2 du CODIRPA, sur la base du retour d'expérience de la gestion des territoires contaminés suite à l'accident de Tchernobyl en Biélorussie, a élaboré des propositions relatives à l'évolution des CAI sur le long terme.

L'expérimentation de la déclinaison locale du guide national de sortie de la phase d'urgence dans trois préfectures pilotes (Préfectures de la Vienne, du Haut Rhin et de la Drôme) a conduit à la création de groupes locaux (groupes constitués autour des préfectures et autour des communes) amenés à travailler, au stade de la préparation, à la mise en œuvre des CAI.

Les pilotes des GT nationaux et locaux ont été réunis le 27 juin 2011 par l'ASN et la DSC pour recueillir leurs observations sur les premières propositions et les recommandations du GT « CAI ».

Le présent rapport dresse une synthèse de ces travaux (chapitre 1), examine la doctrine relative à l'aide aux victimes d'accidents collectifs du ministère chargé de l'intérieur (chapitre 2), du ministère chargé de la justice (chapitre 3) avant de faire des propositions et recommandations pour la mise en œuvre des CAI en situation post-accidentelle (chapitre 4).

2 Synthèse des travaux réalisés dans le cadre du CODIR-PA

Le présent paragraphe propose une description des travaux engagés par les groupes de travail nationaux et locaux cités précédemment.

2.1 Recensement des missions

L'ensemble des GT s'accordent sur le besoin de rassembler dans un lieu unique de proximité l'ensemble des informations et certaines prestations, définissant ainsi le CAI comme un **guichet unique de proximité**.

Les missions qui ont été recensées par l'ensemble de ces groupes sont les suivantes :

- accueillir le public ;
- dans le domaine sanitaire :
 - assurer une prise en charge sanitaire (en particulier psychologique) de première intention ;
 - délivrer des conseils à la population ;
 - participer au recensement de la population ;
 - informer les professionnels de santé libéraux ;
 - orienter vers les examens permettant la mesure de la contamination interne (en particulier les anthroporadiamétries) et prendre les rendez-vous ;
 - enregistrer les demandes et les questions ;
- dans le domaine de l'information sur l'accident et ses conséquences :
 - informer sur l'accident et sur l'état de l'installation ;
 - informer sur l'état de la contamination de l'environnement et des denrées ;
 - informer sur les décisions publiques ;
 - informer sur les activités professionnelles (agriculture, industrie) et les modalités de gestion des déchets ;
- dans le domaine de la culture radiologique pratique :
 - fournir les conseils et bonnes pratiques pour réduire les expositions ;
 - recueillir les témoignages sur l'accident et ses conséquences pour en construire la mémoire ;
- dans le domaine de l'aide sociale et matérielle :

- dépister et orienter les populations vulnérables (ou qui le seraient devenues) ;
- aider à l'hébergement et/ou au relogement ;
- recueillir les demandes d'aide et secours d'urgence et statuer sur leur montant ;
- dans le domaine de l'indemnisation :
 - recueillir les demandes d'indemnisation ;
- dans le domaine de la vie sociale et associative :
 - offrir aux résidents un lieu de rencontres et d'échanges sur les problèmes posés par la vie dans les territoires contaminés ;
- dans le domaine des services publics :
 - permettre aux mairies situées dans une zone d'éloignement de disposer d'une « mairie annexe ».

L'annexe 1 présente le recensement des missions proposées par les différents GT.

2.2 Professionnels identifiés et formation

Les GT locaux et nationaux ont identifié différents professionnels susceptibles d'être mobilisés au sein des CAI en situation post-accidentelle :

- les services municipaux, les associations de protection civile ont été identifiés pour assurer l'accueil au sein des CAI et enregistrer l'ensemble des questions posées par la population ;
- les CUMP ont été identifiées pour assurer une première prise en charge psychologique ;
- des étudiants en médecine, des élèves infirmiers ou aide soignants, des médecins employés en vacation, des médecins généralistes, les associations de formation aux risques ont été identifiés pour délivrer des conseils à la population, participer au recensement de la population ;
- des travailleurs sociaux peuvent être mobilisés pour assurer les missions de dépistage et d'orientation des populations vulnérables (ou qui le seraient devenues), aider à l'hébergement ou au relogement, et accompagner le recueil des demandes d'aide d'urgence et d'indemnisation ;
- l'assureur de l'exploitant est identifié pour assurer l'information sur le dispositif d'indemnisation et effectuer le recueil des demandes d'indemnisation.

Au-delà du recensement des acteurs exerçant leurs missions au sein des CAI, il ressort des travaux engagés par les GT que **les CAI sont amenés à travailler en réseau** avec certains professionnels non mobilisés au sein des CAI mais amenés à intervenir en relai. Ainsi, à titre d'exemple :

- le GT « Vienne » n'envisage aucune consultation médicale dans les CAI, mais une orientation vers le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Ainsi, l'animation d'un « réseau santé » par l'Agence Régionale de Santé (ARS) autour des CAI impliquant les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, psychologues et psychiatres de secteur), des professionnels hospitaliers ou de santé publique (médecins du travail, médecins scolaires) est indispensable ;
- le GT « Vienne » a également travaillé sur le repérage de personnes vulnérables ou susceptibles de le devenir et propose d'associer aux CAI le réseau des travailleurs sociaux intervenant au sein des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et des Maisons des Solidarités (MDS) ;
- le GT « Culture pratique de radioprotection en situation post-accidentelle » suggère de s'appuyer sur des professionnels de la santé et de l'éducation volontaires, des structures de diffusion de la Culture Scientifique et Techniques (CCSTI), les CLI et le milieu associatif pour assurer, en coopération avec les experts, la diffusion des savoirs faire concernant la vie dans les territoires contaminés auprès des populations et des professionnels locaux.

Une difficulté identifiée par les GT locaux est celle de la formation des personnes mobilisées en urgence au sein des CAI. Des propositions permettent d'y répondre, au moins partiellement, qu'il s'agisse d'une formation à destination des personnes directement affectées au sein des CAI ou bien des professionnels relai. Ainsi, les GT locaux ont proposé que soient engagées au stade de la préparation :

- la formation, *via* des associations départementales de formateurs, des médecins sur la base d'un kit de formation à construire par exemple. Par ailleurs, cette formation pourrait être rendue accessible en libre service sur le WEB ;
- la production d'un *vade mecum* question/réponse, au stade de la préparation, à partir des questions les plus récurrentes ;
- la formation d'une cinquantaine de professionnels de santé volontaires à la radioprotection et la gestion post-accidentelle, au stade de la préparation.

2.3 Organisation des CAI

Les trois GT locaux ont développé de manière poussée un schéma d'organisation des CAI. Le GT « Vienne » et le GT « Haut Rhin » proposent un schéma d'organisation type « salon professionnel » comprenant :

- une zone d'accueil ;
- plusieurs zones compartimentées permettant des entretiens individuels;
- un espace permettant de tenir des réunions publiques.

Le GT « Vienne » propose une circulation libre dans un espace où l'information est délivrée sous forme de brochures, panneaux disponibles en permanence autour des 4 thématiques : technique / santé / activité professionnelle/ aides d'urgence et indemnisation.

Le GT « Drôme » a développé une approche différente mais complémentaire en proposant de découpler les différentes attributions des CAI en :

- un réseau de CAI « physiques » : des centres de taille limitée sont implantés dans des communes de la ZPP pour l'accueil des populations, leur recensement et un premier diagnostic ;
- un centre hospitalier extérieur : des examens plus poussés (mesure de la contamination interne par exemple par anthroporadiométrie) sont réalisés pour les personnes dépistées comme ayant été exposées;
- un CAI « virtuel » : une information continue et des débats sont organisés et relayés par la télévision et/ou Internet.

Le GT « Culture pratique de radioprotection en situation post-accidentelle », a proposé que les CAI évoluent progressivement au cours de la phase de transition afin de se transformer en Centres d'Information et de Culture de Radioprotection, sur le modèle du Centre développé dans le district de Bragin en Biélorussie, pour rassembler et donner du sens à l'ensemble des données concernant la situation radiologique, les moyens mis en œuvre pour réduire les expositions et réhabiliter les conditions de vie dans les territoires affectés. L'annexe 2 présente plus en détails le retour d'expérience biélorusse en la matière.

3 Missions du Ministère chargé de l'intérieur dans l'aide aux victimes.

Le soutien des populations est planifié au niveau départemental mais aussi communal, car situé en partie dans le champ de la sauvegarde au sens de l'article 13 de la loi de modernisation de la sécurité civile. Il figure donc à la fois dans les modes d'action ORSEC et dans les plans communaux de sauvegarde (PCS).

L'ORSEC « soutien des populations » couvre la prise en charge des populations (impliqués, sinistrés, déplacés ou proches), en répondant à leurs besoins par des structures les plus polyvalentes possibles, les **Centres d'Accueil et de REgroupement (CARE)**, afin de s'appliquer à de multiples situations. Ces centres ont vocation à couvrir la phase d'urgence et d'accompagnement, et permettent de poser les bases de l'organisation post-accidentelle.

Les missions assurées par la chaîne modulaire de soutien, mise en œuvre de manière indépendante de la chaîne de secours médicalisée, sont :

- l'accueil :

- recenser, à l'aide d'un « système départemental unique d'identification » (par exemple : système expérimental SINUS), afin d'établir la liste des personnes concernées, identifier les personnes en difficulté ou présentant des compétences utiles, et fournir un premier bilan de l'événement,
- prodiguer un premier réconfort, en coupant la population de l'événement, en donnant un sentiment de sécurité et en distribuant un premier ravitaillement,
- assurer une première prise en charge et éventuellement orienter la population concernée vers les structures du soutien répondant à son besoin ;
- le soutien médico-psychologique : il est assuré par les acteurs de la chaîne médicale d'urgence au travers des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP, dont la mission est décrite dans des directives spécifique) ;
- l'information et le soutien administratif : des éléments fiables sur l'événement subi, sur les mesures en cours ainsi que sur les évolutions attendues, en lien avec la cellule d'information du public (CIP) sont transmis, et permettent, via un guichet unique, l'orientation vers les compagnies d'assurance ou de formuler des demandes administratives (état civil, logement temporaire, soins particuliers...) ;
- l'hébergement : pour l'urgence, en ayant recours à des lieux collectifs (gymnases, salles polyvalentes...), complétés de matériel de couchage, ou pour un hébergement intermédiaire, de l'ordre de la semaine, dans des structures ad hoc (centres de loisirs ou de vacances, hôtel...) ;
- le ravitaillement : pour l'urgence, il s'agit de couvrir une période de 24 heures à l'aide de repas froids, et pour une durée plus longue, en faisant appel à des chaînes de logistique dédiées ;
- l'assistance matérielle : fourniture d'effets de première nécessité, (vêtements, hygiène, accessoires, kits de jeux, souvent issus d'associations caritatives), aide en numéraire « secours d'extrême urgence » financée par l'état via la DSC, sur demande du préfet ;
- l'aide à l'habitabilité : fourniture temporaire de moyens pour effectuer une première remise en conditions des habitations (déblayage grossier, nettoyage sommaire...) après priorisation et mise en place d'une coordination.

Le directeur des opérations de secours (DOS) a autorité pour activer les CARE, en choisir et désigner leurs lieux d'implantation, de décider de la répartition des populations vers les structures, et de mobiliser les moyens humains et logistiques du département.

Le maire, responsable de la sauvegarde et de la prise en charge immédiate de la population, est chargé du recensement des moyens de sa commune, de la préparation et de l'activation de son dispositif, et de la mobilisation complémentaire des moyens de sa commune.

Les acteurs de ces CARE sont issus des collectivités et des services publics (communes, conseils généraux, éducation nationale, SDIS, services déconcentrés, trésorier payeur...), avec des renforts zonaux ou nationaux si nécessaire, ainsi que des associations agréées de sécurité civile (qui sont bien souvent liées à la préfecture par des conventions). Les réserves communales de sécurité civile, lorsqu'elles existent, sont mobilisables pour la fonction accueil, et des moyens complémentaires privés peuvent être sollicités (restauration, transport, couchage, habillement, hygiène, locaux...).

L'ORSEC prévoit une méthode de planification qui permet d'aider à la définition des surfaces nécessaires par modules de 50 personnes. Ainsi, par exemple, une surface de 650 m² permet de réaliser l'accueil, le ravitaillement et l'hébergement de 150 personnes. Ainsi, chaque commune doit pouvoir déterminer ses capacités, en fonction de critères concrets (accessibilité, parking, sécurité, ergonomie, connectivité et usages...), la consolidation étant réalisée au niveau départemental.

Le lien avec les dispositions spécifiques de l'ORSEC (PPI par exemple) est réalisé à partir des différents scénarios possibles (naturels ou technologiques), qui permettent de déterminer les structures (implantation géographique, nombre, taille...) et les différentes missions nécessaires, l'ensemble étant formalisé dans les dispositions spécifiques propres à chaque risque.

4 Missions du Ministère chargé de la justice dans l'aide aux victimes

Le conseil national de l'aide aux victimes a élaboré en 2003 un rapport présentant 15 propositions pour améliorer la prise en charge des victimes de catastrophes ou d'accident collectifs (rapport LIENHARDT). Le cas des accidents nucléaires entre dans le champ couvert par les travaux du rapport. Ce travail a donné lieu à un Guide méthodologique¹ qui présente la doctrine suivie par le Ministère chargé de la justice pour la prise en charge des victimes d'accidents collectifs.

En préambule, le ministère chargé de la justice intervient uniquement en aide aux victimes d'infraction pénale, c'est-à-dire en cas de poursuite pour blessure ou homicide involontaire. Les personnes ayant été potentiellement exposées aux rejets radioactifs sont susceptibles d'agir en recherche de responsabilité (devant un tribunal pénal²). Une association de victimes qui serait créée à la suite de l'accident et agréée par le ministère de la justice pourrait également se porter partie civile devant un tribunal pénal (art 2-15 du Code de procédure pénale).

Le CAI, guiche unique, correspond à la doctrine du ministère chargé de la justice en cas d'accident collectif dans la mesure où il remplit les fonctions suivantes :

- informer rapidement les victimes ;
- accompagner les victimes (soutien psychologique) ;
- veiller à leur juste et rapide indemnisation.

En outre, **le CAI peut remplir la mission d'information des victimes sur l'accès au droit et à la justice**. En effet, le retour d'expérience du ministère chargé de la justice en lien avec des accidents collectifs industriels (type AZF) ou mettant en jeu des problèmes de santé (type Médiateur) a montré que les numéros verts étaient sollicités pour répondre aux questions d'ordre sanitaire mais également et rapidement pour répondre aux questions relatives aux droits des victimes et aux possibilités d'action en justice. A cet effet, deux fédérations d'associations d'aide aux victimes sont reconnues par le ministère chargé de la justice : la FENVAC et l'INAVEM. Ces fédérations ont une grande expérience de l'aide aux victimes de catastrophes de transport, d'accidents industriels. Une présentation détaillée (à titre indicatif) du rôle de ces fédérations se trouve en annexe 3 du présent document. Aussi, en situation d'accident nucléaire, le ministère chargé de la justice propose que le réseau d'associations d'aide aux victimes (via l'INAVEM ou la FENVAC) soit saisi pour apporter des réponses étayées, à partir d'un numéro vert (08_victimes), et au sein des CAI. Cette mobilisation du réseau associatif au sein des CAI peut se dérouler en deux temps : les professionnels de l'INAVEM ou de la FENVAC sont d'abord physiquement présents au sein des CAI où ils reçoivent les victimes, en même temps qu'ils forment les membres du réseau associatif local qui à terme prendrait le relai. Une rémunération de ces associations est à prévoir.

L'expérience du ministère chargé de la justice en matière d'aide aux victimes d'accidents collectifs conduit aux propositions suivantes relatives au fonctionnement des CAI :

- il est important de prévoir, avant l'ouverture des CAI, une réunion de l'ensemble des intervenants du CAI afin que chacun bénéficie du même niveau d'information et connaisse les missions de tous;
- les associations de victimes qui se créeraient suite à l'accident doivent trouver leur place au sein des CAI.

Enfin, pour mémoire, en situation de catastrophe ou d'accident collectif, le Procureur est en charge, avec le Préfet, d'établir la liste (provisoire puis définitive) des victimes de l'accident.

¹La prise en charge des victimes d'accidents collectifs – Guide méthodologique à l'attention des acteurs de terrain - SERVICE DE L'ACCÈS AU DROIT ET À LA JUSTICE ET DE LA POLITIQUE DE LA VILLE. 2004

² La loi relative à la responsabilité civile nucléaire indique que le seul tribunal pénal compétent pour un accident nucléaire est le tribunal de grande instance de Paris

5 Propositions et recommandations pour la mise en place des CAI

La mise en place des CAI est une des premières actions à mettre en œuvre par les pouvoirs publics, nécessaire à la levée de la mise à l'abri des populations suite à un accident nucléaire. L'ampleur des territoires et la taille de la population affectés par les conséquences de l'accident permet d'estimer le nombre³ de CAI à créer, plusieurs CAI pouvant être nécessaires.

Le CAI est une structure qui se définit comme :

1. **un guichet unique de proximité**, puisqu'il permet, dans un même lieu, aux habitants des territoires contaminés de s'informer **auprès de personnes compétentes** et engager les démarches nécessaires ;
2. **une tête de réseau** dans la mesure où le CAI est un lieu permettant un premier dépistage et le cas échéant une orientation vers les professionnels compétents ;
3. **une structure évolutive dans le temps** car les missions du CAI n'ont pas toutes la même temporalité ;
4. progressivement **un lieu de diffusion de la culture radiologique pratique** pour les habitants et les professionnels qui auront fait le choix de rester résider et travailler dans les territoires contaminés ;
5. en permanence **un lieu d'échanges et de dialogues** associant l'ensemble des parties prenantes.

5.1 *Guichet unique de proximité mobilisant des personnes compétentes*

Missions d'un CAI

Le tableau 1 décrit des missions attendues d'un CAI, organisées en « Missions générales » et « Missions Spécifiques » afin de s'intégrer dans le dispositif ORSEC existant (les missions générales relèvent des CARE, et les missions spécifiques du PPI « nucléaire »).

³ En termes de dimensionnement, en première approche, on peut retenir 1 CAI pour 2000 habitants.

Tableau 1: les missions d'un CAI retenues par le GT « CAI »

CAI	
Missions générales ORSEC (CARE)	Missions spécifiques (PPI)
ACCUEILLIR	
Accueillir le public	
Enregistrer les demandes et les questions	
FOURNIR UN SOUTIEN MEDICO PSYCHOLOGIQUE	
Assurer une prise en charge sanitaire (en particulier psychologique) de première intention et orienter vers les dispositifs appropriés	Orienter vers les mesures de contamination interne (Anthroporadiamétrie ou examens toxicologiques) et assurer la prise de rendez-vous
Participer au recensement de la population	
INFORMER SUR L'ACCIDENT ET SES CONSEQUENCES	
Informé sur l'accident et l'état de l'installation	Informé sur les conséquences sanitaires de l'accident
Informé sur l'état de la contamination de l'environnement et des denrées	
Informé sur les décisions publiques	
Informé sur les activités professionnelles (agricoles et industrielles), sur le devenir des productions suite à l'accident et sur les modalités gestion des déchets	
FOURNIR UNE AIDE SOCIALE ET MATERIELLE	
Dépister et orienter des populations vulnérables ou qui le seraient devenues	
Aider à l'hébergement et/ou au logement	
Recueillir des demandes d'aides et de secours d'urgence ⁴ , statuer sur leur montant et s'assurer de leur distribution	Mettre en place la prise en charge des frais médicaux, si elle est décidée et selon les modalités qui auront été retenues.
PREPARER L'INDEMNISATION	
	Informé sur le dispositif d'indemnisation et recueillir les demandes d'indemnisation
PERMETTRE L'ACCES AUX DROITS DES VICTIMES	
	Informé sur les possibilités d'accès aux droits des victimes d'accidents collectifs
ASSURER LA CONTINUTE DU SERVICE PUBLIC	
Permettre à la (aux) mairie(s) située(s) dans une zone d'éloignement de disposer d'une annexe au sein des CAI	
DEVELOPPER LA CULTURE RADIOLOGIQUE PRATIQUE	
	Diffuser des conseils et bonnes pratiques en matière de réduction de la contamination et des expositions
	Recueillir les témoignages sur l'accident et ses conséquences afin de construire sa mémoire en vue du transfert intergénérationnel.
FAVORISER LES ECHANGES ET LE DIALOGUE SOCIAL	
	Créer un lieu d'échanges et de dialogue entre les résidents sur ce qu'ils mettent en œuvre pour vivre dans les territoires contaminés
	Favoriser les remontées d'information relatives aux besoins des populations

⁴ Les aides et secours d'urgence recouvrent d'une part les secours financiers d'urgence versés par l'Etat et les aides de première nécessité prévus par EDF et AREVA. Les aides de première nécessité sont susceptibles d'abonder un fonds de concours. Seuls les services de l'Etat seraient alors en charge de l'instruction des dossiers, tout en traçant les montants individuels versés et les communiquant aux exploitants.

Préparation du grément des CAI

Afin que les CAI puissent être grés au plus tôt dès la sortie de la phase d'urgence, il est indispensable qu'une personne dédiée au grément des différents CAI soit présente au COD de la Préfecture du lieu de l'accident. Elle est en charge :

- d'appuyer les services locaux en cahrgé du grément des CAI ;
- de la coordination du grément des CAI ;
- de l'évaluation de besoins complémentaires nécessaires le cas échéant, et pas conséquent de la demande de sollicitation du niveau zonal.

Cette personne, après la sortie de la phase d'urgence, doit continuer d'assurer la mission de coordination des différents CAI.

Professionnels mobilisés au sein des CAI

Responsable du CAI

Afin de permettre rapidement le fonctionnement des CAI, plusieurs niveaux de direction sont identifiés :

- une fonction direction logistique est assurée par les services de la mairie ou de l'intercommunalité ;
- une fonction de direction générale (animation et fonctionnement) est assurée d'abord par le Préfet (dans la continuité des CARE) puis progressivement par la collectivité. Ce changement de portage doit être anticipé ; par exemple, un élu peut être associé dès que possible à la fonction de direction du CAI. La fonction de direction générale peut être mutualisée pour plusieurs CAI ;
- une fonction de coordination des différents CAI peut être assurée par le Préfe.

Professionnels à mobiliser

Certaines missions font appel à des professionnels déjà identifiés et, pour certains d'entre eux, formés à intervenir en situation accidentelle ; ils sont identifiés par l'annexe 4.

Ces professionnels sont nombreux et proviennent de structures différentes (acteurs associatifs, administratifs, experts ...). Il est indispensable, en vue d'assurer une bonne coordination et la cohérence des messages, de mettre en place avant l'ouverture d'un CAI une première réunion d'information de l'ensemble des professionnels mobilisés dans l'objectif qu'ils disposent tous du même niveau d'information et qu'ils aient une bonne connaissance du fonctionnement du CAI où ils interviennent. Ces réunions peuvent se tenir régulièrement par la suite.

Mobilisation de professionnels formés à la radioprotection

La mobilisation de personnels compétents en radioprotection au sein des CAI est indispensable pour assurer la qualité et la crédibilité de l'information transmise à la population (en particulier, l'information relative aux premières recommandations associées au zonage post-accidentel) et , à terme, permettre le développement d'une culture radiologique pratique. Toutefois, les compétences en radioprotection sont rares, elles peuvent en outre ne pas être adaptées au contexte d'un accident nucléaire et de ses conséquences.

Certains viviers de professionnels déjà formés ont été identifiés, ainsi:

- un vivier d'experts pour communiquer autour d'un accident nucléaire et ses conséquences existe au sein de l'ASN et de l'IRSN ;
- des experts identifiés associés aux entités précitées :
 - les membres des groupes permanents d'experts ;
 - les membres des sociétés savantes ;

- des médecins spécialisés en médecine nucléaire, ou des radio-physiciens hospitaliers, qui sont localement présents et susceptibles de devenir des personnes référents, en particulier vis-à-vis d'autres professionnels de santé ;
- le réseau des personnes compétentes en radioprotection (PCR) qui dispose également d'un réseau local;
- les universitaires intervenant dans le domaine de la radioprotection.

A froid, afin que ces experts soient sensibilisés à la problématique de l'accident nucléaire pour se préparer à une participation à une structure type CAI, à l'accompagnement des professionnels et des structures volontaires pour contribuer à l'information et à la diffusion de la culture radiologique pratique, plusieurs pistes sont envisageables :

- mobiliser les professionnels déjà inscrits dans une dynamique de réseau afin d'intégrer la question du post-accident au sein de leurs propres réflexions professionnelles :
 - le réseau des PCR;
 - les réseaux de médecins existants (ex : médecins sentinelles, réseau GROG...) ou les associations de médecins (URML) ;
- évaluer et faire évoluer l'information des populations capitalisée en situation accidentelle et post-accidentelle (ex : questions/réponses préparées par l'ASN et l'IRSN suite à l'accident de Fukushima ...) avec certaines des parties prenantes ;
- valoriser cet existant relatif à l'information des populations par exemple sous la forme d'un site Internet préparé ;
- former des professionnels de santé volontaires (médecins généralistes, médecins du secteur assurantiel, infirmiers...) à la radioprotection et les préparer à la gestion post-accidentelle radiologique afin de disposer d'une cinquantaine de personnes susceptibles d'intervenir dans les CAI en cas d'accident nucléaire;
- former les travailleurs sociaux aux dispositifs permettant le versement des aides d'urgence.

La mobilisation au sein des CAI des médecins du travail ou de personnes compétentes en radioprotection (PCR) employés par les exploitants, malgré leur compétence reconnue, semble peu indiquée dans des circonstances accidentelles.

Outils

Des outils permettant, dès les premières heures suivant l'accident, d'informer les populations sont indispensables. Le retour d'expérience sur l'accident de Fukushima a montré l'intérêt de la mise en ligne d'information sur les sites Internet dédiés (à titre d'exemple, 1,5 millions de connections ont été enregistrées sur le site de l'IRSN le 23 mars 2011) et de l'ouverture de lignes téléphoniques. Cet événement a conduit l'ASN et l'IRSN à produire des éléments de langage permettant de répondre aux nombreuses questions liées à la situation accidentelle et post-accidentelle. Ainsi, le déploiement d'un site Internet dédié permettant la mise en ligne d'outils type questions/réponses semble indispensable. D'autres outils peuvent être exploités, comme la diffusion d'information en boucle sur des sites télévisés d'information en ligne, par exemple.

A long terme, lorsque le rôle des CAI est essentiellement de donner accès à une information contextualisée et à la diffusion des savoirs faire concernant la culture radiologique pratique, des outils comme des bulletins d'information périodique, des atlas sur l'évolution de la situation du territoire peuvent être envisagés.

Lieux d'implantation

Les CAI sont créés au plus près des populations affectées par l'accident, par conséquent au sein de la zone de protection des populations (ZPP). Toutefois, le niveau de radioactivité ambiant autour des moyens mobiles mobilisés en vue de la réalisation d'examens anthroporadiométriques ne doit pas interférer sur la qualité et le résultat de la mesure. Ainsi, si pour ces raisons les moyens mobiles ne

peuvent être installés à proximité des CAI, ils peuvent l'être à proximité d'un centre hospitalier, par exemple.

5.2 Tête de réseau

Le retour d'expérience biélorusse montre que les structures équivalentes aux CAI ont vocation à s'inscrire dans la durée ; elles ne peuvent reposer uniquement sur les experts mobilisés au sein des CAI. En outre, certaines des missions des CAI sont assurées en dehors de tout contexte accidentel par des personnes formées et compétentes. C'est pourquoi, dans certains champs, le CAI a simplement une vocation de dépistage et d'orientation vers les professionnels des secteurs concernés. Ce fonctionnement implique *a minima* l'information et à terme la formation de ces derniers. L'annexe 4 propose des acteurs relais identifiés.

Un tel rôle, tête de réseau, implique que des personnes soient elles même identifiées comme référents. A titre d'illustration, un radiophysicien peut exercer cette fonction vis-à-vis des professionnels de santé libéraux.

5.3 Structure évolutive dans le temps

Les missions attribuées au CAI ne présentent pas toutes le même degré d'urgence et il est important d'identifier celles qui doivent impérativement accompagner la sortie de la phase d'urgence, et celles associées aux phases de transition et de long terme. A titre d'illustration, l'annexe 5 présente un tableau décrivant la montée en charge dans le temps de certaines des missions des CAI.

En phase d'urgence, les missions d'information de la population sont assurées par la Cellule d'Information du Public (CIP). L'expérience a montré qu'une CIP pouvait rester activée pendant la phase post-accidentelle (Guide ORSEC Départemental – Juillet 2010). Aussi, si la CIP a vocation à soutenir les CAI dans les premières heures qui suivent l'accident, elle doit s'intégrer rapidement au CAI pour répondre aux fonctions d'accueil et d'information.

Pour préparer **la sortie de la phase d'urgence, le grément des CAI s'organise sur le modèle des CARE (CAI = CARE nucléaire) pour être opérationnel dès la levée de la mise à l'abri** et permettre de répondre aux missions prioritaires suivantes :

- accueillir ;
- recenser ;
- fournir un soutien médico-psychologique (en particulier, une première prise en charge psychologique et l'orientation vers les mesure de contamination interne) ;
- informer sur l'accident, l'état de l'installation et les conséquences environnementales de l'accident ;
- héberger (des personnes qu'il faudrait éloigner) ;
- délivrer les aides et secours d'urgence ;
- développer la culture radiologique pratique: les restrictions accompagnant le zonage post accidentel décidées en sortie de phase d'urgence sont mises en œuvre, aussi leur bonne compréhension, la délivrance de conseils et de bonnes pratiques contribuent à l'efficacité de telles dispositions ; ce sont les premières actions contribuant au développement de la culture radiologique pratique.

Pendant la phase de transition, les missions suivantes doivent être assurées par le CAI, **en complément** de celles déjà assurées :

- informer : compte tenu de la consolidation des connaissances en lien avec la caractérisation radiologique du milieu, et de la prise des décisions par les pouvoirs publics relatives à la gestion post-accidentelle, la mission d'information revêt une importance majeure;
- fournir une aide sociale et matérielle : recueillir les besoins d'aides d'urgence et statuer sur leur montant ; dépister et orienter les populations vulnérables ou qui le seraient devenues ; aider relogement ; mettre en place la prise en charge des frais médicaux;

- préparer l'indemnisation en recueillant les demandes d'indemnisation ;
- permettre l'accès au droit des victimes en les informant sur leurs droits;
- développer la culture radiologique pratique: développement d'un lieu d'échanges sur les pratiques de radioprotection et leur efficacité;
- faire remonter les demandes exprimées par les populations.

D'autres structures devraient progressivement contribuer à alimenter le CAI en information concernant la situation radiologique en particulier à travers le développement de lieux permettant une mesure de l'activité radiologique simple et accessible à tous (institut de mesure, par exemple)

Une mairie située en zone d'éloignement devrait, pour assurer ses missions essentielles comme par exemple l'Etat Civil, être hébergée dans une structure d'accueil. Cette structure d'accueil pourrait être une autre mairie, ou bien un CAI.

De façon schématique, l'annexe 6 propose une description opérationnelle d'un CAI tel qu'il devrait être créé au début de la phase de transition.

La phase de long terme voit évoluer les missions des CAI. Certaines missions ne sont plus pertinentes, et disparaissent au cours de la phase de transition, comme par exemple la première prise en charge psychologique, le recueil des besoins d'aide et secours d'urgence. Par contre, les CAI deviennent progressivement un lieu d'échanges et de dialogue entre les résidents, et de développement d'une culture radiologique pratique.

Pour permettre cette évolution au cours du temps, le CAI doit s'adapter à de nouvelles fonctions, ce qui implique une nouvelle organisation et la mobilisation de nouveaux acteurs.

5.4 Lieu de diffusion de la culture radiologique pratique, d'échanges et de dialogues

Le retour d'expérience de Bielorussie a montré l'efficacité de structures associant à la fois les pouvoirs publics, les experts et la population afin de :

- partager un diagnostic , en particulier la validité des mesures de contamination, et structurer les échanges sur ce sujet ;
- permettre le développement d'une culture radiologique pratique, et son partage à l'ensemble des parties prenantes ;
- vérifier l'efficacité des mesures de radioprotection mises en œuvre ;
- identifier les possibilités de réduction de la contamination interne.

Un CAI doit également associer l'ensemble des parties prenantes, répondant aux mêmes objectifs que ceux cités plus haut. Cette recherche de l'implication de l'ensemble des parties prenantes peut prendre plusieurs formes :

- l'association des populations à la mesure en leur permettant d'accéder rapidement à un outil de mesure ;
- l'organisation des réunions d'information et d'échanges ;
- la facilitation de projets ou micro-projets locaux ;
- le partage de la construction, du suivi et des résultats des études épidémiologiques.

5.5 Recommandations du groupe de travail.

Les recommandation du GT sont les suivantes pour ce qui concerne **le stade de la préparation** :

- évaluer l'information existante sur les situations accidentelles et post-accidentelles avec des parties prenantes ;
- valoriser cet existant, par exemple sous la forme d'un site Internet ;
- évaluer la faisabilité de créer un centre de ressources national de personnes compétentes et mobilisables en situation post- accidentelle ;
- définir les critères relatifs aux compétences nécessaires au sein des CAI pour identifier rapidement les personnes susceptibles d'être mobilisées en situation post-accidentelle ;

→ former à froid les travailleurs sociaux au versement des aides et secours d'urgence.

6 Conclusion

La mise en œuvre des CAI a été éprouvée lors de la déclinaison locale du guide de sortie de la phase d'urgence par les acteurs locaux. Il ressort de cette expérimentation un savoir-faire démontré à la mise en œuvre de ce type de structure (faisant suite à la mise en place des centres de vaccination à la grippe H1N1).

Les CAI, s'inscrivant dans la durée voient leurs missions évoluer pour répondre aux différents besoins de la population, à l'aide d'interlocuteurs formés et compétents. C'est pourquoi la préparation joue pleinement son rôle en permettant d'anticiper le gréement des CAI tant sur des aspects pratiques, logistique que sur les aspects relatifs à la mobilisations des personnes compétentes et des supports d'information pré-établis.

ANNEXE 1
Missions des CAI proposées par les différents GT locaux ou nationaux

	GT « Vienne »	GT « Haut Rhin »	GT « Drôme »	GT Nationaux
ACCUEIL				
Accueillir et informer le public	X	X	X	GT « Santé » GT « Culture pratique de radioprotection »
SANTE				
Assurer une prise en charge sanitaire (en particulier psychologique) de première intention,	X	X (orientation simplement)		GT « Santé »
Délivrer des conseils à la population.				GT « Santé » GT « Culture pratique de radioprotection »
Participer au recensement de la population ZPP	X	X (collecte des questionnaires et retransmission aux CIRE)	X	GT « Santé »
Informers les professionnels de santé libéraux		X		GT « Santé »
Orienter vers les examens permettant la mesure de la contamination interne (en particulier les anthropogammémétries)	X Dans un centre autonome à proximité des CAI	X Seule une prise de RV est assurée au CAI	X CAI « hospitalier » extérieur	GT « Santé »
Enregistrer les demandes et les questions	X			GT « Santé »
INFORMATION				
Informers sur l'accident, et l'état de l'installation	X	X		GT « Culture pratique de radioprotection »
Informers sur l'état de la contamination de l'environnement et des denrées	X			GT « Culture pratique de radioprotection »
Informers sur les décisions publiques				GT « Communication » GT « Culture pratique de radioprotection »
Informers sur le devenir des productions (agricoles, industrielles) suite à l'accident et les modalités de gestion des déchets	X			GT « Culture pratique de radioprotection »
CULTURE RADIOLOGIQUE PRATIQUE				
	X	X		GT « Culture pratique de radioprotection »
Recueillir les témoignages sur l'accident et ses conséquences afin de				GT « Culture pratique de radioprotection »

construire sa mémoire en vue du transfert intergénérationnel.				
AIDE SOCIALE ET FINANCIERE				
Dépister et orienter des populations vulnérables (ou qui le seraient devenues)	X	X		
Aider à l'hébergement et/ou au relogement	X			
Recueillir les demandes d'aide et secours d'urgence et statuer sur leur montant				GT « Indemnisation »
INDEMNISATION				
Informier sur le dispositif d'indemnisation et recueillir les demandes d'indemnisation				GT « Indemnisation »
VIE SOCIALE ET ASSOCIATIVE				
Offrir aux résidents un lieu de rencontres et d'échanges sur les problèmes posés par la vie dans les territoires contaminés				
SERVICES PUBLICS				
Permettre à la (aux mairies situées dans une zone d'éloignement de créer une « mairie annexe »				GT Communes (Fessenheim)

ANNEXE 2

Retour d'expérience de la gestion des territoires contaminés suite à l'accident de Tchernobyl en Biélorussie

Les paragraphes ci-dessous proposent une synthèse des enseignements du programme CORE qui s'est déroulé dans 4 districts de Biélorussie contaminés par l'accident de Tchernobyl (rapport COREX - Mutadis, 2011) et qui a permis entre autre le développement d'actions expérimentales dans les domaines du pilotage de la qualité radiologique et de la diffusion et la transmission de la culture radiologique pratique dans les territoires contaminés de Biélorussie. Ces expériences sont de nature à alimenter la réflexion sur le devenir des CAI, en particulier sur le long terme.

1. Bref aperçu du pilotage de la qualité radiologique dans les territoires contaminés de Biélorussie

Après 1986, l'Etat Biélorusse a progressivement mis en place environ un millier de centres de mesure accrédités pour contrôler les produits alimentaires afin d'empêcher l'accès au marché des produits dont la contamination était supérieure aux normes de commercialisation. Au début des années 90 l'Etat a complété ce dispositif par plus de 300 centres locaux de contrôle radiologique (CLCR) gérés par l'organisation BELRAD afin de vérifier la qualité des produits de la production privée dans les villages les plus contaminés. Le projet ETHOS, qui s'est déroulé de 1996 à 2001 dans le district de Stolyn avec le soutien d'une équipe d'experts français, a largement bénéficié dans un premier temps des informations produites par les dispositifs existants. Le travail avec la population et les professionnels locaux a cependant conduit à mettre progressivement en place dans les villages participant au projet un nouveau dispositif de suivi de la qualité radiologique fondé sur **l'implication directe des habitants des villages aux mesures de débits de dose ambiants, de la contamination des aliments et de la contamination interne des personnes, afin que chaque habitant soit en mesure d'établir des liens entre ces mesures et ses propres activités quotidiennes (travail et loisirs) et la qualité radiologique de son alimentation.**

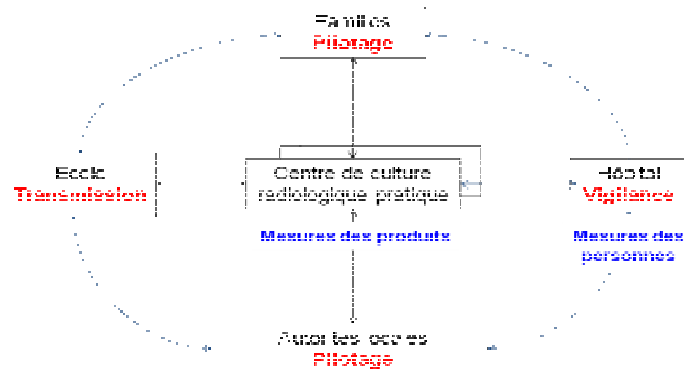
Cette expérience a permis d'identifier les caractéristiques, les conditions et les moyens pour qu'un tel système soit efficace. Elle a de plus révélé la grande inhomogénéité de la contamination locale et des comportements individuels en matière d'alimentation et de mode de vie qui se traduisait par une très large distribution des expositions individuelles des personnes nécessitant donc **une approche de la protection au plus près des personnes.**

Dans le cadre du programme CORE, (2004-2008), le dispositif de mesures élaboré dans le projet ETHOS a été testé dans d'autres districts contaminés, en particulier dans le district de Bragin situé à la périphérie de la zone interdite des 30 kilomètres, en insistant sur **le développement de la culture radiologique pratique au sein de la population, en particulier chez les enfants scolarisés.**

2. Articulation du pilotage de la qualité radiologique avec le suivi sanitaire des populations, le développement de la culture radiologique pratique à l'école et les actions des pouvoirs publics

La figure suivante présente de façon schématique le dispositif de pilotage de la qualité radiologique mis en place dans le district Bragin à partir de 2004. Au cœur de ce dispositif figurent les Centres de culture radiologique pratique (CCRP) pilotés par l'Association « Pousse de Vie » qui assurent les mesures des produits alimentaires ainsi que tout autre produit apporté par les habitants des villages qui souhaitent connaître leur qualité radiologique. Ces Centres coopèrent étroitement avec les familles pour les conseiller et les aider à piloter leur situation radiologique personnelle mais aussi avec les autorités locales qui peuvent intervenir à tout moment pour débloquer ou accompagner des situations difficiles qui ne peuvent pas l'être au niveau individuel. Par ailleurs les Centres coopèrent également avec le

système de santé qui se charge de la mesure des personnes et avec le système éducatif qui développe la culture radiologique pratique chez les enfants,



En effet, parallèlement aux mesures des produits alimentaires effectuées par les CCRP, des mesures anthroporadiométriques sont réalisées en routine pour toutes les personnes qui consultent à l'hôpital de Bragin et, de plus, des campagnes annuelles de mesures sont réalisées dans les écoles au moyen des équipements mobiles de l'hôpital. Ces campagnes permettent d'identifier les enfants les plus contaminés et les membres de l'Association Pousse de vie, en coopération avec les dosimétristes des CCRP et les professeurs, engagent un dialogue avec les familles concernées pour déterminer les sources de contamination en effectuant des mesures des produits les plus couramment consommées dans les familles, parfois avec l'aide du Centre d'hygiène, d'épidémiologie et de santé publique du district. Ces démarches permettent dans tous les cas **d'identifier rapidement des marges de manœuvre pour réduire la contamination interne des enfants et les campagnes suivantes permettent de vérifier l'efficacité des actions mises en œuvre au niveau des familles concernées.**

Dans le domaine de l'éducation, les Centres d'Information et de Développement de la Culture Radiologique Pratique mis en place dans certaines écoles du District permettent de relayer le travail des CCRP. Ils sont animés par des professeurs spécialement formés (en partenariat avec l'Institut de Recherche en Radiologie de Gomel) qui assurent un travail d'information (voire de formation) des enfants par le développement de projets éducatifs et de travaux pratiques. Chaque centre est doté d'un spectromètre permettant la mesure des niveaux de contamination en césium des aliments et d'un dosimètre permettant la mesure des débits de dose ambiants. Au travers des travaux réalisés par les enfants (mesures de produits alimentaires, mesures des débits de doses ambiants, collecte de témoignages sur l'accident de Tchernobyl...), leurs parents, et d'une manière générale les habitants des villages concernés, acquièrent des éléments de la culture pratique de radioprotection.

Il est intéressant de mentionner qu'après 3 années de fonctionnement efficace du dispositif de pilotage de la qualité radiologique articulé autour des CCRP, les acteurs impliqués ont ressenti le besoin de créer une **structure de dialogue et d'échange concernant les données de la qualité radiologique dans le district pour maintenir la dynamique du dispositif.** Appelée Centre Local d'Information sur la Qualité Radiologique, cette structure s'est donné comme objectifs la diffusion trimestrielle d'un «Bulletin saisonnier de la qualité radiologique dans le district de Bragin» et le développement d'un «Atlas des conditions de vie dans le district de Bragin après la catastrophe de Tchernobyl».

3. Les enseignements de l'expérience de Bragin

L'expérience du district de Bragin a permis de valider les conditions pour qu'un système de suivi radiologique post-accidentel soit efficace pour aider les habitants à piloter leur situation radiologique et devenir ainsi acteur direct de leur protection. **Tout d'abord, le système doit reposer sur des bases scientifiques et techniques solides (certification/accréditation du matériel, assurance qualité) et des personnes qualifiées (formation, motivation et animation), afin d'assurer la crédibilité des mesures.** Cependant cette dernière n'est vraiment acquise que lorsqu'il existe un véritable pluralisme des acteurs de la mesure (acteurs publics et privés) au niveau local comme aux

niveaux régional et national. Par ailleurs, il est indispensable **d'articuler le pilotage de la qualité radiologique assuré par les acteurs locaux avec le contrôle assuré par les pouvoirs publics chargés du respect des normes radiologiques.** Cette articulation doit s'opérer au niveau opérationnel sur le terrain à travers la coopération des divers centres de mesures implantés localement. Sans un soutien de l'Etat, ou d'instances régionales et locales, il est en effet difficile de concevoir la mise en œuvre d'un dispositif pérenne.

Le projet a aussi clairement contribué **à diffuser la culture radiologique pratique auprès d'un réseau de professionnels ayant acquis au fil du déroulement du projet une bonne compréhension de la situation locale et étant capables de prendre en charge des situations individuelles et collectives préoccupantes.**

L'expérience du District de Bragin a enfin montré que le travail au niveau des villages devait être relayé **par l'existence d'un lieu de dialogue et d'information au niveau du district afin d'assurer la diffusion des résultats des mesures et de la culture radiologique au-delà du cercle des familles directement impliqués dans le dispositif de suivi radiologique.**

ANNEXE 3

Présentation succincte de l'INAVEM et de la FENVAC

L'Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM), créé en 1986, est la Fédération nationale des associations d'aide aux victimes. L'objet de la fédération est de promouvoir et de développer l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes. Les objectifs des associations fédérées au sein de l'INAVEM sont d'une part, l'accueil et l'écoute des victimes d'atteintes à la personne ou aux biens et d'autre part, l'aide psychologique, l'information sur les droits et l'accompagnement social des victimes. Les associations d'aide aux victimes sont aujourd'hui au nombre de 145 réparties sur l'ensemble du territoire. Ayant d'abord vocation à intervenir au quotidien auprès des victimes d'actes isolés (violences familiales, agressions, vols), l'INAVEM et son réseau ont développé des actions particulières auprès des victimes et familles de victimes d'accidents collectifs. Un numéro vert national d'aide aux victimes d'accident collectif a été mis en place par le ministère chargé de la justice ; sa gestion a été confiée à l'INAVEM. Les écoutants sont formés à l'écoute des victimes et en mesure de relayer l'information voire de proposer une orientation.

La FENVAC (Fédération Nationale d'Aide aux Victimes d'Accidents Collectifs) a été créée en 1994 à partir de 8 associations d'aide aux victimes. Fin 2010, la FENVAC rassemble les victimes de plus de 70 accidents collectifs ou catastrophes de toutes natures : crashes aériens, incendies, explosions, collisions, naufrages, catastrophes naturelles ...

La FENVAC intervient de plusieurs manières aux côtés des victimes d'accident collectif. Elle peut :

- se constituer elle-même partie civile en tant que fédération d'associations de victimes,
- porter la parole des victimes de catastrophes pour améliorer les dispositifs publics d'accueil, d'aide et de soutien aux victimes et à leurs familles ;
- intervenir par son réseau de Délégués Régionaux bénévoles, désignés parmi les responsables d'associations adhérentes. Ceux-ci, après une formation spécifique, sont chargés d'intervenir localement en aide auprès des victimes et associations de victimes de leur région, renforçant ainsi la capacité de la FENVAC d'assister les familles et leur association, de la survenance des catastrophes jusqu'à la fin de la procédure judiciaire.

Elle pourrait participer aux cellules d'accueil et d'information des familles mises en place par les Préfectures dans le cadre des Plans Rouges à proximité du site des catastrophes, à la réunion d'information des familles organisée par le Procureur de la République, ou à l'élaboration d'une convention d'indemnisation transactionnelle amiable et de suivi médical et psychologique des victimes et de leurs familles au sein des Comités de Suivi des Victimes mis en place par la Chancellerie.

La FENVAC et l'INAVEM sont signataires d'une convention pour coordonner leurs actions en toute complémentarité et efficacité auprès des familles de victimes d'accidents collectifs.

ANNEXE 4

Acteurs et acteurs relai pouvant exercer une ou plusieurs missions au sein des CAI

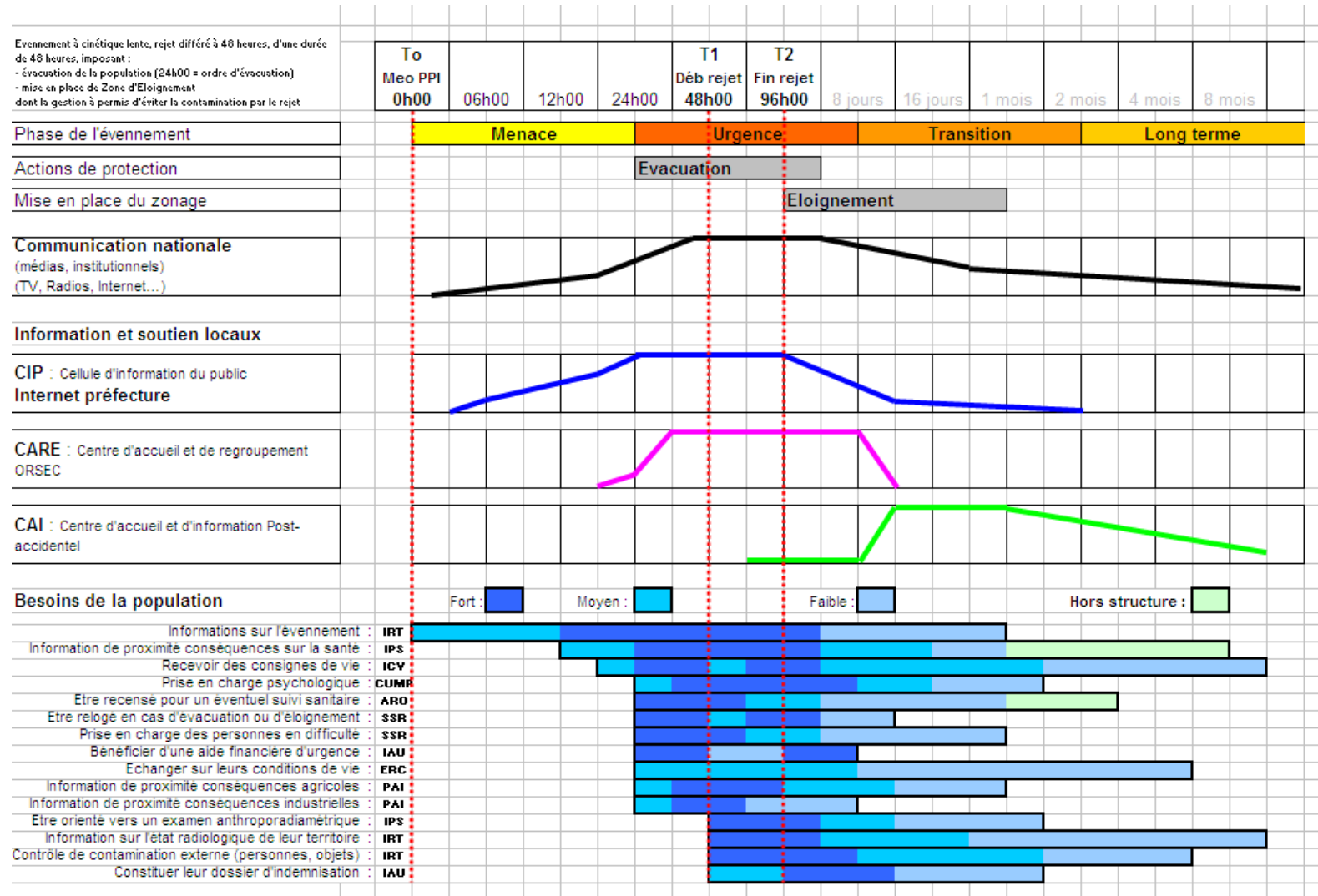
Missions	Acteurs	Acteurs relai
ACCUEILLIR		
Accueillir le public	Services municipaux Associations agréées de protection civile Réserves de Sécurité Civiles	
Enregistrer les demandes et les questions	Services municipaux Associations agréées de protection civile Réserves de Sécurité Civiles	
FOURNIR UN SOUTIEN MEDICO PSYCHOLOGIQUE		
Assurer une prise en charge sanitaire (en particulier psychologique) de première intention et orienter vers les dispositifs appropriés	CUMP Associations agréées de protection civile	Psychiatres et psychologues (libéraux, praticiens hospitaliers ...)
Participer au recensement de la population	InVS (CIRE)	
Orienter vers les mesures de contamination interne (anthroporadiamétrie ou examens toxicologiques) et assurer la prise de rendez-vous	Associations agréées de protection civile Réserves de Sécurité Civiles	
INFORMER SUR L'ACCIDENT ET SES CONSEQUENCES		
Informé sur l'accident et l'état de l'installation.	ASN, exploitant	
Informé sur l'état de la contamination de l'environnement et des denrées	IRSN, administration départementale, associations agréées pour la protection de l'environnement ; associations participant au RNM	
Informé sur les décisions publiques	Administration départementale	
Informé sur les conséquences sanitaires de l'accident	IRSN, InVS, ARS	Médecins du secteur libéral, ou hospitalier Médecins de santé publique Autres professionnels de santé
Informé sur les activités professionnelles (agricoles et industrielles), sur le devenir des productions suite à l'accident et sur les modalités de gestion des déchets	Administration départementale, ASN	Chambres consulaires
FOURNIR UNE AIDE SOCIALE ET MATERIELLE		
Dépister et orienter des populations vulnérables ou qui le seraient devenues	Travailleurs sociaux	Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) Maison des Solidarités (MDS) Associations intervenant dans le champ de l'aide sociale
Aider à l'hébergement et/ou au relogement	Travailleurs sociaux	
Recueillir les demandes d'aides et de secours d'urgence ⁵ , statuer sur leur montant et s'assurer de leur distribution.	DDFIP et travailleurs sociaux	Agence(s) bancaire(s) Service juridique de l'exploitant

⁵ Les aides et secours d'urgence recouvrent d'une part les secours financiers d'urgence versés par l'Etat et les aides de première nécessité prévues par EDF et AREVA. Les aides de première nécessité sont susceptibles d'abonder un fonds de concours. Seuls les services de l'Etat seraient alors en charge de l'instruction des dossiers, tout en traçant les montants individuels versés et en les communiquant aux exploitants.

Mettre en place la prise en charge des frais médicaux	Ministères chargés de la santé et de la justice Caisses d'assurance maladie	
PREPARER L'INDEMNISATION		
Informé sur le dispositif d'indemnisation et recueillir les demandes d'indemnisation	Assureur de l'exploitant	Service juridique de l'exploitant
PERMETTRE L'ACCES AU DROIT DES VICTIMES		
Informé sur les possibilités d'accès aux droits des victimes d'accidents collectifs	INAVEM FENVAC formées préalablement au dispositif spécifique d'indemnisation en cas d'accident nucléaire	Associations locales d'aides aux victimes d'accident collectif formées préalablement au dispositif spécifique d'indemnisation en cas d'accident nucléaire
PERMETTRE LA CONTINUITE DU SERVICE PUBLIC		
Permettre à la (aux) mairie(s) située(s) dans une zone d'éloignement de disposer d'une annexe au sein des CAI	Personnel de la/des mairie(s) située(s) en zone d'éloignement	
DÉVELOPPER LA CULTURE RADIOLOGIQUE PRATIQUE		
Diffuser des conseils et bonnes pratiques en matière de réduction de la contamination et des expositions	ARS, ASN, IRSN, CLI et associations	Professionnels de la santé et de l'éducation volontaires Structures de diffusion de la culture scientifique dont les centres de culture scientifique technique et industrielle
Recueillir les témoignages sur l'accident et ses conséquences afin de construire sa mémoire en vue du transfert intergénérationnel.	Associations	
FAVORISER LES ECHANGES ET LE DIALOGUE SOCIAL		
Créer un lieu d'échanges et de dialogue entre les résidents, sur ce qu'ils mettent en œuvre pour vivre dans les territoires contaminés	Associations	
Favoriser les remontées d'information relatives aux besoins des populations	Associations	

ANNEXE 5

Illustration de la montée en charge de certaines missions au sein d'un CAI



ANNEXE 6
Proposition d'organisation d'un CAI en début de phase de transition

	Information Public Installation, radioactivité et territoire (IRT)			Information public Conseils de vie (bâti, hygiène, denrées...) (ICV)			Information Professionnels Agriculture - Industrie (PAI)			Information public Santé (IPS)			CUMP soutien psychologique (CUMP)		
Poste de secours Organisation							Espace convivialité réunions publiques (450 m²) (ERC)						Soutien social Relogement Aides d'urgence (SRA)		
Accueil Recensement Orientation (ARO)															