

- dans un deuxième temps (dès la mise en place des dispositifs de contrôle radiologique adaptés à chaque filière de production agricole), d'autoriser la mise sur le marché des produits conformes et de définir une stratégie avec les parties prenantes et la population vis-à-vis de l'autoconsommation. Cette question étant relativement complexe, des réflexions complémentaires devront être menées au stade de la préparation.

Le préfet prononce donc des interdictions de mise sur le marché, à titre conservatoire. Ces actions doivent être accompagnées d'une communication adaptée et leurs conséquences en termes d'indemnisation systématiquement envisagées. Une délimitation de la ZST respectant les limites communales devrait faciliter la communication des décisions aux producteurs concernés et aux organismes des filières agricoles, ainsi qu'à la population, avec le concours des mairies.

Ces dispositions doivent être connues du public et comprises. Il est indispensable de mettre en place, dès la sortie de la phase d'urgence, une communication expliquant le dispositif global de gestion du risque alimentaire.

En période de sortie de la phase d'urgence, la mise en œuvre des contrôles radiologiques doit être engagée dès que possible. D'une part, les laboratoires compétents sont mobilisés et s'organisent en conséquence (gestion d'un flux important d'échantillons, mesures à réaliser en dehors du cadre habituel). D'autre part, un plan de mesures est élaboré en collaboration avec les professionnels des filières agro-alimentaires concernées. Ces contrôles seront poursuivis et renforcés en phase de transition (cf. annexe 2).

3.4 Immobiliser les matériaux et les produits dans l'attente d'une évaluation de leur contamination

Par précaution, la commercialisation des matériaux et produits manufacturés ainsi que des produits agricoles non destinés à la consommation humaine ou animale susceptibles d'avoir été contaminés est examinée au cas par cas, assortie si nécessaire de contrôles préalables.

3.5 Prendre en charge les populations

3.5.1 Prendre en charge les populations au sein de centres d'accueil et d'information (CAI)

La mise en place des CAI est une des premières actions à décider par les pouvoirs publics à la sortie de la phase d'urgence. Ces CAI doivent être des lieux privilégiés pour l'apport d'informations personnalisées aux personnes impliquées, notamment sur les questions de radioprotection, de prise en charge sociale ou d'indemnisation. Le nombre de CAI qu'il sera nécessaire de créer dépend de l'ampleur des territoires et de la taille de la population affectée par les conséquences de l'accident.

Chaque CAI est défini comme :

- un guichet unique de proximité, puisqu'il permet aux habitants de la ZPP et de la ZST de s'informer, dans un même lieu, auprès de personnes compétentes et d'engager et de poursuivre les démarches nécessaires ;
- une tête de réseau dans la mesure où c'est un lieu permettant, le cas échéant, une orientation vers des professionnels compétents ;
- une structure évolutive dans le temps car les missions d'un CAI n'ont pas toutes la même temporalité ;
- progressivement, un lieu de diffusion d'une culture pratique de radioprotection pour les habitants et les professionnels qui auront fait le choix de rester résider et travailler en ZPP ou en ZST ;

- en permanence, un lieu d'échanges et de dialogue, associant l'ensemble des parties prenantes.

Pour préparer la sortie de la phase d'urgence, le grément des CAI devra être organisé sur le modèle des centres d'accueil et de regroupement (CARE) prévus dans le dispositif ORSEC, afin qu'ils soient opérationnels dès la levée de la mise à l'abri et permettent de répondre aux missions prioritaires suivantes :

- accueillir, recenser et fournir un soutien médico-psychologique (en particulier, une première prise en charge psychologique et l'orientation s'il y a lieu vers des mesures de contamination interne) ;
- informer, en particulier sur l'accident, ses conséquences environnementales et les modalités d'indemnisation ;
- aider à l'hébergement et/ou au relogement ;
- délivrer les aides et secours financiers d'urgence ;
- accompagner les restrictions associées au zonage post-accidentel par des conseils de bonnes pratiques.

3.5.2 Recenser les populations affectées par les conséquences de l'accident

Le recensement doit permettre (par l'identification et l'enregistrement des personnes impliquées) de faciliter les opérations de relogement et d'indemnisation. Il a également pour objectif de faciliter la mise en œuvre du suivi médical et du suivi épidémiologique ; à ce titre, des compétences et les outils mis en place par les autorités sanitaires et l'InVS seront mis à la disposition de l'organisation préfectorale.

Commencé dès la phase d'urgence dans les bâtiments collectifs où des personnes auront été mises à l'abri, le recensement doit être complété grâce à un questionnaire qui doit être systématiquement proposé lors de chaque prise en charge, en particulier lors des passages dans un CAI. Le préfet coordonne ce recensement.

3.5.3 Assurer la prise en charge médicale

En termes d'enjeux sanitaires, dans les circonstances d'un accident nucléaire accompagné de rejets radioactifs, les doses susceptibles d'être reçues par les personnes résidant dans les territoires contaminés par la radioactivité se situent à un niveau trop faible pour entraîner des effets sur la santé observables à court terme mais peuvent augmenter la probabilité de développer à terme des pathologies telles que certains cancers. Il s'agit de pathologies qui n'apparaissent pas immédiatement après l'exposition aux rayonnements ionisants, mais qui peuvent survenir quelques années, voire quelques dizaines d'années plus tard.

En outre, les bouleversements que l'accident génère dans le fonctionnement de la société peuvent entraîner des effets sur la santé qu'il convient de prévenir et de prendre en charge dans la mesure du possible (stress et souffrances psychologiques par exemple). Ainsi, dès la sortie de phase d'urgence, ces effets font l'objet d'une attention particulière de la part des pouvoirs publics (soutien psychologique notamment) qui s'organisent en conséquence. D'autres actions sont engagées afin de recueillir en temps utile des informations qui seront exploitées ultérieurement (par exemple, activation des réseaux de surveillance épidémiologique) et de prévenir l'apparition d'effets à moyen terme.

3.5.3.1 Assurer le soutien psychologique des populations

Les études épidémiologiques soulignent l'importance de l'impact psycho-

logique des bouleversements du cadre de vie (évacuations, éloignements, altération de l'environnement, mise en suspend de l'activité agricole, etc.) et de l'incertitude qui y est associée. Cet impact semble peu dépendant de l'importance de la contamination dans l'environnement mais est plutôt lié à la perception du risque radiologique et des autres conséquences de l'accident ainsi qu'à la qualité et à la rapidité des réponses apportées, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social.

Afin d'atténuer les aspects négatifs de ces réactions normales dans un tel contexte, une information claire sur les risques, sur les recommandations concernant la protection des personnes et sur les lieux où un soutien peut être apporté (CAI) est diffusée rapidement. Le grément de cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) (ou, au minimum, d'une cellule d'orientation vers des professionnels de santé mentale), notamment dans les CAI, permettant écoute et soutien psychologique, contribue à une réponse rapide. Il convient de recommander aux professionnels des réseaux de santé habituels d'être particulièrement attentifs à d'éventuelles réactions de stress dépassé ou d'épuisement psychologique et si nécessaire d'orienter les personnes nécessitant un suivi complémentaire tel qu'une mesure de la contamination interne pouvant permettre de rassurer les personnes les plus inquiètes.

3.5.3.2 Estimer les doses reçues par la population

Le travail d'estimation des doses effectivement reçues par la population, notamment au cours de la phase d'urgence, doit être lancé le plus tôt possible afin d'orienter rapidement un suivi épidémiologique et médical approprié, le cas échéant. En effet, les doses prévisionnelles estimées au cours ou à la sortie de la phase d'urgence, à l'aide d'outils de modélisation et en retenant des hypothèses raisonnablement prudentes sur les scénarios d'exposition, sont destinées à orienter le choix des actions de protection des populations et ne sont pas représentatives des doses réellement reçues par les populations exposées. Dans ce contexte, dès la sortie de la phase d'urgence, il faut s'orienter préférentiellement vers la mesure de la contamination interne chez les personnes impliquées. Si les moyens de mesures sont insuffisants, une estimation rétrospective par calcul sera réalisée. En tout état de causes, un maximum d'informations utiles à ce travail d'évaluation doit être recueilli dès que possible ; ainsi, lors du recensement des personnes à la sortie de la phase d'urgence ou par la suite, il convient de recueillir les informations individuelles relatives à la situation des personnes pendant l'accident et sur le respect des consignes de protection d'urgence (mise à l'abri, prise de comprimés d'iode le cas échéant). Par ailleurs, les résultats de mesures de contamination environnementale contribueront à faciliter l'estimation rétrospective des doses reçues pendant la phase d'urgence.

L'évaluation de la contamination interne est ensuite mise en œuvre rapidement. Elle répond à un double objectif : d'une part, elle permet de dépister des personnes susceptibles d'avoir été contaminées pendant la phase d'urgence, d'autre part, elle contribue à la réalisation d'une évaluation rétrospective des doses reçues par la population exposée.

La contamination interne est contrôlée à l'aide de moyens fixes ou mobiles de mesure par anthroporadiométrie ou éventuellement par des analyses radiotoxicologiques. Les catégories de personnes les plus sensibles (enfants, femmes enceintes) sont contrôlées en priorité.

Des demandes spontanées sont également à prendre en compte afin de répondre aux inquiétudes légitimes de la population et une prise en charge spécifique est nécessaire. Toutefois, afin de ne pas détourner les moyens de contrôle déployés sur le terrain, réservés aux usages prioritaires les personnes concernées doivent être dirigées vers d'autres dispositifs (laboratoires fixes de mesure de la contamination interne tels que ceux des services de médecine du travail des sites nucléaires les plus proches, par exemple).

3.5.4 Engager la surveillance épidémiologique

Après un accident nucléaire, la mise en œuvre d'une surveillance de l'état de santé des populations répond aux objectifs suivants :

- détecter de manière précoce la survenue d'événements de santé pour faciliter leur prise en charge médicale ;
- suivre l'évolution des « indicateurs de santé » en phase post-accidentelle ;
- contribuer à l'évaluation sanitaire globale des conséquences de l'accident.

La surveillance contribue également, de manière indirecte, au processus d'indemnisation dans la mesure où elle permet de disposer d'informations relatives à l'évaluation sanitaire des conséquences de l'accident.

La surveillance activée à la sortie de la phase d'urgence consiste principalement à mobiliser les agences régionales de santé (ARS) et les réseaux de surveillance (pharmacovigilance, SurSaUD[®], CUMP). Le traitement et l'analyse des données issues de ces réseaux se poursuivront en phase de transition (cf. annexe 2).

Une cellule pilotée par le ministère chargé de la santé peut être mise en place au niveau national pour traiter des questions sanitaires.

Les informations d'ordre sanitaire sont fournies à la population par les autorités sanitaires, en coordination avec l'InVS et les acteurs relais. En complément, ces autorités sanitaires diffusent une information aux professionnels et aux établissements de santé pour les alerter sur la possibilité de la survenue d'effets anormalement fréquents ou inhabituels, d'une augmentation des manifestations de stress et des traumatismes liés aux déplacements de population, ainsi que sur les besoins spécifiques de prise en charge ou d'information.

Il est également demandé aux professionnels de santé d'informer les agences régionales de santé de tout événement inhabituel qu'ils jugent nécessaire de signaler, afin que celui-ci donne lieu à des investigations pour une meilleure prise en charge en tant que de besoin.

3.6 Interdire l'accès aux lieux de concentration des substances radioactives

3.6.1 Pour la population locale ou de passage

À la sortie de la phase d'urgence, il convient d'interdire dans la ZPP la fréquentation des forêts tant publiques que privées ainsi que le prélèvement, la consommation et la vente de produits forestiers (bois de chauffage compris). Par ailleurs, ces interdictions pourront être étendues à certains espaces boisés de la ZST si les niveaux de contamination le justifient.

Ces dispositions doivent être expliquées aux populations pour qui l'impact sociologique et symbolique de la fermeture des forêts peut être important, en particulier à proximité des grands massifs domaniaux très fréquentés. Il est