



**Centre interarmées  
de concepts,  
de doctrines et  
d'expérimentations**



# **Mémento d'emploi de l'unité médicale de décontamination des armées**

**Publication interarmées  
PIA-3.8.5\_SSA(2014)**

**N° 507169/DEF/DCSSA/PC/ERS/NP du 31 mars 2014**



Intitulée **Mémento d'emploi de l'unité médicale de décontamination des armées**, la Publication interarmées (PIA)-3.8.5\_SSA(2014) respecte les prescriptions de l'*Allied Administrative Publication (AAP) 47(A)* intitulée *Allied Joint Doctrine Development*). Elle applique également les règles décrites dans le *Lexique des règles typographiques en usage à l'Imprimerie nationale* (LRTUIN, ISBN 978-2-7433-0482-9) dont l'essentiel est disponible sur le site Internet [www.imprimerienationale.fr](http://www.imprimerienationale.fr) ainsi que les prescriptions de l'Académie française. La jaquette de ce document a été réalisée par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE).

**Attention : la seule version de référence de ce document est la copie électronique mise en ligne sur les sites Intradef et Internet du CICDE (<http://www.cicde.defense.gouv.fr>) dans la rubrique Corpus conceptuel et doctrinal interarmées !**

***Directeur de la publication***

Vice-amiral Arnaud de TARLÉ  
Directeur du CICDE

21 place Joffre - BP 31  
75700 PARIS SP 07  
Téléphone du secrétariat : 01.44.42.83.31  
Fax du secrétariat : 01.44.42.82.72

***Rédacteur en chef***

Direction centrale du service de santé des armées

***Auteurs***

Médecin en chef Benoît Quentin

***Conception graphique***

Premier maître Benoît GAULIEZ

***Crédits photographiques***

Pharmacien en chef Frédéric DORANDEU  
Médecin en chef Xavier MICHEL  
Médecin en chef Olivier

***Imprimé par***

EDIACA  
Section IMPRESSION  
76 rue de la Talaudière-BP 508  
42007 SAINT-ETIENNE cedex 1  
Tél : 04 77 95 33 21 ou 04 77 95 33 25



PIA-3.8.5\_SSA(2014)

**Mémento d'emploi de l'unité  
médicale de décontamination des  
armées**

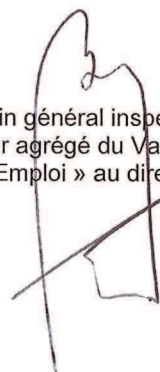
N°507169/DEF/DCSSA/PC/ERS/NP du 31 mars 2014

(PAGE VIERGE)

## Lettre de promulgation

Paris, le **31 MARS 2014**  
N° **507 169** /DEF/DCSSA /PC/ ERS/NP

1. Le SSA a reconsidéré le concept de prise en charge médicale de la victime NRBC. La doctrine qui prévalait à l'époque de la guerre froide pour la prise en charge d'un afflux massif de victimes, fait désormais place à une prise en charge médicale plus qualitative.
2. La nouvelle doctrine de prise en charge médicale NRBC du service de santé des armées (SSA) associe une médicalisation précoce des victimes aux premières mesures de décontamination médicales.
3. L'unité médicale de décontamination des armées est une unité médicale opérationnelle permettant, par une approche intégrée, de mener simultanément les opérations de décontamination approfondie des victimes et la poursuite des gestes médicaux sous effets de protection.
4. Ce document synthétise les grands principes de mise en œuvre de l'unité médicale de décontamination des armées, ses capacités et ses contraintes logistiques d'emploi.
5. Destiné prioritairement au personnel des centres médicaux des armées et de la défense spécialisée NRBC, il complète la formation mise en place conjointement par le centre de formation opérationnel santé et le régiment médical.

  
Le médecin général inspecteur Jean-Paul Boutin  
Professeur agrégé du Val-de-Grâce  
Adjoint « Emploi » au directeur central

(PAGE VIERGE)

## Récapitulatif des amendements

1. Ce tableau constitue le recueil de tous les amendements proposés par les lecteurs, quels que soient leur origine et leur rang, transmis à la direction centrale du service de santé des armées. Les amendements validés par le bureau « expertise des risques sanitaires », sous-direction « plans – capacités », sont inscrits **en rouge** dans le tableau ci-dessous dans leur ordre chronologique de prise en compte.
2. Les amendements validés par la direction centrale service de santé des armées sont inscrits **en rouge** dans le tableau ci-dessous dans leur ordre chronologique de prise en compte.
3. Les amendements pris en compte figurent en violet dans la nouvelle version.
4. Le numéro administratif figurant au bas de la première de couverture et la fausse couverture est corrigé (en caractères romains, gras, rouge) par ajout de la mention : « amendé(e) le jour / mois /année. »
5. La version électronique du texte de référence interarmées amendé remplace la version antérieure dans toutes les bases de données informatiques.

<b>N°</b>	<b>Amendement</b>	<b>Origine</b>	<b>Date de validité</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

(PAGE VIERGE)



### Références

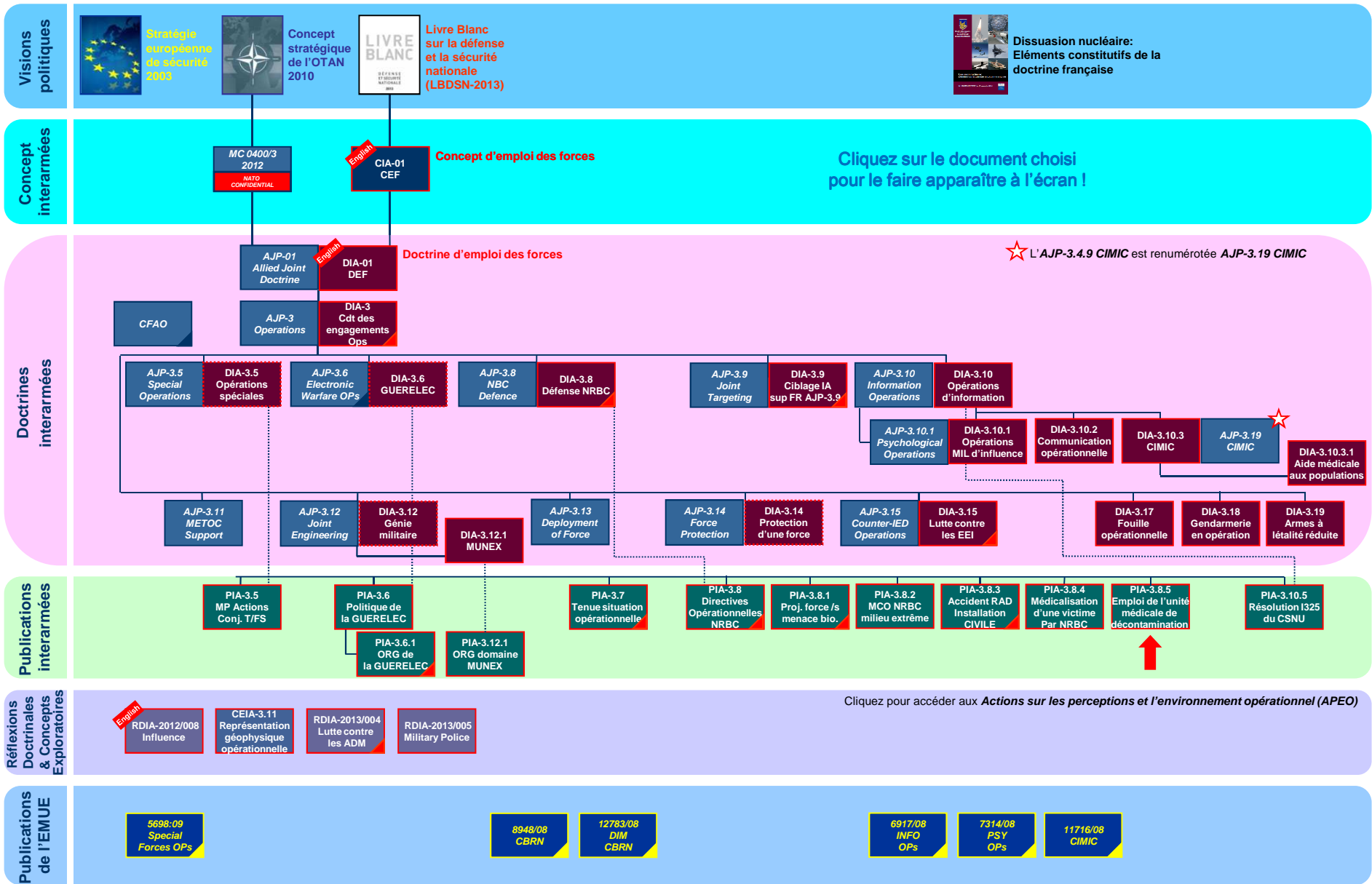
- a. **Défense et sécurité nationale.** Le Livre Blanc, La documentation française – juin 2013 (ISBN : 978-2-11-009358-5), préface du Président de la République, François Hollande.
- b. **Définition des niveaux de protection NTBC,** N° 000206/DEF/EMAT/ES/B.EMP/13/NP du 27 février 2013.
- c. **Doctrine d'emploi de la défense NRBC spécialisée des forces terrestres sur le territoire national,** NRBC 20.002 du 12 avril 2012.
- d. **DIA-3.8 : Doctrine interarmées NRBC,** N° 015/DEF/CICDE/DR du 11 janvier 2012.
- e. **Circulaire N°5567/SG du 2 janvier 2012,** relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.
- f. **Directive annuelle 2012 au profit des programmes et opérations de défense NRBC et santé** N° D-11-009780/DEF/EMA/CPI/NRBC/NP.
- g. **PIA-0.3.8 : directive opérationnelle interarmées NRBC 2011-2013,** N°57/DEF/EMA/MA/DCNBC/CD-SF du 5 août 2011.
- h. **Contrat opérationnel du service de santé des armées,** N°D-11-005158/DEF/EMA/ESMG/NP DU 14 JUIN 2011.
- i. **Directive opérationnelle interarmées NRBC à trois ans 2010-2012,** N°47/DEF/EMA/MA/DCNBC/CD-SF du 26 juillet 2010.
- j. **CIA-01 : Concept d'emploi des forces,** N° 004/DEF/CICDE/NP du 11 janvier 2010.
- k. **Doctrine de décontamination des forces terrestres,** N° 000322/DEF/CDEF/DDO du 19/08/2009.

(PAGE VIERGE)



# Domaine 3.5 à 3.19 **Actions interarmées**

Cliquez sur l'enveloppe pour contacter l'officier chargé du (sous)-domaine au CICDE



(PAGE VIERGE)

	Page
<b>Chapitre 1 – Le SSA et la prise en charge des victimes NRBC .....</b>	<b>15</b>
<b>Section I</b> – Evolutions doctrinales de la décontamination médicale .....	15
<b>Section II</b> – Principes de décontamination médicale NRBC .....	16
<b>Section III</b> – Particularités de mise en œuvre des opérations de décontamination médicale en fonction de l’agent .....	16
<b>Section IV</b> – Mise en œuvre de la décontamination médicale approfondie .....	17
<b>Section V</b> – Conclusion .....	19
<b>Chapitre 2 - Caractéristiques générales du système UMDA .....</b>	<b>21</b>
<b>Section I</b> – Infrastructure et organisation générale (Fig. 1 et 2) .....	21
<b>Section II</b> – Protection des operateurs .....	22
<b>Section III</b> – Aspects logistiques .....	22
<b>Chapitre 3 - Emploi de l’UMDA .....</b>	<b>27</b>
<b>Section I</b> – Mise en œuvre .....	27
<b>Section II</b> – Déploiement en opération .....	28
<b>Section III</b> – Déploiement sur le territoire national .....	31
<b>Section IV</b> – Limites d’emploi, contraintes techniques et logistiques .....	31
<b>Section V</b> – Dispositions d’alerte .....	33
<b>Section VI</b> – Stockage, entretien du matériel et mise à disposition .....	33
<b>Section VII</b> – Formation .....	34
<b>Annexe A - Liaisons transmissions de l’UMDA .....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe B - Demande d’incorporation des amendements .....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe C - Lexique .....</b>	<b>39</b>
<b>Partie I</b> – Sigles, acronymes et abréviations .....	39
<b>Partie II</b> – Termes et définitions .....	40
<b>Résumé(quatrième de couverture) .....</b>	<b>42</b>

(PAGE VIERGE)

### Section I – Evolutions doctrinales de la décontamination médicale

101. Depuis la disparition de l'URSS, la probabilité d'emploi de munitions chimiques et bactériologiques à vaste échelle, ou de frappes nucléaires dans la profondeur s'est pour l'instant estompée réduisant ainsi l'occurrence de pertes massives NRBC (nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques).

Cependant, la dispersion des capacités militaires NRBC de l'ex-pacte de Varsovie, l'émergence de nouveaux états proliférants, la poursuite des recherches sur les agents de la menace par d'autres puissances, incitent la France et le service de santé des armées (SSA) à conserver et développer ses acquis dans le domaine des contre-mesures médicales (CMM) NRBC.

102. Ce changement de contexte stratégique a conduit le SSA à reconsidérer le concept de prise en charge médicale de la victime NRBC. La doctrine qui prévalait à l'époque de la guerre froide pour la prise en charge d'un afflux massif de victimes, consistait à appliquer le « plan spécial de triage » en décontaminant les victimes présentant les meilleures chances de survie avant toute médicalisation.

Bien qu'il puisse encore être utilisé dans un contexte exceptionnel de pertes massives, il n'est pas adapté aux conflits asymétriques dans lesquels la France est désormais engagée.

103. Le SSA s'inscrit dans une démarche de prise en charge en contexte NRBC plus qualitative. Elle répond à un triple objectif :

- a. augmenter les chances de survie ;
- b. maintenir les capacités des structures de soins en les protégeant de toute contamination ;
- c. contribuer à préserver la liberté d'action du commandement.

104. Afin de permettre aux victimes NRBC de bénéficier plus rapidement des soins d'urgence sans attendre que les opérations de décontamination soient achevées, la nouvelle doctrine de prise en charge médicale NRBC du SSA associe une médicalisation précoce des victimes aux premières mesures de décontamination médicale.

105. Ces deux opérations sont désormais menées simultanément et ne remettent pas en cause le triptyque doctrinal du soutien santé :

- a. médicalisation de l'avant ;
- b. chirurgicalisation de l'avant ;
- c. systématisation des évacuations médicales précoces.

106. La doctrine française consiste à privilégier la prise en charge des urgences vitales avant la décontamination complète des victimes. L'urgence médicale prime sur la décontamination quel que soit l'agent considéré R, B ou C. Les gestes médicaux de première urgence (pose d'une voie d'abord et intubation oro-trachéale) peuvent être pratiqués d'emblée sur une victime non encore entièrement décontaminée en pratiquant une décontamination localisée d'une partie du corps.

107. La décontamination sera complétée dans une structure spécialisée de terrain ou pré-hospitalière.

L'unité médicale de décontamination des armées (UMDA) et les dotations médicales qui l'équipent sont le fruit de cette évolution doctrinale. Elles permettent de décontaminer les victimes NRBC (opérations longues et coûteuses en personnel) sans pour autant retarder leur médicalisation : ce système intégré sous tente permet de mener simultanément les opérations de décontamination et de soins médicaux.

## Section II – Principes de décontamination médicale NRBC

108. La décontamination médicale (DM) NRBC est définie par une succession d'actes médicaux, associée à des procédures de déshabillage et de décontamination.
109. Elle répond à un double objectif :
- a. permettre la prise en charge médicale d'une victime d'une réaction de fission nucléaire (N) d'un agent radiologique (R), biologique (B) ou chimique (C).
  - b. Eviter le risque de transfert d'une contamination au personnel et aux infrastructures de soins. C'est une préoccupation permanente tout au long de la chaîne de prise en charge médicale. Le principe de barrière est donc constamment mis en place jusqu'à la décontamination complète du patient.
110. La DM comporte deux niveaux de prise en charge selon le degré de technicité employé et l'endroit où elle est effectuée au sein de la chaîne des secours.

On distingue :

- a. la décontamination médicale interventionnelle (DMI) : Elle permet, après un protocole de déshabillage partiel et simplifié de la victime, d'effectuer une décontamination d'une partie du corps pour administrer les premiers soins d'urgence.

Cette étape est réalisée par l'équipe médicale au sein du poste médical (rôle 1) grâce au lot de décontamination interventionnelle (LDI). Celui-ci contient les médicaments et les dispositifs médicaux nécessaires à cette prise en charge. Associé aux dotations médicamenteuses classiques du lot de projection initiale (LPI), il permet aux équipes médicales de prendre en charge 5 à 10 victimes « NRBC ». La DMI permet de stabiliser les victimes avant leur évacuation vers l'arrière. Cette prise en charge sommaire doit impérativement être suivie d'une décontamination médicale approfondie au sein de l'UMDA.

La mise en œuvre du LDI fait l'objet d'un manuel d'emploi spécifique et ré-actualisable en fonction de l'évolution des protocoles médicaux de prise en charge et du tableau de composition.

*Le LDI est indissociable du LPI pour la prise en charge médicale du blessé « NRBC ».*

- b. la décontamination médicale approfondie (DMA): elle est réalisée au sein de l'UMDA par une équipe comprenant du personnel médical et paramédical du SSA et des effectifs issus des forces. Elle permet une prise en charge médicale associée à une décontamination la plus complète possible des victimes.

La DMA s'effectue toujours en amont des structures chargées du traitement médico-chirurgical (antenne chirurgicale ou HMC) pour les préserver d'un transfert de contamination.

## Section III – Particularités de mise en œuvre des opérations de décontamination médicale en fonction de l'agent

111. Dans le cas d'une action terroriste sur le territoire national ou de l'emploi d'un agent R, B ou C contre nos forces en opération, les équipes soignantes devant faire face à une arrivée de victimes n'auront pas une connaissance précise de l'agent utilisé.

Ils devront utiliser les critères médicaux classiques du triage pour prendre en charge les premiers cas, en attendant d'avoir confirmation de l'agent employé.



112. **1/ En cas d'exposition à un agent « C », la victime peut être :**

- a. contaminée et intoxiquée par pénétration cutanée ou inhalation de l'agent chimique ;
- b. contaminée mais ne présentant pas de signes d'intoxication : le toxique n'a pas pénétré à l'intérieur de l'organisme ;
- c. intoxiquée par des vapeurs sans présenter de risque de contamination en cas d'emploi d'un agent « C » non persistant ;

Ces trois tableaux cliniques possibles peuvent être associés à une blessure engageant ou non le pronostic vital.

Concernant le risque « C », le déploiement de l'UMDA est indispensable dans le cadre d'un toxique chimique persistant. Il peut être néanmoins utile dans d'autres circonstances impliquant des substances plus volatiles.

*Quel que soit le toxique chimique employé, le déshabillage est systématique, même si l'agent chimique employé n'est pas persistant.*

113. **2/ Si l'agent est un radionucléide (« N ou R »).**

La DM prendra en compte une victime **blessée et/ou radio-contaminée et possiblement irradiée.**

*Quel que soit l'agent employé, le déshabillage est systématique.*

114. **3/ Dans le cadre d'un agent « B ».**

Seule une attaque par aérosol solide justifierait le passage obligatoire des sujets contacts dans une UMDA (ex. des spores de bacilles de charbon par enveloppes piégées aux Etats-Unis en 2001).

La procédure de décontamination du patient sera alors très comparable à celle utilisée pour les radionucléides (confinement des poussières).

*Quel que soit l'agent « B » employé, le déshabillage est systématique.*

## Section IV – Mise en œuvre de la décontamination médicale approfondie

115. La DMA des victimes NRBC est réalisée grâce à l'UMDA. Cette dernière est destinée à l'accueil des blessés contaminés et /ou intoxiqués.

116. La DMA est une procédure de déshabillage standardisée associée à une douche complète de la victime. Elle se décompose de la façon suivante :

117. **1/ Déshabillage.**

Quelle que soit la classe d'agent en cause, le retrait des effets personnels et de protection reste le principe fondamental à la base des actions de décontamination. Qu'il soit partiel (DMI) ou total (DMA) c'est la première étape de toute décontamination.

*Le déshabillage est systématique même si il s'agit d'un agent non persistant.*

Les actions de déshabillage et de décontamination réduisent l'occurrence d'un transfert de la contamination externe tant à l'entourage humain et matériel que pour la victime elle-même.

Elles peuvent également diminuer le risque de passage transcutané, respiratoire, digestif d'un toxique ou d'un radionucléide et donc le risque d'intoxication et de contamination interne respectivement.

118. **2/ Douche.**

Le principe de décontamination retenu jusqu'en 2008 était basé sur l'utilisation de la terre de foulon (gant poudreux) et le déshabillage du blessé. Cela reste totalement valide notamment lors de l'accueil des blessés tant au poste médical qu'au niveau de l'UMDA.

En effet, le gant poudreux permet aux personnels soignants de décontaminer localement une partie du corps permettant l'abord technique de la victime. Il est donc en dotation au profit du combattant et entre également dans la constitution du LDI.

Ces étapes sont systématiquement complétées par une décontamination « **humide** » associant un lavage à l'éponge (eau et détergent doux, type savon chirurgical ou savon de Marseille) suivi d'une douche tiède. La décontamination humide, déjà utilisée par la sécurité civile et la brigade des sapeurs-pompiers de Paris a été généralisée au sein des postes d'accueil des blessés radio contaminés (PABRC) et des centres de traitement des blessés radio contaminés (CTBRC) du SSA. Elle combine les avantages de souplesse et de rapidité d'emploi au confort psychologique du patient.

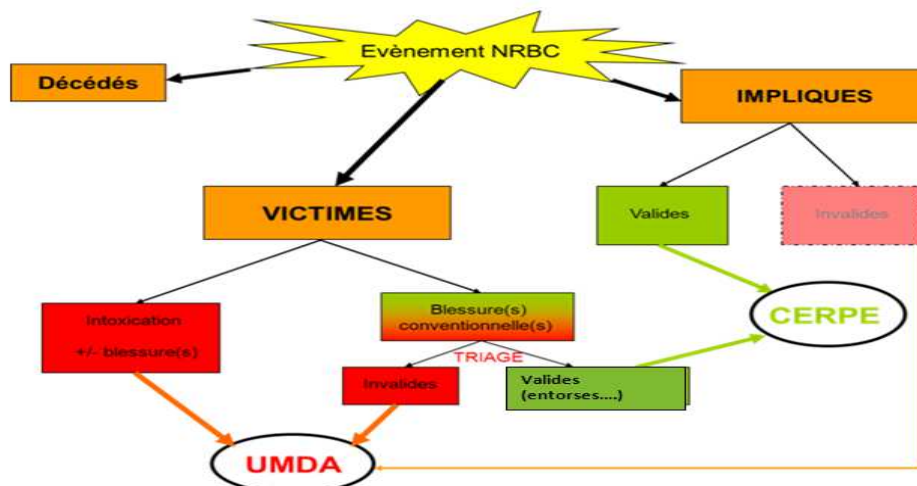
En revanche, elle génère d'une part une contrainte logistique majeure en termes d'approvisionnement en eau et en retraitement des effluents contaminés et d'autre part elle nécessite des mesures de prévention de l'hypothermie des victimes.

*Face aux agents chimiques de guerre, les solutions à base d'hypochlorite (0,5% à 0,8 % chlorométrique) ou de permanganate de potassium ne sont plus utilisées pour la décontamination **de la peau** par manque d'efficacité.*

En revanche, les solutions d'hypochlorite plus concentrées (**2,5% à 5% chlorométrique**) restent indispensables pour la neutralisation des toxiques présents **sur le matériel** utilisé pour la découpe, le déshabillage et la décontamination des blessés (ciseaux, éponges...).

L'UMDA est déployée pour prendre en charge les trois types de victimes suivantes :

- a. les intoxiqués simples sans blessures ;
- b. les blessés présentant des signes d'intoxication ;
- c. les victimes présentant des blessures conventionnelles dans un contexte d'évènement NRBC et ne présentant pas de signes d'intoxication. Si leurs blessures ne leur permettent pas d'avoir l'autonomie suffisante pour se déshabiller seules au niveau du CERPE, elles sont prises en charge au sein de l'UMDA selon un ordre de priorité défini lors des opérations de triage à l'accueil de l'UMDA;
- d. les handicapés (en cas de prises en charge des victimes civiles). En effet, les systèmes de décontamination pour personnes valides ne peuvent prendre en compte une personne non autonome.



## Section V – Conclusion

Malgré la contrainte NRBC, il existe une chaîne continue de prise en charge du combattant blessé et contaminé et/ou intoxiqué.

Celle-ci débute au plus près de la zone de combat, en particulier dans le domaine « C », où le combattant peut s'appliquer les gestes d'autoprotection (auto-injecteur bi-compartmenté, gant poudreux) qui peuvent être aussi effectués par un tiers et qui lui permettent d'augmenter ses chances de survie.

*Elle se poursuit par la prise en charge médicalisée au niveau du rôle 1, complétée systématiquement au niveau de l'UMDA et s'achève dans la structure de soins définitifs.*

(PAGE VIERGE)

## Chapitre 2

# Caractéristiques générales du système UMDA

Les unités médicales de décontamination des armées (UMDA), sont des unités médicales opérationnelles (UMO) du SSA destinées à effectuer les opérations de décontamination approfondie décrites au chapitre 1. Créées en remplacement des anciens « chantiers de décontamination modèle 84 » de l'armée de terre et des « chaînes rapaces 50-12 » de l'armée de l'air, elles sont dédiées à la prise en charge de victimes contaminées ou susceptibles de l'être. Elles sont décrites au sein du contrat opérationnel NRBC (PIA 3.8).

L'UMDA est opérationnelle quelle que soit la nature de la contamination NR, B ou C.

### Section I – Infrastructure et organisation générale (Fig. 1 et 2)

201. Le SSA, soucieux d'homogénéiser son parc de structures servant à héberger l'ensemble de ses UMO (antennes chirurgicales, hôpital militaire de campagne...) a choisi une infrastructure comportant six tentes modulaires.

*Ces structures métallo-textiles légères n'ont aucune vocation de protection collective en ambiance NRBC et ne sont pas décontaminables.*

202. Cette solution reste la plus pertinente pour optimiser le rapport coût/efficacité sur les critères de rapidité de déploiement, d'acheminement (par voie maritime, terrestre, aérienne tactique et stratégique) et de décontamination.

Afin de respecter le principe de « barrière », la victime est prise en charge dans l'UMDA selon une procédure de « marche en avant » sur rails, sans retour en arrière autre qu'au sein d'une même zone.

203. La victime passe successivement dans quatre zones individualisées :

a. **Zone 1 : accueil et enregistrement (Tente 1).**

Un premier triage des victimes est effectué par l'équipe médicale à l'extérieur devant l'entrée de l'UMDA. Ce triage permet d'appliquer le gant poudreux sur des zones visuellement suspectes de contamination chimique ou de fixer par pulvérisation d'eau les poussières pouvant provoquer une contamination externe dans un contexte radiologique.

L'équipe médicale armant le R1 du site de décontamination élargi peut venir renforcer l'équipe médicale de l'UMDA pour ce tri des victimes.

La première zone de l'UMDA a pour vocation d'assurer l'accueil des accompagnants des victimes, et l'enregistrement médico-administratif de celles-ci.

Une détection de contrôle rapide y est pratiquée à la recherche d'une contamination par radionucléides en cas de menace de type « R ».

Dans le cadre d'un scénario d'emploi d'un toxique chimique, le contrôle de contamination ne sera pas systématiquement réalisé.

Des équipements de détection d'ambiance seront installés dans la tente pour réaliser des détections dans l'air ambiant.

b. **Zone 2 : déshabillage sommaire et prise en charge médicale d'urgence (Tente 2).**

L'équipe médicale y met en œuvre les gestes de survie et de soins d'urgence. Après une décontamination (adsorption et déshabillage) d'une partie du corps limitée à la zone de travail, les gestes médicaux urgents seront pratiqués sur la victime ou compléteront ceux préalablement effectués au rôle 1 si la victime a déjà été prise en charge à l'avant.

Ces actions sont associées à une catégorisation plus précise des victimes qui va déterminer l'ordre de passage sur le rail de la chaîne de décontamination. Le matériel médical utilisé est contenu dans le LDI, en dotation dans l'UMDA (deux LDI par UMDA).

- c. **Zone 3 : déshabillage complet (Tente 3) et décontamination par lavage à l'éponge et douche, suivie d'un séchage (Tente 4). Contrôle de la décontamination radiologique (tente 5).**

Le déshabillage fait appel à un protocole de découpage précis et standardisé. Durant cette phase, le patient doit être stabilisé car la médicalisation durant ces étapes est très limitée : l'état clinique de la victime doit lui permettre de survivre le temps nécessaire à son admission dans la zone 4, qui elle est médicalisée.

En cas de risque « R » : un contrôle de contamination radiologique peut être pratiqué avant le transfert vers la zone 4. Une victime peut éventuellement revenir en zone de douche si une contamination résiduelle est constatée.

Un détecteur chimique de contrôle de l'air ambiant est également présent dans cette zone.

- d. **Zone 4 : zone de reconditionnement médical avant évacuation (considérée exempte de contamination).**

Avant de quitter l'UMDA, l'état clinique de la victime est réévalué. Des gestes médicaux supplémentaires peuvent être entrepris grâce à la présence du second LDI.

Des équipements de détection d'ambiance seront installés dans la tente pour réaliser une surveillance de l'air ambiant.

***En cas de persistance d'un danger vapeur en zone 4, la dernière tente (T6) peut être désolidarisée de l'ensemble et déportée d'une vingtaine de mètres. En ce cas le rendement de l'UMDA sera abaissé en raison des actions de brancardage nécessaires pour amener la victime vers la sixième tente.***

## Section II – Protection des opérateurs

204. Pour leur sécurité, les équipes médicales, opérant au niveau de l'UMDA (ou du rôle 1), seront équipées de moyens de protection individuels adaptés au niveau de risque.
205. Pour pouvoir accomplir la mission de DM, le SSA doit pouvoir disposer sur court préavis auprès d'un établissement du commissariat des armées, d'équipements de protection individuels de ses personnels :
- de tenues « centre-europe » (TCE) ou de tenues outre-mer (TOM) pour les servants au niveau des rôles1 et de l'UMDA, pour leurs protection opérationnelle ;
  - de TLD (tenues adaptées à la décontamination humide) pour les servants de l'UMDA en cas de risque chimique (en plus de leurs TCE et TOM) ;
  - de tenues TYVEC en papier en cas de risque biologique ou radiologique ;
  - de masques de protection respiratoire type ANP-VP avec canule d'alimentation en eau de boisson.

***Des moyens de détection d'ambiance et d'alerte chimique, type AP2 ou AP4C doivent être déployés au sein de l'UMDA notamment en fin de chaîne.***

## Section III – Aspects logistiques

206. L'UMDA ne dispose d'aucune autonomie logistique autre que sa dotation initiale.

207. Le ravitaillement médical est à la charge de l'UDPS déployée sur le théâtre. L'approvisionnement en oxygène est particulièrement dimensionnant. Utilisé en surpression sur les victimes, il permet d'une part de lutter contre l'hypoxie et d'autre part de limiter l'inhalation de vapeurs toxiques des victimes déshabillées dont l'ANP a été ôté.

*Le ravitaillement de l'UMDA en eau et en carburant, ainsi que l'enlèvement et le stockage des déchets et effluents contaminés sont assurés par les armées.*

208. **Alimentation en eau.**

Le système de décontamination humide comprend schématiquement :

- a. Deux réservoirs souples pour l'alimentation en eau propre. **Contenance = 1 m<sup>3</sup>.**
- b. Deux réservoirs souples pour la récupération des eaux contaminées. **Contenance = 1 m<sup>3</sup>.**
- c. Un système de pompes d'alimentation permettant le réchauffage de l'eau.
- d. Un portique de douches pour aspersion totale du patient déshabillé avec un débit minimal de **10 litres par minute (il faut environ 50l d'eau pour décontaminer une victime).**
- e. Des pompes de récupération des eaux usées, reliées au bac souple de récupération.

*L'UMDA doit donc disposer d'une autonomie initiale en eau de **2000 litres** avant déploiement. Le remplètement sera effectué par la DNRBC spécialisée*

209. **Alimentation électrique.**

L'alimentation électrique pour l'éclairage, le fonctionnement du circuit « eau », et le chauffage (par canons à air chaud) / climatisation (système « soprano ») est fournie par un seul groupe électrogène (GE) de 45kW.

*L'UMDA doit donc disposer d'une autonomie initiale en carburant avant déploiement. Le remplètement sera effectué par les armées.*

210. **Système de chauffage soufflant / climatisation.**

Selon les conditions atmosphériques, les contraintes générées sont différentes :

Dans le cas d'un déploiement en conditions hivernales ou en zone tempérée, l'hypothermie sur des victimes potentiellement en état de choc et douchées peut aggraver les effets des toxiques.

La température idéale au sein de l'UMDA résulte d'un compromis entre le bien être de la victime et le maintien des capacités opérationnelles des servants.

Deux canons soufflants à air chaud sont nécessaires pour maintenir une température adéquate de prise en charge des victimes.

En cas de déploiement en pays chaud, les servants sont exposés à un risque d'hyperthermie. Un filet anti-chaueur et un système de climatisation font partie de la dotation. La durée maximale de travail en TLD sera adaptée en fonction de la température ambiante et du degré d'hygrométrie. Les essais et les séances d'entraînement sur l'UMDA ont montré que le personnel peut difficilement dépasser 2 heures de travail d'affilée.

211. **Transport.**

L'UMDA peut être conditionnée dans des containers type ISO 20 pieds. Les besoins en véhicules pour la mise en place de l'UMDA et le transport des servants sont de :

- a. 2 véhicules type P4 ;

- b. 3 véhicules poids lourd type GBC ;
- c. 2 véhicules type VTL, transporteur de container OU 7 véhicules poids lourd type GBC.

Ces véhicules sont fournis par les armées : armée de terre avec les véhicules du régiment médical ou armée de l'air en cas de déploiement au profit d'une base aérienne projetée.

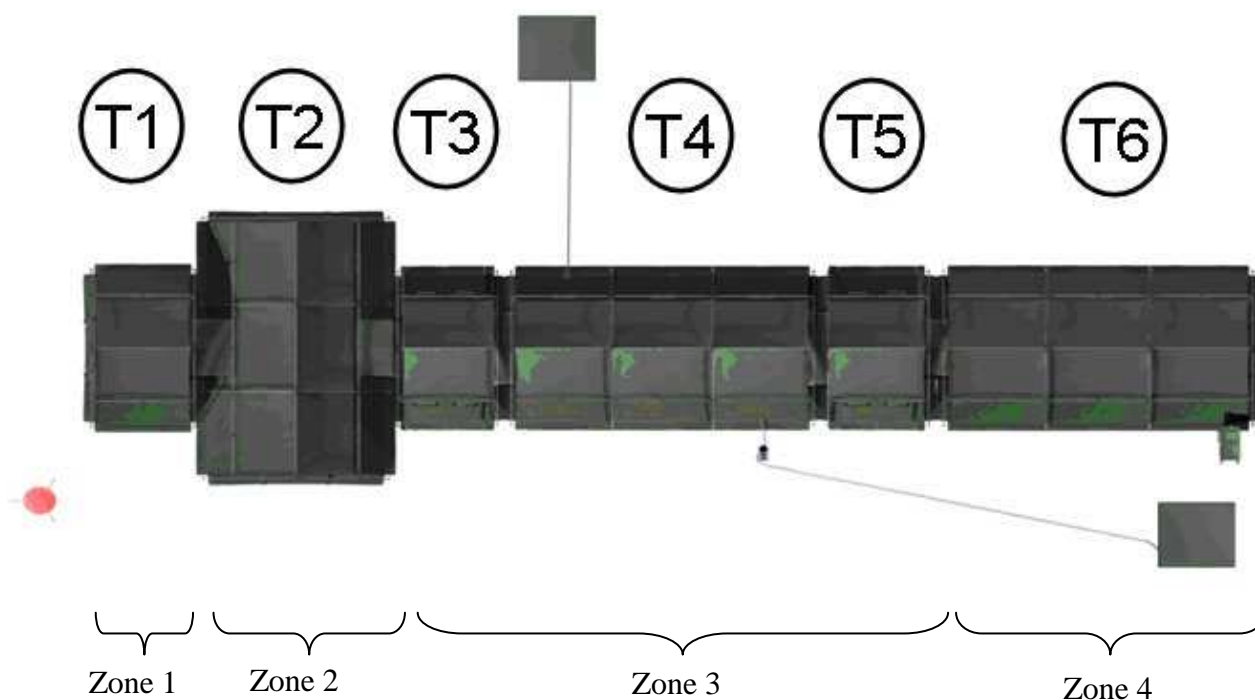
*Compte tenu de la présence de bouteilles d'oxygène et de détecteurs AP2C, un dossier de transport de matières dangereuses doit être instruit en cas d'expédition de l'UMDA par voie aérienne.*

212. **Données logistiques pour acheminement et transport.**

Ces données concernent l'UMDA seule, telle qu'elle est conditionnée dans un ERSA (sans véhicules de transport, sans groupes électrogènes ni réservoirs d'eau...)

- a. poids de l'UMDA : 6200 Kg ;
- b. volume de l'UMDA : 60 m3 ;
- c. surface au sol : 600 m2
- d. poids du LDI seul : 305 Kg ;
- e. volume du LDI seul : 1,4 m3 (6 cantines).

*En cas de projection sur un théâtre, le planificateur devra tenir compte des poids/volume des véhicules et de l'environnement logistique et technique indispensable au fonctionnement de l'UMDA (eau, groupe électrogène et son carburant, paquetage des personnels, armement...) qui se rajouteront aux données ci-dessus.*



**FIG 1 : Représentation d'une UMDA composée de six tentes. L'entrée de la victime est réalisée en T1**



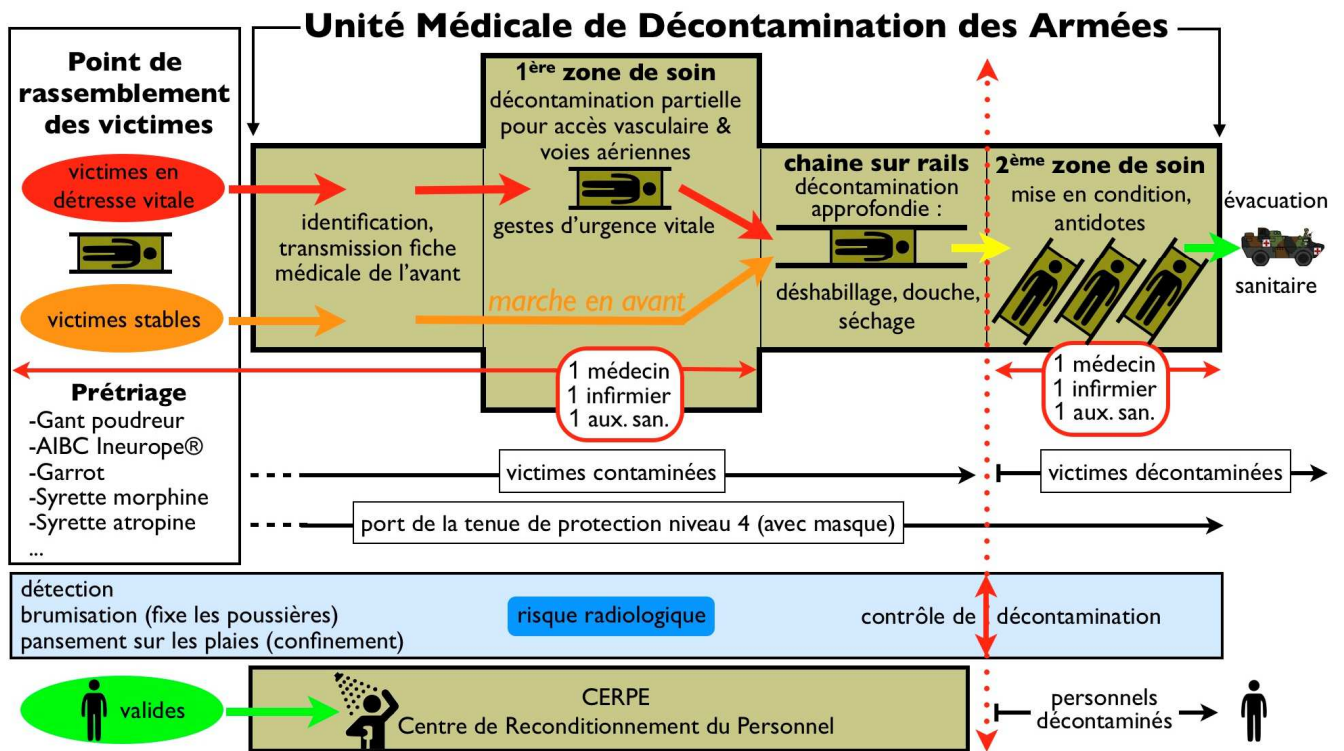


FIG 2 : Schéma de fonctionnement général de l'UMDA

(PAGE VIERGE)

#### Section I – Mise en œuvre

301. Les UMDA, au même titre que les autres UMO du SSA, sont des structures non permanentes, sous tentes modulaires, déployées dans le cadre du soutien « santé » des forces terrestres ou aériennes et dans un contexte de menace NRBC.

302. **Effectifs.**

Les effectifs requis pour armer une UMDA sont de **2/6/17/1/25** répartis de la manière suivante :

**a. (0/4/17) fournis par les armées de terre ou de l'air :**

Ce personnel est destiné à monter et mettre en œuvre la structure et son environnement technique. Il est chargé du brancardage, du déshabillage et de la décontamination des victimes. Il est également chargé de la maintenance opérationnelle de l'UMDA.

Pour l'armée de terre, le niveau d'emploi de la décontamination médicale est le groupe de décontamination du régiment médical tel qu'il est décrit dans le référentiel en organisation (REO) du régiment

Dans le cas d'un déploiement au profit d'une base aérienne projetée, les effectifs sont fournis par l'armée de l'air. Les bases à vocation nucléaire disposent de personnel chargé de mettre en œuvre les PABRC fixes ou mobiles. Il doit être prioritairement formé au déploiement et à l'armement de l'UMDA. En effet, les techniques de déshabillage et les protocoles médicaux mis en œuvre sont standardisés quelle que soit la structure fixe ou mobile déployée.

**b. (2/2/0) en provenance des centres médicaux des armées (CMA) :**

Désignés par l'EMO santé au sein des CMA, ils constituent les compléments opérationnels santé : deux équipes médicales constituées d'un médecin et d'un infirmier. Ils doivent avoir bénéficié d'une formation spécifique sur le LDI et la gestion de l'urgence médicale sous contrainte NRBC. Ils sont chargés d'effectuer les soins aux victimes au sein de l'UMDA.

*Ces effectifs dédiés au fonctionnement de l'UMDA ne prennent pas en compte le personnel nécessaire à l'acheminement des victimes vers l'UMDA et à l'évacuation de celles-ci vers la structure de rôle 2.*

*De plus, un officier de liaison (du SSA ou du RMED) est indispensable pour relayer les besoins du médecin-chef de l'UMDA vers les échelons supérieurs et les autres structures du SSA (régulation des évacuations vers les rôles 2 notamment).*

303. **Commandement et subordination.**

La décontamination médicale est un acte thérapeutique à part entière et engage « de-facto » la responsabilité du SSA. Les phases de déshabillage / décontamination s'intègrent au sein de la séquence des actes médicaux destinés à assurer la survie de la victime.

Le médecin-chef de l'UMDA sert préférentiellement au sein de la tente de reconditionnement médical avant évacuation, en bout de chaîne (T6 cf fig 2).

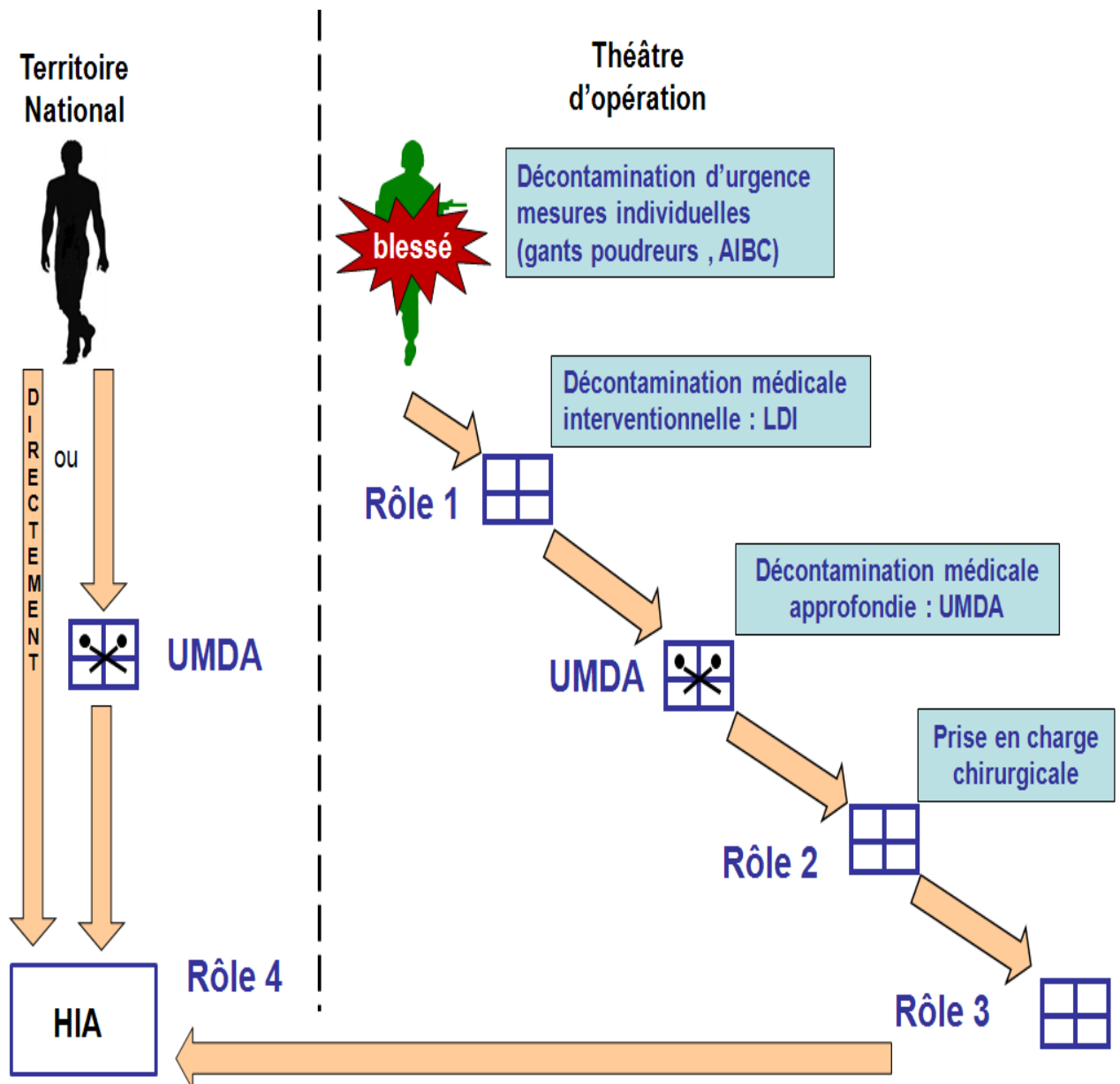
Responsable de l'organisation des soins et des actions de décontamination médicale au sein de l'UMDA, secondé par un officier de liaison, il assure l'interface avec le responsable du site de décontamination élargi et est placé sous le contrôle tactique (TACON) de ce dernier.

Il est désigné par l'état-major opérationnel santé (EMO santé) et est subordonné au DIRMED de théâtre.

## Section II – Déploiement en opération

304. Le délai idéal de prise en charge chirurgicale d'un blessé grave « conventionnel » en appliquant les principes du « *damage control surgery* » est fixé à deux heures.
305. Il est important de souligner, que le temps consacré à la DMA, étape incontournable avant prise en charge chirurgicale, risque d'augmenter ces délais.
306. L'élongation entre les sites d'implantation de l'UMDA et des R2 ou R3 devra donc tenir compte de ce facteur déterminant des chances de survie de la victime.

*Quelle que soit la solution de déploiement retenue, le blessé médicalisé et décontaminé dans l'UMDA doit impérativement être évacué sur une structure de soins médico-chirurgicale située en aval.*



307. **Intégration au sein du site de décontamination élargi (fig 3)**

Cette zone fonctionnelle de décontamination NRBC marque l'évolution majeure de la doctrine de décontamination des forces terrestres validée en 2009. Déployé sous la responsabilité de la défense NRBC, ce site comprend :

- une zone de tri en entrée de site : c'est l'endroit où s'effectue la préparation et la régulation vers les différents chantiers de décontamination ;
- trois chantiers de décontamination: véhicules, petit matériel / matériel sensible et personnel valide (CERPE). Ces chantiers sont armés par la défense NRBC spécialisée ;
- l'UMDA, armée par le régiment médical. Déployée à proximité du centre de reconditionnement du personnel (CERPE), elle passe sous contrôle tactique du 2e RD qui a la responsabilité globale du site.

308. Ce mode de déploiement est la solution à privilégier : cette configuration offre l'avantage d'une part de bénéficier de la concentration de l'ensemble des moyens de décontamination, ce qui permet de décontaminer les véhicules sanitaires et les équipes servant l'UMDA, et d'autre part de diminuer l'empreinte logistique globale.

309. En revanche, l'implantation choisie par le commandement devra tenir compte de la localisation de la structure médico-chirurgicale située en aval.

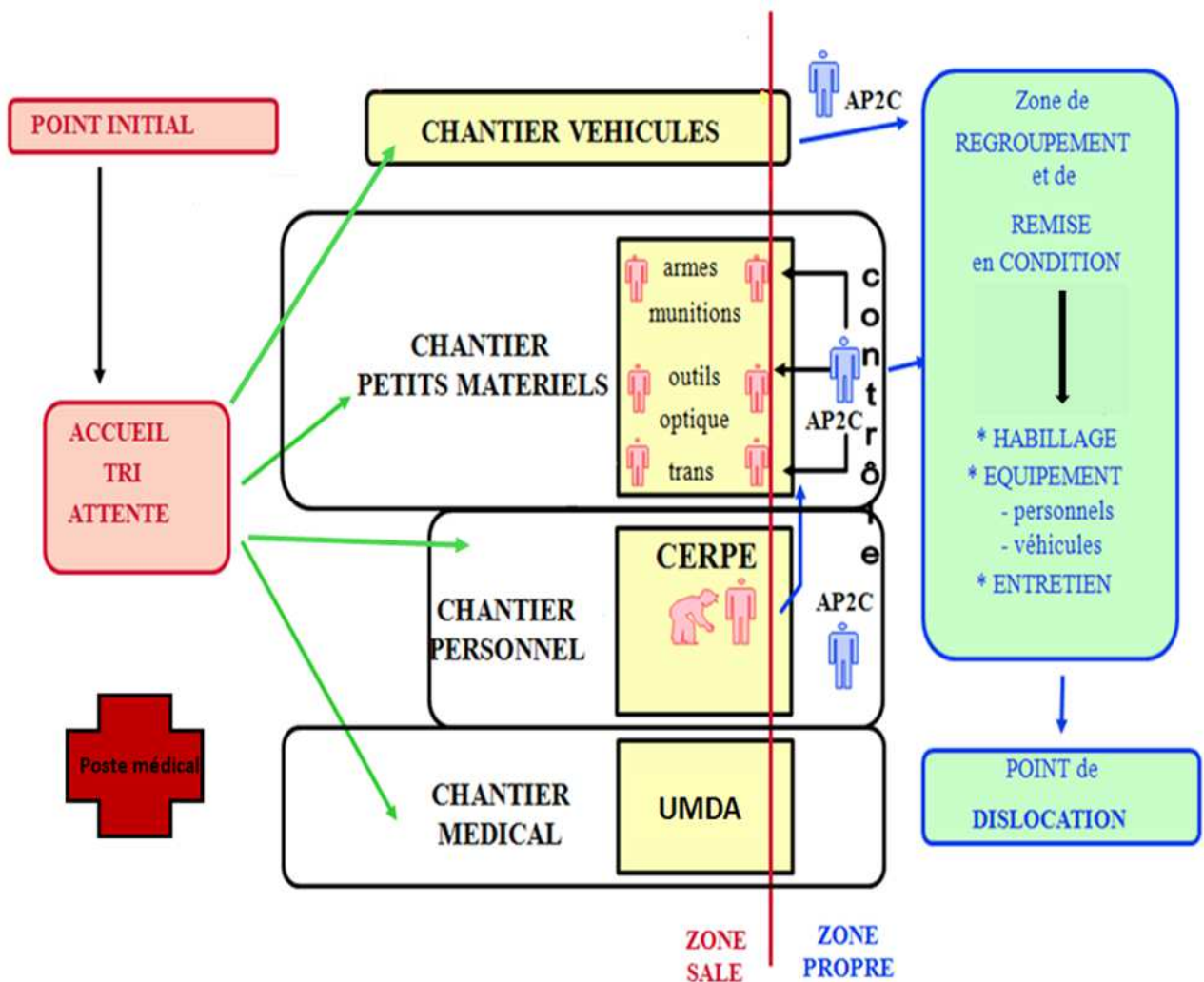


Figure 3 : Représentation fonctionnelle du site de décontamination élargi

310. **Déploiement au sein d'une base aérienne projetée (BAP)**

Une base aérienne de théâtre peut être déployée dans un contexte de menace NRBC. Un site de décontamination du personnel et des matériels, comparable fonctionnellement au site de décontamination élargi de l'armée de terre, est alors mis en œuvre par l'armée de l'air à proximité de la base.

311. L'UMDA sera à proximité du poste médical et du CERPE mis en œuvre par l'armée de l'air et bénéficiera de son soutien logistique. Lors des phases de planification, l'élongation entre le site de décontamination de la BAP et la structure médico-chirurgicale de théâtre devra être prise en compte.

312. **Principes de raccordement et de mise en liaison SIC (cf. Annexe A), liaisons fonctionnelles santé**

Quel que soit le contexte tactique de déploiement de l'UMDA, deux types de liaisons doivent être mis en œuvre :

a. **Au sein de l'UMDA.**

Elle permet le transfert du dossier du patient entre les deux équipes médicales de début et de fin de chaîne. Ce dossier informatisé comporte les renseignements administratifs de la victime et les éléments de prise en charge médicale.

b. **Entre l'UMDA et le rôle 2 ou 3.**

En cas de déploiement d'un seul chantier de décontamination, une seule liaison santé suffit à raccorder l'UMDA et le rôle 2 ou 3. La gestion de l'évacuation des victimes décontaminées se fait directement entre les deux UMO.

c. **Entre l'UMDA et le centre de régulation médicale du DIRSANTE de théâtre.**

En cas de mise sur pied d'un PECC, cette liaison spécifiquement « santé » permet d'exporter le dossier informatisé de la victime de l'UMDA vers le centre de régulation du directeur santé du théâtre.

Cette situation correspond à l'hypothèse « haute » d'engagement, avec nécessité de coordonner une chaîne santé comprenant plusieurs sites de décontamination.

Le PECC grâce à cette liaison est en mesure de conduire l'ensemble des évacuations tactiques :

- (1) des rôles 1 vers les UMDA ;
- (2) des UMDA vers les structures d'accueil médico-chirurgicales d'aval.

Cette liaison permet aussi d'acheminer les demandes de ravitaillement en produits de santé nécessaires à l'UMDA.

d. **Liaisons tactiques :**

Lorsqu'elle est déployée au sein d'un site de décontamination élargi ou d'une base aérienne projetée, le chef de section de l'UMDA doit pouvoir communiquer avec l'unité qui la soutient afin de régler les problèmes logistiques et de protection.

En cas de déploiement de plusieurs sites de décontamination sur le théâtre, un officier de liaison du SSA ou du régiment médical sera détaché au niveau supérieur (PC du 2<sup>ème</sup> régiment de dragon), pour centraliser et coordonner les demandes des chefs de sections des différentes UMDA mises en œuvre.

313. **Déploiement en amont d'une UMO (en dehors d'un site de décontamination élargi)**

Lorsque les conditions opérationnelles l'exigent, le déploiement de l'UMDA à proximité d'une structure médico-chirurgicale (ACA, HMC) peut être envisagé. Notamment si le déploiement santé se fait dans un contexte opérationnel de risque technologique avéré.

Cette solution n'offrant pas les mêmes garanties de soutien logistique qu'un déploiement au sein du site de décontamination élargi, une attention particulière sera portée aux capacités du régiment médical à assurer ce soutien.

## Section III – Déploiement sur le territoire national

314. Décrites au sein du contrat opérationnel NRBC (PIA 3.8), les UMDA sont prioritairement dédiées au soutien des forces en cas d'« événement » NRBC, d'origine accidentelle ou provoquée que ce soit en opération extérieure ou sur le territoire national.
315. Dans ce dernier cas, moyennant des délais de mise sur pied, elles peuvent être déployées pour prendre en charge des victimes civiles sur le territoire national dans le cadre de la chaîne OTIAD, sur réquisition ou demande de concours. La décision d'engagement est prise par le centre de planification et de conduite des opérations (CPCO) et l'EMO santé.
316. Le CEMA délègue le contrôle opérationnel des unités déployées en renfort des moyens civils à une autorité militaire désignée.
317. L'UMDA étant initialement conçue pour prendre en charge des victimes militaires équipées et entraînées contre la menace NRBC, elle ne constitue pas un moyen de décontamination de masse.

*Le SSA n'a pas vocation, dans un contexte d'évènement NRBC, à se substituer aux primo-intervenants de secours civils.*

318. En fonction des besoins, l'UMDA peut être utilisée en amont d'une structure hospitalière civile, ou être co-localisée avec le poste médical avancé des pompiers ou du SAMU, en dehors de la zone de danger. L'UMDA reste sous commandement de son médecin-chef.
319. Les secours civils ne disposant pas de système identique, la relève des servants de l'UMDA par des équipes médicales et de secours civils n'est pas envisageable.
320. L'approvisionnement en eau et carburant sera effectué par les moyens militaires ou civils. Les effluents et effets contaminés seront enlevés et traités par un prestataire civil.

## Section IV – Limites d'emploi, contraintes techniques et logistiques.

321. **Rendement**

Les UMDA sont déployées, dès lors que le commandement à connaissance d'une menace d'engagement des forces sous menace NRBC. Les contraintes logistiques et de montage limitent l'efficacité d'utilisation d'une UMDA dans un contexte de décontamination en « urgence ».

*L'anticipation est un facteur déterminant, garant de l'efficacité des mesures de décontamination médicale.*

Le rendement d'une UMDA est estimé à 4 victimes graves ou 8 - 10 victimes légères par heure. Cette moyenne varie en fonction du contexte opérationnel, de l'agent considéré, de la sévérité clinique des blessures présentées par les patients, de l'entraînement et des possibilités de relève des équipes de décontamination. Le temps de travail d'un groupe de décontamination dépend notamment des conditions climatiques mais n'excédera pas 2 heures en continu.

*L'UMDA ne constitue pas un moyen de décontamination de masse.*

### 322. Niveau de protection

Le niveau de protection adopté par le personnel au sein des trois premières zones de l'UMDA est le niveau 4M (niveau OTAN). En effet, même si celle-ci est déployée en zone non contaminée, la désorption de vapeurs toxiques issues des vêtements des victimes, le possible contact avec les effets contaminés (liquide ou solide) et les projections provoquées par l'emploi de la douche imposent un niveau de protection maximal avec TLD et ANP pour les servants et la première équipe médicale.

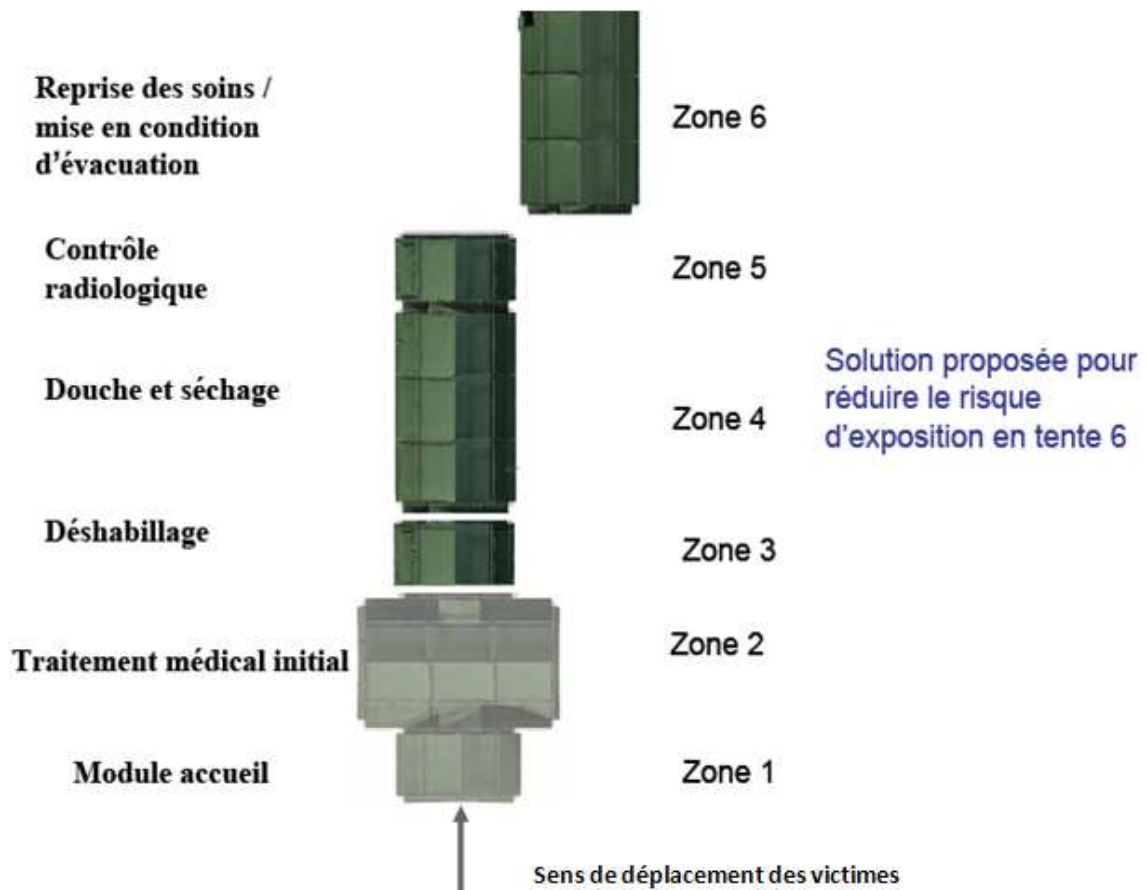
Dans la dernière tente, dédiée au reconditionnement avant évacuation, les victimes étant décontaminées, le danger d'intoxication est beaucoup plus faible.

Cependant, de nombreux facteurs difficilement maîtrisables dans une structure souple peuvent être à l'origine de la persistance d'un danger vapeur résiduel dans la dernière tente : existence de gradient de température entre les différentes zones, température difficile à réguler, circulation d'air par les mouvements des servants et des brancards, vitesse du vent (effet de soufflet)...

Les évaluations technico-opérationnelles (EVTO) ont objectivé que ces déplacements d'air sont totalement imprévisibles et difficiles à modéliser. La création d'un flux d'air orienté grâce aux gaines de chauffage ou au système de climatisation est illusoire.

La présence de détecteurs d'ambiance dans la dernière tente est donc indispensable. En cas de danger vapeur résiduel, les opérateurs restent tous en niveau de protection maximal (4 M). Sur ordre du médecin-chef de l'UMDA, la configuration des tentes peut être modifiée sans impacter trop lourdement le dispositif : la tente T6 peut être découplée du reste de l'UMDA et décalée de l'axe principal d'une dizaine de mètres.

Cette configuration particulière de l'UMDA allongera les délais de DMA puisqu'elle oblige à brancarder entre la T5 et la T6.





323. **Contraintes liées au risque « R »**

Le risque « R » est associé à des contraintes supplémentaires, liées au traitement des déchets radioactifs liquides et solides. La sensibilité des détecteurs disponibles permet d'envisager, sans différer inutilement la médicalisation, d'effectuer un contrôle de l'efficacité des opérations de décontamination en bout de chaîne, avant le passage en zone 4. Si un danger radioactif isolé est avéré, le niveau de protection des servants et des équipes médicales peut être allégé et comporter uniquement le port d'une tenue non tissée et d'un simple masque papier afin de les protéger contre le transfert de contamination par poussière.

324. **Gestion des morts**

La gestion des morts n'est pas de la responsabilité du SSA. Il est toutefois nécessaire que l'aménagement du site de décontamination prévoit une morgue pour entreposer les corps contaminés.

## Section V – Dispositions d'alerte

325. Le personnel constituant les compléments opérationnels de l'UMDA (2/2/0) et fournis par les CMA, sont inscrits au DSVO du SSA.

326. Le délai d'alerte GUEPARD du personnel du SSA et de l'armée de terre servant dans l'UMDA de premier rang est de 72 heures depuis juillet 2012. Il est porté à 5 jours pour l'UMDA de second rang. La liste nominative des personnels est fournie mensuellement au CPCO par DCSSA/OSP/EMO-S.

*Le délai de mise en œuvre de l'UMDA après son déploiement sur le théâtre est de 2 heures.*

327. La décision d'engagement d'une UMDA est prise par l'EMA/CPCO et est communiquée à DCSSA/ EMO-Santé et au CFT.

## Section VI – Stockage, entretien du matériel et mise à disposition

328. La structure métallo-textile et les matériels référencés dans le tableau de composition de l'UMDA proviennent exclusivement du SSA.

329. La présence de médicaments et dispositifs médicaux dans les LDI impose leur suivi pharmaceutique, leur conditionnement et leur stockage au sein des ERSA.

330. L'environnement technique « non-santé » : véhicules, groupes électrogènes, réservoirs d'eau, moyens de transmission, carburants sont fournis par les armées dans le cadre du soutien vie-protection.

*L'UMDA ne pouvant fonctionner en autonomie totale, elle doit être déployée de manière à bénéficier d'un soutien logistique et des mesures de protections mise en place par les forces.*

Lors de la montée en puissance avant projection, ou dans le cadre de la prise d'alerte GUEPARD, des délais sont nécessaires afin :

- a. d'acheminer les compléments opérationnels santé en provenance des CMA. L'EMO santé désigne ces personnels qui sont répertoriés dans un fichier tenu à jour par l'Ecole du Val-de-Grâce à l'issue de leur formation validante.
- b. d'acheminer l'UMDA, ses 2 LDI et 2 LPI depuis un ERSA grâce aux vecteurs du CTTS.
- c. récupérer les tenues de protection NRBC ainsi que les TLD servant à la décontamination auprès d'un établissement du commissariat des armées.
- d. Afin d'être en mesure de gagner des délais, un certain nombre de matériels habituellement détenus par d'autres services interarmées pourront être pré-positionnés au RMED dans le cadre des alertes.

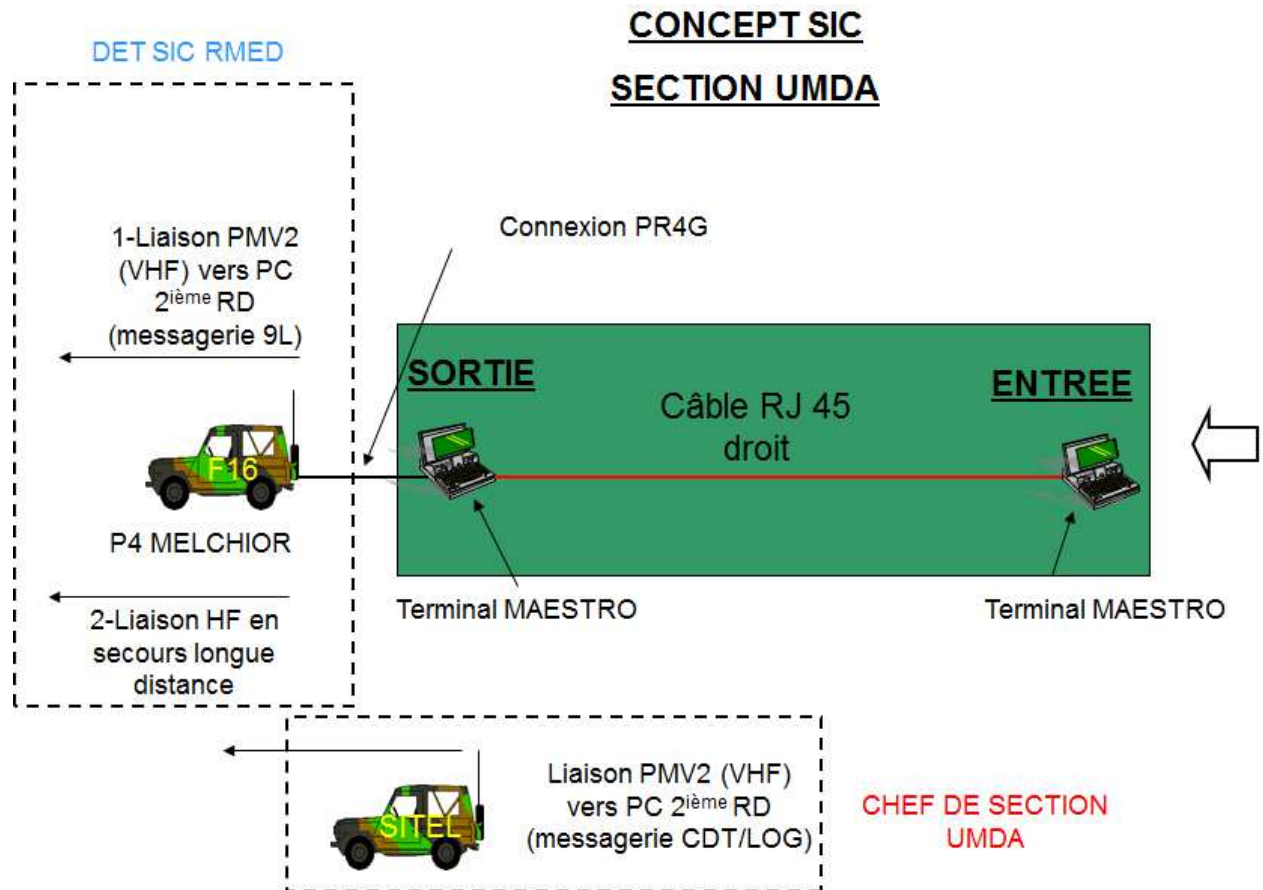
*La perception de cartouches d'ANP à spectre large est indispensable dans le cas d'une intervention sur le territoire national pour couvrir le risque toxique industriel.*

## Section VII – Formation

331. Les modalités d'emploi de l'UMDA nécessitent une formation spécifique de ses servants qu'ils soient médicaux, paramédicaux ou appartenant à l'armée de terre et l'armée de l'air. Cette formation qualifiante, de validité limitée, doit être un pré-requis avant toute mission mettant en œuvre ce système.
332. Un comité pédagogique pour les formations des équipes médicales servant en UMDA a été créé sous l'égide du département de préparation en milieu opérationnel de l'école du Val-de-Grâce. Constitué de spécialistes de l'urgence, d'experts du SPRA (domaine « R ») et de chercheurs de l'IRBA dans les domaines « B » et « C », il fixe le programme d'enseignement et les modalités de validation des connaissances.
333. Le stage se déroule au CeFOS sur une UMDA. Les stagiaires travaillent avec les groupes de décontamination des compagnies NRBC du régiment médical. Cette formule permet de travailler en équipe constituée.

# Annexe A

## Liaisons transmissions de l'UMDA



(PAGE VIERGE)

## Annexe B

# Demande d'incorporation des amendements

1. Le lecteur d'un document de référence interarmées ayant relevé des erreurs, des coquilles, des fautes de français ou ayant des remarques ou des suggestions à formuler pour améliorer sa teneur, peut saisir la Direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) en les faisant parvenir (sur le modèle du tableau ci-dessous) au :

**DCSSA**  
**Cours de Maréchaux**  
**75614 PARIS cedex 12**

ou en téléphonant au 01 41 93 28 92 pour obtenir l'adresse électronique valide à cette époque ;

ou encore en ligne sur les sites Intradef ou Internet du CICDE à l'adresse <http://www.cicde.defense.gouv.fr>

N°	Origine	Paragraphe (n°)	Sous-paragraphe	Ligne	Commentaire
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

2. Les amendements validés par le Directeur du CICDE seront répertoriés **en rouge** dans le tableau intitulé « *Récapitulatif des amendements* » figurant en **page 7 de la version électronique du document**.

(PAGE VIERGE)

### Partie I – Sigles, acronymes et abréviations

#### Sigles

C01. Dans un sigle, chaque lettre se prononce distinctement comme si un point les séparait.

#### Acronymes

C02. Un acronyme se compose d'une ou de plusieurs syllabes pouvant se prononcer comme un mot à part entière.

#### Abréviations

C03. Ce lexique ne prend en compte que les abréviations conventionnelles telles que définies dans le *Lexique des règles typographiques en usage à l'imprimerie nationale* (LRTUIN), pages 5 à 11.

#### Charte graphique du lexique

C04. Dans ce lexique, tous les caractères composant un sigle, un acronyme ou une abréviation sont écrits en lettres capitales afin que le lecteur puisse en mémoriser la signification.

C05. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine française sont écrits en **Arial gras, taille 9, caractères romains, couleur rouge**. Les sigles, acronymes et abréviations d'origine étrangère ou antique sont écrits en **Arial gras, taille 9, caractères italiques, couleur bleue**.

#### Liste des sigles, acronymes et abréviations utilisés dans ce document

<b>ACA</b>	Antenne chirurgicale aérotransportable
<b>AIBC</b>	Auto-injecteur bi-compartmenté
<b>ANP</b>	Appareil normal de protection
<b>BAP</b>	Base aérienne projetée
<b>CeFOS</b>	Centre de formation opérationnelle santé
<b>CEMA</b>	Chef d'état-major des armées
<b>CERPE</b>	Centre de remise en condition du personnel
<b>CMA</b>	Centre médical des armées
<b>CPCO</b>	Centre de planification et de conduite des opérations
<b>CTBRC</b>	Centre de traitement des blessés radio-contaminés
<b>DAPSA</b>	Direction des approvisionnements en produits de santé des armées
<b>DCSSA</b>	Direction centrale du service de santé des armées
<b>DM</b>	Décontamination médicale
<b>DMA</b>	Décontamination médicale approfondie
<b>DMI</b>	Décontamination médicale interventionnelle
<b>DSVO</b>	Dispositif santé de veille opérationnelle
<b>EMA</b>	Etat-major des armées
<b>EMOs</b>	Etat-major opérationnel « santé »
<b>ERSA</b>	Etablissement de ravitaillement en produit de santé des armées
<b>EVDG</b>	Ecole de Val de Grâce
<b>EVTO</b>	Evaluation technico-opérationnelle
<b>HIA</b>	Hôpital d'instruction des armées
<b>HMC</b>	Hôpital médico-chirurgical
<b>IRBA</b>	Institut de recherches biomédicales des armées
<b>LDI</b>	Lot de décontamination interventionnelle
<b>LPI</b>	Lot de projection initiale
<b>NRBC</b>	Nucléaire, radiologique, biologique et chimique

<b>OTIAD</b>	Organisation territoriale interarmées de défense
<b>PABRC</b>	Point d'accueil des blessés radio contaminés
<b>PECC</b>	Patient evacuation coordination cell
<b>REO</b>	Référentiel en organisation
<b>RMED</b>	Régiment médical
<b>RETEX</b>	Retour d'expérience
<b>SPRA</b>	Service de protection radiologique des armées
<b>SSA</b>	Service de santé des armées
<b>TCE</b>	Tenue Centre Europe
<b>TLD</b>	Tenue légère de décontamination
<b>TOM</b>	Tenue Outre-Mer

## Partie II – Termes et définitions

(Sans objet).



(PAGE VIERGE)

# Résumé

## PIA-3.8.5\_SSA(2014)

1. Afin de permettre aux victimes d'un agent NRBC de bénéficier plus rapidement des soins d'urgence sans attendre que les opérations de décontamination soient achevées, la doctrine de prise en charge médicale NRBC du SSA associe une médicalisation précoce des victimes aux premières mesures de décontamination médicale.
2. L'unité médicale de décontamination des armées (UMDA) et les dotations qui l'équipent sont le fruit de cette évolution doctrinale. Elles permettent de décontaminer les victimes NRBC (opérations longues et coûteuses en personnel) sans pour autant retarder leur médicalisation : ce système intégré sous tente permet de mener simultanément les opérations de décontamination et de soins médicaux.



Ce document est un produit réalisé par la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA) et diffusé par le Centre interarmées de concepts, de doctrines et d'expérimentations (CICDE), Organisme interarmées (OIA) œuvrant au profit de l'État-major des armées (EMA). Point de contact à la DCSSA :

**DCSSA**  
**Cours des Maréchaux**  
**75614 PARIS cedex 12**

Par principe, le CICDE ne gère aucune bibliothèque physique et ne diffuse aucun document sous forme papier. Il met à la disposition du public une bibliothèque virtuelle unique réactualisée en permanence. Les documents classifiés ne peuvent être téléchargés que sur des réseaux protégés.

La version électronique de ce document est en ligne sur le site Intradef et Internet du CICDE à l'adresse <http://www.cicde.defense.gouv.fr> à la rubrique *Corpus conceptuel et doctrinal interarmées français (CCDIA-FRA)*.