

## **PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE BLESSE RADIO-CONTAMINE : GAMELLES ET RATEAUX**

**Dominique SCHIEDTS, Magali ARCANGELI, Christine GODEL**

Centre Hospitalier Public du Cotentin  
Rue du Val de Saire Cherbourg  
[d.schiedts@ch-cotentin.fr](mailto:d.schiedts@ch-cotentin.fr)

L'hôpital de Cherbourg se trouve dans un triangle qui comporte une centrale nucléaire, un EPR bientôt en activité, une usine Areva et un site militaire de construction de sous-marins. Un exercice national a lieu chaque année et le système hospitalier a dû se préparer à la gestion et à la prise en charge d'un ou plusieurs blessés radio-contaminés.

La formation de PCR médical ne préparant pas à cette éventualité, les procédures mises en œuvre ont fait l'objet de tâtonnements, d'erreurs et heureusement d'améliorations.

Le guide ASN sur la prise en charge des urgences radiologiques a été la base de nos réflexions mais il a fallu gérer les petits problèmes non prévus dans le manuel.

Cet exposé concerne notre petite expérience et les quelques trucs et astuces mis en place.

Notre hôpital dispose d'une structure fixe de décontamination ainsi que d'un bloc opératoire dédié. Il prend en charge les urgences radiologiques absolues. Les urgences relatives sont en principes décontaminées avant transfert sauf si leurs blessures nécessitent l'intervention d'un anesthésiste pour pouvoir procéder à la décontamination.

Nos réflexions ont porté sur :

- Les difficultés de communication
- L'attribution et les rôles de chacun
- Les procédures d'habillage
- La protection de l'hôpital
- Les spécificités opératoires
- Les difficultés de contrôle du personnel en fin d'intervention

### **Communication :**

Elle comporte 3 aspects :

- Communication avec l'extérieur et la zone de prise en charge : les prises en charge sur place se font parfois en tenue vinyle et les fiches médicales sont difficiles à remplir vu les circonstances. Le document qui accompagne le patient est donc très succinct.
- Communication avec le personnel : comprendre que l'urgence médicale prime. Rôle important d'une collaboration Médecin/PCR
- Communication entre les intervenants : identification, décision, rôle de la PCR. Les intervenants sont identifiés par un code couleur. Chaque poste de la chaîne de prise en charge comporte un responsable médical qui a la possibilité de shunter l'étape en cours. Une PCR est présente pour donner alors les consignes de confinement.

### **Protection de l'hôpital :**

Les locaux de décontamination sont malheureusement éloignés de l'imagerie et du bloc opératoire. Un confinement de la contamination est dès lors indispensable. Le système de double emballage est très bien mais dans la réalité pas toujours appliqué. Notre système de tri prévoit que même en cas d'urgence absolue, le patient passera par le sas de décontamination, non pas pour y être décontaminé mais pour confiner la contamination et

commencer une réanimation. Cela permet également de faire une évaluation clinique (et radiologique) rapide et de prévoir les ressources nécessaires.

### **Attribution et rôle de chacun**

En cas d'annonce d'un accident radiologique, un briefing médecin anesthésiste réanimateur, chirurgien et PCR est réalisé prenant en compte les renseignements reçus et élaborant une stratégie de prise en charge.

D'autre part, il est primordial que chaque corps de métier garde sa spécificité professionnelle.

Le circuit du patient comporte plusieurs zones (dont certaines peuvent être court-circuitées en fonction de l'état clinique du patient). Idéalement une PCR est présente dans chaque zone pour renseigner sur les risques radiologiques.

-Zone d'accueil : médecin coordinateur : détermine le circuit du patient en fonction des renseignements fournis par le Samu

-Zone de déshabillage : Un médecin (réanimateur, smuriste, anesthésiste) et une IDE (réa). Leur rôle est essentiellement médical. Deux personnes procèdent au déshabillage. Une personne « propre » a un rôle primordial : elle ne touche pas au patient mais a comme rôle de distribuer gants, tarlatane, ampoules, seringues etc...Ce poste évite que l'ensemble du matériel ne deviennent rapidement contaminés

- le sas de douche ainsi que la zone de séchage fonctionnent de la même façon

### **Procédures d'habillage**

L'habillage se fait en tyvek. Cette procédure ne rentre absolument pas dans les habitudes des hospitaliers. Nous avons formé une centaine de professionnels...mais les formations s'oublient.

L'habillage se fait dans la salle des commissions d'établissement : proche du centre de décontamination, du PC de la cellule de crise. Salle de grande taille et disposant de table à disposition circulaire.

Afin d'éviter des habillages hétérogènes, être systématique et gagner du temps, le matériel est rangé dans une quinzaine de boîtes numérotées et disposées le long de la table. Chaque boîte dispose d'une photo explicative.

Pour les cheveux longs, nous utilisons du jersey tubulaire (jersey à plâtre) dont la longueur dépend de la chevelure

### **Spécificité du bloc opératoire**

Le personnel circulant est en tyvek. Les chirurgiens sont comme d'habitude avec des surbottes sur les sabots et un masque FFP3 à la place du masque chirurgical.

Le matériel chirurgical non utilisé reste à l'extérieur de la salle d'opération.

La sonde chirurgicale de détection des ganglions sentinelles est utilisée pour une mesure de contamination des plaies. Le champ opératoire est réalisé de l'extérieur vers l'intérieur et non l'inverse comme c'est habituellement le cas.

Le personnel se déshabille et est contrôlé dans le sas de lavage des mains.

### **Contrôle du personnel**

Nos capacités humaines et matérielles ne nous permettent pas un contrôle final. Une aide est demandée pour cette étape.

Après chaque exercice, les différents intervenants nous ont fait part de leur retour et des idées d'amélioration. C'est cette coopération en équipe, indispensable, qui nous a permis de progresser.