

Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015 : innovations

Feedback on Terrorist Attacks on November 13, 2015: Innovations

C. Chollet-Xémard · T. Lescot · V. Maggi · N. Nion · M. Raux · S. Pease · B. Riou · O. Waldeck

Reçu le 15 janvier 2016 ; accepté le 15 janvier 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

Lors de l'attentat multisite du 13 novembre 2015 à Paris et Saint-Denis, une mobilisation et une solidarité exceptionnelles du système de santé ont permis de faire face à un événement sans précédent en temps de paix, par le nombre de victimes tuées et blessées [1]. La préparation des services d'urgences, préhospitaliers et hospitaliers, et de l'ensemble des services de santé, dans le cadre de plans établis, a joué un rôle clé dans la prise en charge de cet afflux de victimes. Toutefois, aucun plan, aussi complet soit-il, ne permet de tout prévoir, et il est nécessaire de « *se préparer à être surpris* » [2]. Il est également souhaitable de favoriser les initiatives locales. Lors des attentats du 13 novembre 2015,

certaines des initiatives des acteurs de terrain ont été remarquables et méritent d'être saluées, reconnues, diffusées, et probablement intégrées dans les plans futurs. L'objectif de cette lettre à la rédaction est de rendre compte de ces initiatives.

Trousse individuelle des personnels Smur

La menace d'une nouvelle attaque terroriste est élevée. Il est clairement admis que dans un tel contexte, les intervenants constituent une cible en cas de deuxième frappe (sur-attentat). À l'instar des pratiques militaires, le Smur Henri Mondor (Samu 94, Créteil) a équipé chaque personnel embarqué des équipes d'une trousse individuelle des personnels Smur (TIPS), contenant du matériel nécessaire au contrôle des hémorragies (Fig. 1). Cette TIPS est utilisable par la personne blessée ou par son collègue, mais aussi éventuellement pour les victimes en cas de pénurie de matériel. À la demande du médecin régulateur, les TIPS sont distribuées à tous les membres des équipes Smur engagés sur une intervention où la situation tactique est instable. Son mode de fixation (ceinture et cuisse) permet au personnel Smur d'avoir en permanence le matériel à disposition le cas échéant. Enfin, il est nécessaire de rappeler que, même en possession d'une TIPS, la règle de non-engagement des équipes Smur en zone non sécurisée reste inchangée [3].

Arrivée des véhicules à l'hôpital

Les zones d'arrivée des véhicules (ambulance de réanimation, véhicules de secours) des hôpitaux ne sont en général pas conçues pour faire face à un afflux massif de véhicules, et ceci particulièrement dans les zones urbaines denses des grandes métropoles. À la Pitié-Salpêtrière, une ambulancière d'un Smur local ne participant pas à la prise en charge des victimes (sa fonction s'arrêtant à 20h00) et dont le médecin s'est occupé du tri à l'arrivée, s'est spontanément confiée la mission d'accueillir les ambulances qui arrivaient sur le site,

C. Chollet-Xémard
Samu 94, Smur Henri Mondor, hôpital Henri Mondor,
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP), Créteil

T. Lescot
Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Saint-Antoine,
APHP, Paris et Sorbonne Universités UPMC Univ Paris 06, Paris

V. Maggi
Samu 75, Smur Pitié Salpêtrière,
groupe hospitalier Pitié Salpêtrière, APHP, Paris

N. Nion
Pôle PRAGUES, hôpital La Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris

M. Raux
Département d'anesthésie-réanimation,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix,
APHP, Paris et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Paris

S. Pease
Département d'anesthésie-réanimation, hôpital Beaujon,
APHP, Clichy

B. Riou (✉)
Service d'accueil des urgences,
groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière-Charles Foix,
APHP, Paris et Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Paris
e-mail : bruno.riou@aphp.fr

O. Waldeck
Service d'accueil des urgences, hôpital La Pitié-Salpêtrière,
APHP, Paris



Fig. 1 Trousse individuelle des personnels Smur (TIPS) contenant le matériel nécessaire au contrôle des hémorragies : un garrot tourniquet, un pansement compressif, une bande hémostatique, deux dosettes de povidone iodée (Bétadine®), des compresses, du sparadrap, une paire de ciseaux et une couverture de survie

prenant en charge le parking de ces véhicules en dehors de la zone d'arrivée. Cette action a permis aux équipes extérieures de se consacrer à l'arrivée rapide des blessés dans les zones appropriées (salle de surveillance post-interventionnelle [SSPI] et service des urgences [SU]). Cette action a surtout permis d'éviter un embouteillage à l'arrivée, mais aussi de faciliter le réarmement des véhicule afin de permettre un départ rapide des équipes vers les sites de l'attentat pour de nouvelles prises en charge. Ce point crucial a, depuis, fait l'objet d'un amendement du plan local d'afflux hospitalier de nombreuses victimes (NOVI-H).

Tri à l'arrivée à l'hôpital

Le tri effectué en préhospitalier entre urgences absolues (UA) et urgences relatives (UR) peut ne pas être correct,

évoluer pendant le transport préhospitalier, voire être absent en cas de présentation spontanée de certains patients ou du fait du grand nombre de victimes. Pour ces raisons, un triage intrahospitalier avancé fait partie de la doctrine des équipes militaires, ce triage étant d'ailleurs formalisé et effectué par un tandem anesthésiste-réanimateur/chirurgien. Bien que ce triage intrahospitalier n'existe pas dans la plupart des plans existants des hôpitaux civils, il a été mis en place spontanément dans de nombreux hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris le 13 novembre 2015, avec un retour d'expérience très favorable et une orientation que l'on peut décrire de manière simplifiée ainsi : UA vers la SSPI, UR vers le SU. Ce tri a été effectué par un médecin seul, urgentiste ou anesthésiste-réanimateur, selon les sites. Ce concept de tri intrahospitalier est actuellement intégré dans les plans NOVI-H. Il conviendra de formaliser ce tri à l'instar de ce que font les médecins militaires et d'effectuer les actions de formation nécessaires.

Identification des équipes en charge d'une victime

Du fait du grand nombre de victimes UA prises en charges dans les SSPI, des équipes ont été créées, comportant le plus souvent un médecin anesthésiste-réanimateur, un interne d'anesthésie-réanimation, un infirmier et un aide-soignant, parfois un chirurgien. Chaque équipe prenait en charge une victime donnée dès l'accueil et pendant toute la période pré- et peropératoire, jusqu'à son admission en réanimation. Le grand nombre d'équipes présentes, leur rotation dans la prise en charge de plusieurs victimes successives, et parfois l'absence d'habitude de travailler ensemble au quotidien a pu créer des difficultés. À l'hôpital Beaujon, l'utilisation de chasubles de couleurs différentes pour chaque équipe a constitué une innovation qui a été jugée très utile (Fig. 2). Ceci permet une reconnaissance visuelle partagée et immédiate, y compris par l'ensemble des acteurs présents.

Mutualisation de ressources chirurgicales entre les sites

La mobilisation des équipes pré-hospitalières sur le(s) lieu(x) des événements, peut empêcher la réalisation de transferts interhospitaliers. Ils peuvent être nécessaires en raison du manque de ressources spécialisées locales, notamment chirurgicales. De plus, l'accès à un établissement de soins d'un véhicule peut être difficile pour une ambulance pendant la période initiale (exemple de l'hôpital Saint Louis à proximité immédiate des lieux d'attentats). Il pourrait, dans ce cas, être envisagé de faire appel à des spécialistes mobilisés



Fig. 2 Exercice de simulation à l'hôpital Beaujon (Clichy) en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) avec des chasubles de différentes couleurs permettant la reconnaissance visuelle immédiate de deux équipes d'accueil différentes (verte et orange) et de l'admissionniste en jaune

dans des hôpitaux alentours moins impactés par l'afflux de victimes. C'est ainsi qu'un ophtalmologiste de l'hôpital Cochin a été mobilisé ce soir-là sur la Pitié-Salpêtrière pour compléter la prise en charge chirurgicale d'un patient victime d'un traumatisme balistique facial et déjà en cours d'intervention avec une équipe de chirurgie maxillo-faciale. Cette réflexion doit apparaître dans l'élaboration du Plan Blanc et du plan NOVI-H, mentionnant la liste des spécialités chirurgicales non disponibles dans l'hôpital, mais aussi les coordonnées des chirurgiens de ces spécialités susceptibles de se déplacer depuis d'autres sites. Les plans devraient prévoir que la régulation de ces demandes de déplacement des professionnels de santé ne devrait pas passer par la régulation médicale des Samu mais par d'autres structures plus disponibles pour cette tâche comme les cellules de crise des hôpitaux, locales ou régionales (exemple APHP), ou la cellule de crise de l'Agence Régionale de Santé (ARS). La mise à disposition de véhicules pour transporter ces professionnels en l'absence de moyen de transport personnel, la sécurisation du transport et de l'arrivée sur le site impacté doivent également être organisées.

Information des proches des victimes

À la Pitié-Salpêtrière, un agent hospitalier de l'accueil des urgences a pris l'initiative de collecter les téléphones mobi-

les de plusieurs victimes sans identité et incapable de la donner. Il a prévenu certains contacts présents sur l'annuaire de ces téléphones en envoyant des SMS avec le message suivant : « *Cette personne est aux urgences de la Pitié-Salpêtrière. Pouvez-vous nous décliner son identité : nom, prénom, date de naissance et personne proche à contacter ?* » Cette démarche a permis de valider certaines identifications ou d'y apporter des modifications.

Coordination des soins et gestion de l'aval

La présence d'un coordinateur paramédical de situation exceptionnelle (rôle tenu par le cadre paramédical de pôle [CPP] à la Pitié-Salpêtrière) a permis une efficacité dans la gestion globale de la SSPI et du SU grâce à son activité d'interface avec la cellule de crise. La présence d'un cadre coordinateur des réanimations à la Pitié-Salpêtrière a permis de fluidifier l'aval des victimes en postopératoire : gestion des flux et affectation des victimes dans les lits et répartition de la charge en soin au regard des effectifs présents dans les réanimations. La gestion de l'aval des patients non réanimatoires doit également être organisée et peut être confiée à un cadre ou un administratif. Pour ces deux flux d'aval, la cellule de crise doit être informée sans délai des décisions prises afin de faciliter l'identification des lits disponibles et pourvoir aux renforts soignants nécessaires.

Facilitation de l'accueil des proches, des impliqués et des victimes

La nécessité de pouvoir disposer de bornes électriques pour permettre de recharger les téléphones mobiles a été soulignée dans plusieurs réunions de retour d'expérience.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Hirsch M, Carli P, Nizard R, et al (2015) The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet* 368:2535–8
2. Lagadec P (2015) *Le continent des imprévus*. Paris: Manitoba / Les Belles Lettres
3. Service Médical du RAID (2015) Médicalisation de l'extrême-avant au cours d'une intervention des forces de l'ordre pour prise d'otages : principes régissant la prise en charge médicale et retour d'expérience du RAID. *Ann Fr Med Urg* 5:166–75