

Prise en charge des blessés lors d'attentats par armes de guerre et Damage Control

Collaborations des personnels de santé

Attentats terroristes

- **Paris : 13 novembre 2015**
 - **137 morts, 413 blessés**
- **Nice : 14 juillet 2015**
 - **87 morts, 458 blessés**
- **Guerre ?**
- **Blessés par armes de guerre**



Points communs avec la prise en charge de blessés de guerre

- **Le contexte : insécurité, incertitude ...**
- **Le type de blessures**
- **Le grand nombre de victimes = afflux (massif ?)**
- **Tactique de prise en charge = Damage Control**

1 - Le contexte

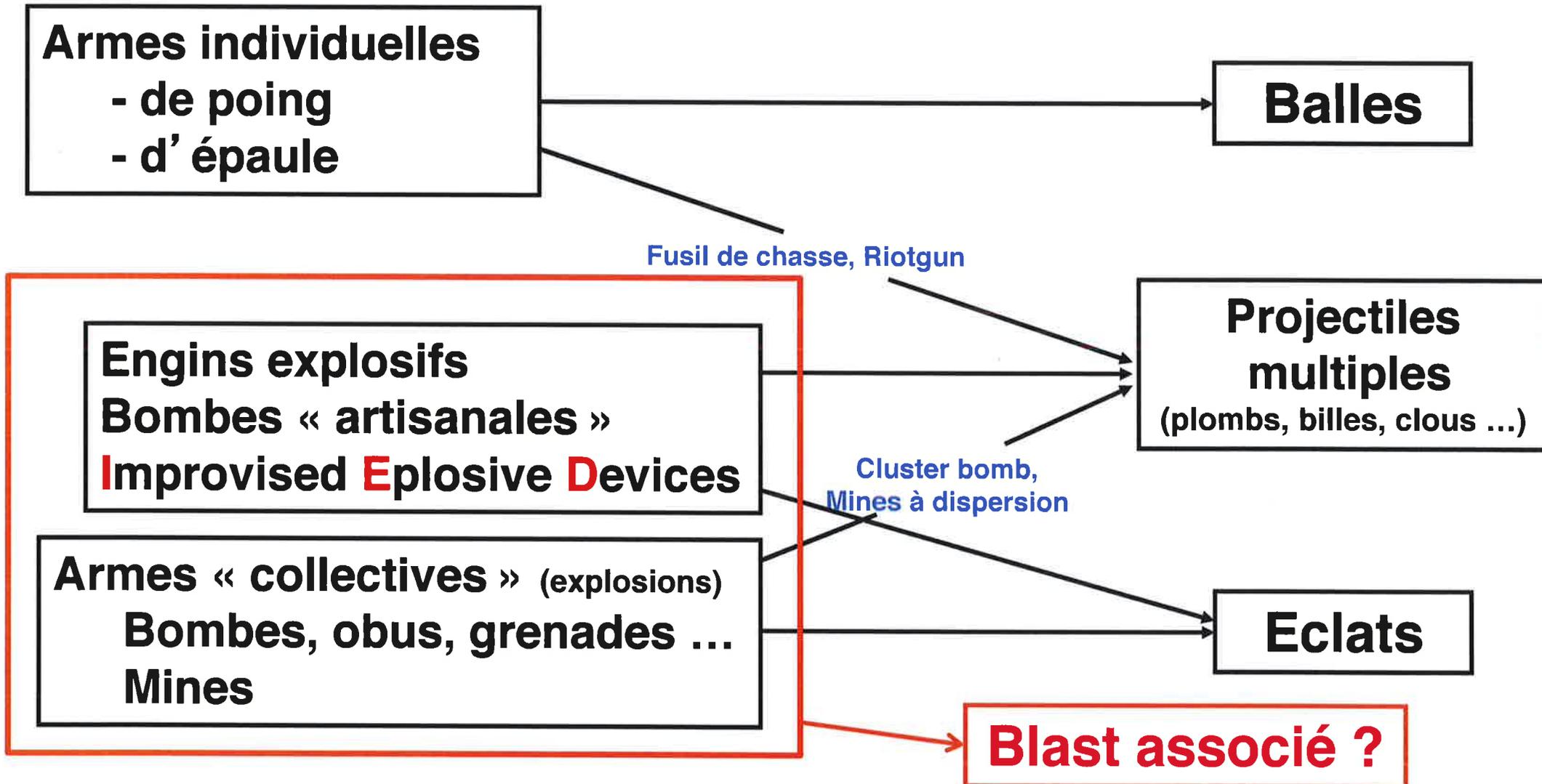
- **Insécurité :**
 - danger en préhospitalier, relève « sous le feu »
 - possibilité de surattentat (préhospitalier, hospitalier)
- **Incertitude :**
 - fin des événements,
 - nombre de victimes,
 - arrivée de nouveaux blessés ?

2 - Le type de blessures

- **Plaies par projectiles**
- **Blessures par explosion**

- **Traumatismes fermés**
- **Autres (NRBC ?)**

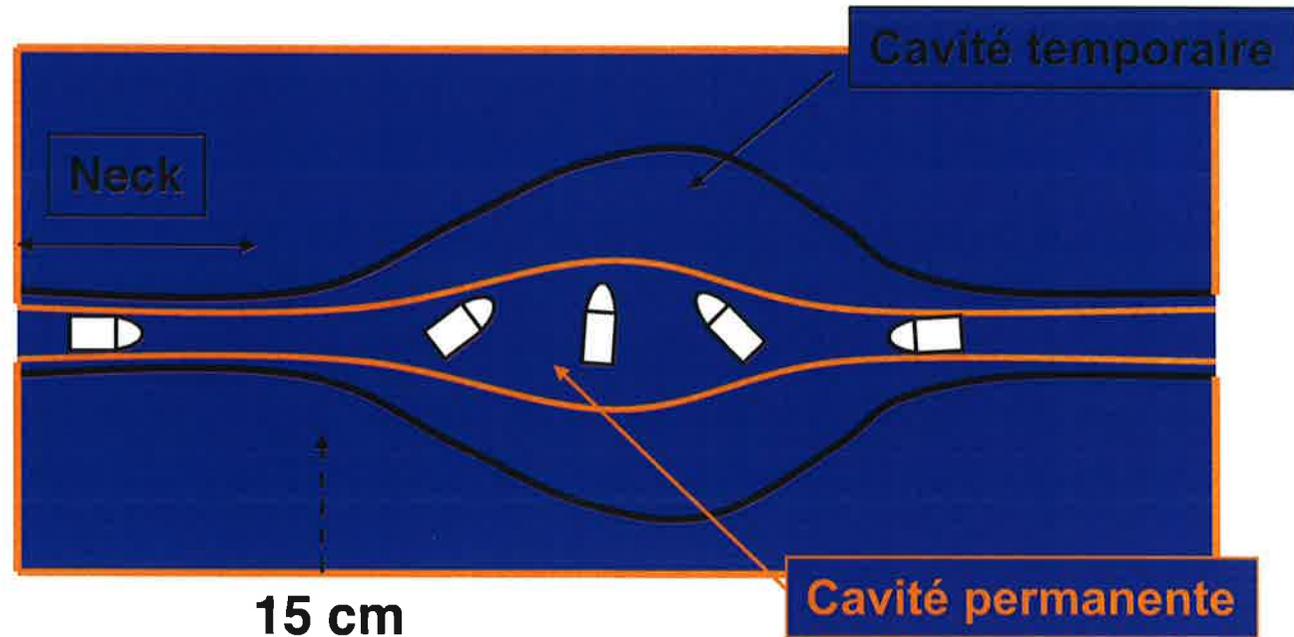
Armes et Projectiles



Profil lésionnel d'une balle



7,62 mm NATO



- Précédée d'une « onde de choc » = insignifiante
- Trajet initial rectiligne = neck
- Déstabilisation et bascule :
 - Cavité permanente : Trajet, tissu broyé, (crushing)
 - Cavité temporaire : Etirement tissulaire, refoulement élastique (stretching)

Intérêt de la balistique pour les plaies par balle ?

- **Traitement adapté au projectile ?**
 - 50 % = **projectile inconnu**
 - même balle, lésions différentes
 - rencontre avec un obstacle
- **NON : déductions thérapeutiques erronées**
 - “onde de choc”, lésions à distance, parage extensif

Traiter une plaie et non un projectile

Engins Explosifs Improvisés (EEI) Bombes artisanales Improvised Explosive Devices (IED)

- **Fabrication :**

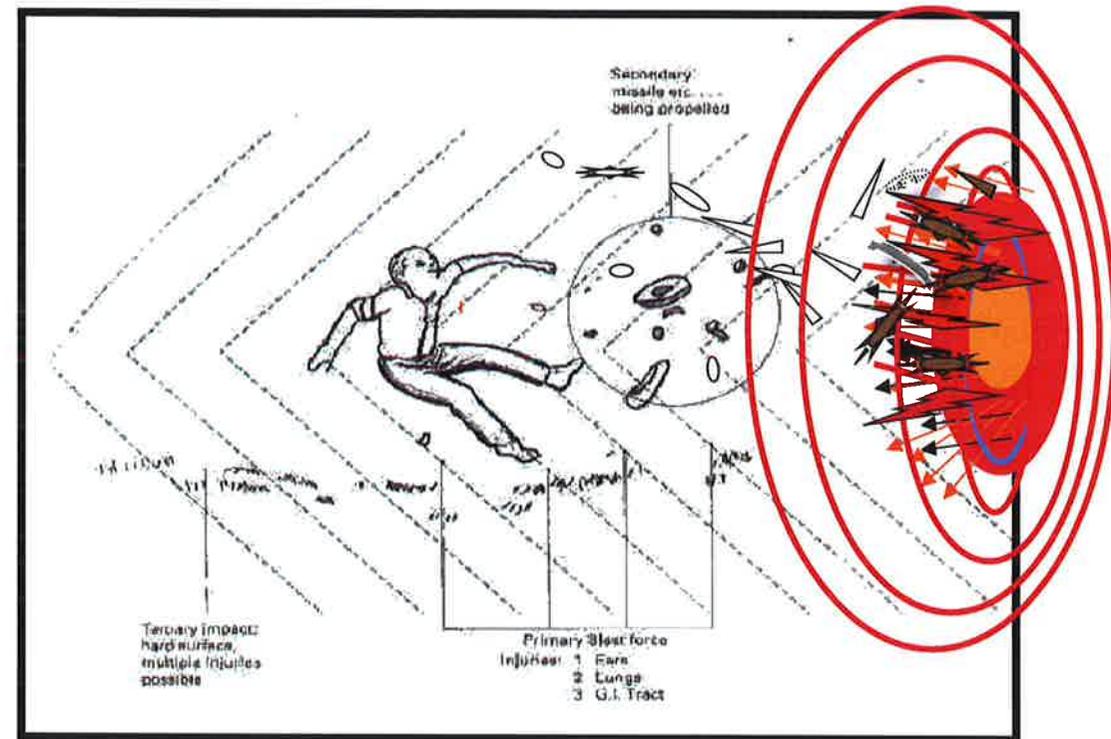
- armes « classiques » (obus, mines ...)
- artisanales (boulons, clous ...)

- **Mise en œuvre :**

- colis piégé, « bobby trap »
- véhicules
- « suicide »
 - » déclenchement à distance

Explosion = Blast

- **Lésion primaire**
 - onde de pression
- **Lésions secondaires**
 - éclats projetés
- **Lésions tertiaires**
 - projection du corps
- **Lésions quaternaires**
 - brûlures, écrasement ...



- **Polyagressés : brûlés, blastés, blessés, écrasés**

Blast

- **Lésions primaires liées à l'onde de pression :**
 - **blast tympanique**
 - » **otoscopie inutile, faux négatifs** (33% des blasts pulmonaires, 80 % isolés)
 - **blast pulmonaire**
 - » **contusion, épanchements, non spécifiques**
 - **blast digestif**
 - » **hématomes, perforations secondaires, TDM**
 - **lésions orthopédiques**
 - » **amputations**
 - **blast cérébral**

Polycriblages

- **Lésions multiples**
- **Difficultés diagnostiques**
- **Difficultés thérapeutiques**

Plaies par projectiles et par explosion

• Projectiles :

- bilan lésionnel complet (TDM)
- tout les trajets sont possibles
- traiter la plaie et non le projectile :
 - » plaie souillée, parage, non fermeture,
 - » pas d'ostéosynthèse interne

• Explosions :

- gravité des associations lésionnelles et du blast
- pas de prise en charge « spécifique »
- polycriblages
- risque chimique ?

3 - Afflux de blessés et triage

- **Plusieurs victimes = notion d'afflux**

- **multiple casualties** / afflux limité

- » structures médicales suffisantes (contexte civil)

- » **triage = régulation** = envoyer les blessés au bon endroit au bon moment

- » tous les blessés seront pris en charge

- **mass casualties (MASCAL)** / afflux massif / afflux saturant

- » guerre ou catastrophe majeure, structures médicales dépassées

- » **triage = choisir**

- » privilégier « le bien du plus grand nombre »

- » certains blessés ne pourront pas être traités

- **Quand commence l'afflux saturant ?**

- Antenne Chirurgicale en OPEX (1 bloc, 1 MAR, 2 chirurgiens)

- La Pitié-Salpêtrière, Paris (13 blocs, 25 MAR, 30 chirurgiens)

« Afflux saturant » dans un hôpital en France ??

- **Plus de blessés graves que de blocs disponibles ?**
- **Pas de possibilité de transfert ?**

- **Peu probable, mais ...**
 - petite ville, communications interrompues ...
- **Réflexion préalable nécessaire :**
 - organisation (plans)
 - problèmes médicaux (catégorisations, ordre de traitement ...)
 - éthique (« urgences dépassées », neutralité)

Triage – Organisation

- **Identification et enregistrement :**
 - secrétariat, tableau
 - type de dossier :
 - papier, numérique, identité provisoire ...
 - identification : (numéro, nom ...)
- **Prévoir le personnel :**
 - disponibilité, rappel, convocation
 - qui fait quoi ?
- **Définir les zones de triage :**
 - militaire : un seule zone (éclairage, chauffage, protection ...)
 - civils : plusieurs zones (personnel)
- **Définir le circuit des blessés (unidirectionnel)**
 - brancardage, Radio, TDM ?, laboratoires, pharmacie ...

FICHE MEDICALE DE L'AVANT - FORMULAIRE D'IDENTIFICATION ET D'ENREGISTREMENT

1. PRIORITE CONTAGIEUX

2. NOM Prénoms Sexe

3. Recrutement Matricule Classe

4. Nationalité Usité Religion

5. Nature de la blessure ou maladie

6. Date et heure de la blessure ou maladie : le à heures

7. DIAGNOSTIC

8. GARROT PLACE à et

9. THERAPEUTIQUE

THERAPEUTIQUE	Date	Heure	Dose	
Analgésiques				
Morphine				
Anesthésie Totale				

10. Grade, nom et signature du médecin

11. EVALUATION Couché Assis

Classification ?

	Définition	Ancienne catégorisation	Terme anglo-saxon
<ul style="list-style-type: none"> • A opérer : <ul style="list-style-type: none"> – immédiatement : EU – avant 4 (6) heures <p>(Urgence Absolue)</p>	T1 Mise en jeu du pronostic vital si un traitement chirurgical ou de réanimation n'est pas entrepris le plus vite possible	<u>Urgences absolues</u> (EU et U1)	Immediate (Urgent)
<ul style="list-style-type: none"> • A opérer : <ul style="list-style-type: none"> – peut attendre <p>(Urgence Relative)</p>	T2 Traitement chirurgical urgent mais qui peut être différé sans mettre en jeu le pronostic vital	<u>Urgences relatives</u> (U2 et certains U3)	Delayed
<ul style="list-style-type: none"> • A ne pas opérer : <ul style="list-style-type: none"> – pas besoin de geste 	T3 Patients nécessitant un geste chirurgical sans urgence ou ne nécessitant pas de geste chirurgical	Blessés légers (certains U3) Eclopés	Minimal
<ul style="list-style-type: none"> • A ne pas opérer, <ul style="list-style-type: none"> – trop grave 	T4 Patients trop gravement blessés qui nécessiteraient un traitement lourd et long avec une chance très limitée de survie	Urgences dépassées (P4)-	Expectant

Problèmes éthiques du triage

- **Les urgences dépassées ? (T4) :**
 - soins de confort, pas d'intervention
- **La "neutralité" du triage :**
 - l'âge (enfants, vieillards ?)
 - amis, ennemis, victimes, agresseurs ...
 - » **triage identique mais ...**
 - blessé emmené par les « frères d'armes »
 - terroriste parmi les victimes
 - etc ...

“Il faut toujours commencer par le plus douloureusement blessé sans avoir égard aux rangs et aux distinctions.”

Baron Larrey (1766–1842),

4 - Tactique de prise en charge Damage Control

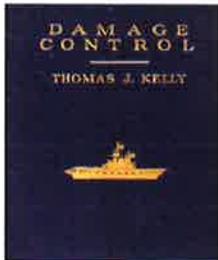
*« The goal of damage control
is to restore normal physiology
rather than normal anatomy »*

NATO Handbook war surgery
(www.vnh.org/EWSurg/EWSTOC.html)

Damage Control Chirurgical

3 TEMPS

1. LUTTE INCENDIE - VOIES D'EAU
 2. RETOUR AU PORT
 3. RÉPARATION DÉFINITIVE
-



Kelly TJ
U.S. Navy Damage Control
1944

3 TEMPS

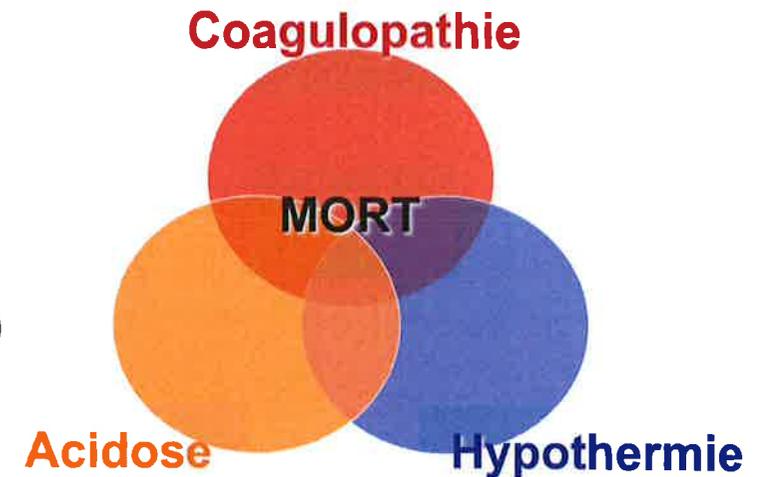
1. CONTRÔLE LÉSIONNEL
 2. RESTAURATION PHYSIOLOGIQUE
 3. CHIRURGIE DÉFINITIVE
-



Rotondo MF et al.
J trauma, 1993

“Damage Control”

- Patient hémorragique et instable
- But : éviter le cercle vicieux (triade létale)



- **Traitement en 3 temps (même lieu)**
 - **T1** : chirurgie **rapide (< 60/90mn)** = traitement **partiel** des lésions
 - **T2** : réanimation = correction des désordres
 - **T3** : chirurgie : réparation définitive des lésions (24h/72h)

- Plus de « tout en un temps »

Damage control

Techniques chirurgicales

Packing

Viscères – Agrafage simple

Abdomen laissé ouvert

Shunt vasculaire

Fixateur externe

Damage Control - Evolution

- **Damage Control Chirurgical :**

- Traumatismes abdominaux hémorragiques instables : **1993 (Rotondo)**
- Elargissement à tout traumatisme hémorragique instable
 - » Vasculaire, Orthopédie, Neurochirurgie, Thoracique ...
- France : **Laparotomie écourtée (lapec)** Arvieux - *Annales de chirurgie*, 2003

- **Contexte de guerre :**

- après 2003, Irak et Afghanistan, JTTR (USA, France)
- **nécessité en préhospitalier** : prévention précoce de la triade létale
- T0, Damage Control Ground 0, **Damage Control Ressuscitation**
 - » *Holcomb J Trauma. 2007;62:S36 –S37*

- **Contexte civil : Damage Control Ressuscitation**

- Integrated Damage Control (DCR et DCS)
- Remote Damage Control Ressuscitation

Qu'est ce que le Damage Control ?

- **Damage Control = concept global (Integrated Damage Control)**
Prévention de la triade létale : hypothermie, acidose, troubles de la coagulation
 - **Damage Control Ressuscitation (pré-hospitalier et hospitalier)**
 - » arrêt des hémorragies (compression, pansements compressifs, garrots ...)
 - » prévention de l'hypothermie
 - » évacuation rapide vers un bloc opératoire,
 - » adaptation du remplissage (hypotension permissive ...),
 - » lutte contre les troubles de la coagulation (utilisation précoce de produits hémostatiques et de produits sanguins, protocole transfusion massive ...)
 - **Damage Control Chirurgical (hospitalier)**
- **Damage Control et afflux de blessés - Triage**

Damage Control Chirurgical

- **Blessé hémorragique instable :**
 - **décision avant l'intervention :**

» **critères :**

- **perte sanguine, remplissage : > 4L (5L) , > 10 (8) CGR , > 12 L ...**
- **T° < 34° C (32° C) , pH < 7,2 (7,3), troubles de la coagulation ...**
- **type de lésions (plaie par balles, lésions multiples, ...)**

– **décision en cours d'intervention :**

- » **critères, signes de gravité, longueur prévisible du geste ...**
- » **décision précoce !!**

- **Concertation chirurgien / anesthésiste-réanimateur**
- **Indication par excès ?**

Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients

A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study

Derek J. Roberts, MD, PhD,†‡§ Niklas Bobrovitz, MSc,*¶ David A. Zygun, MD, MSc,†‡‡
Chad G. Ball, MD, MSc,*§** Andrew W. Kirkpatrick, MD, MHSc,*§ Peter D. Faris, PhD,††
Karin Brohi, MD,†‡ Scott D'Amours, MD,§§ Timothy C. Fabian, MD,*¶ Kenji Inaba, MD,†‡‡‡
Ari K. Leppaniemi, MD, PhD,*** Ernest E. Moore, MD,†‡‡ Pradeep H. Navsaria, MBChB, MMed (Surg),†‡‡‡
Andrew J. Nicol, MBChB, PhD,†‡‡ Neil Parry, MD,§§§ and Henry T. Stelfox, MD, PhD,†‡¶¶¶*

Annals of Surgery • Volume 263, Number 5, May 2016

Damage Control Chirurgical

- **Afflux saturant (Mass casualties)**
 - triage
 - ne pas opérer certains patients
 - **indication collective de Damage Control pour tous les patients**
 - traiter le plus grand nombre

- **Afflux non saturant (Multiple casualties)**
 - indications **individuelles de Damage Control**
 - **indication collective ?** (maintenir la disponibilité des blocs)
 - » **incertitude, surattentat ...**
 - » **de principe**
 - » **en cours d'intervention**

Enseignements dans le SSA

Ecole du Val-de-Grâce



- **Fédère toutes les actions de formation**
 - **Formation Initiale**
 - » 3^{ème} cycle des études médicales
 - » formation médico-militaire complémentaire (Ecole d'Application)
 - » médecins, pharmaciens, vétérinaires, commissaires, personnels non médicaux
 - **Formation continue** et Développement Professionnel Continu (DPC)
 - Relations avec l'Université
 - Formation « milieux » et d'adaptation à l'emploi :
 - » médecine navale, aéronautique, forces terrestres, gendarmerie ...
 - **Formation opérationnelle :**
 - » Formation spécifique pour les Opérations Extérieures
 - » Préparation opérationnelle
- **Tous personnels du SSA : active, réserve**
- **Civils**

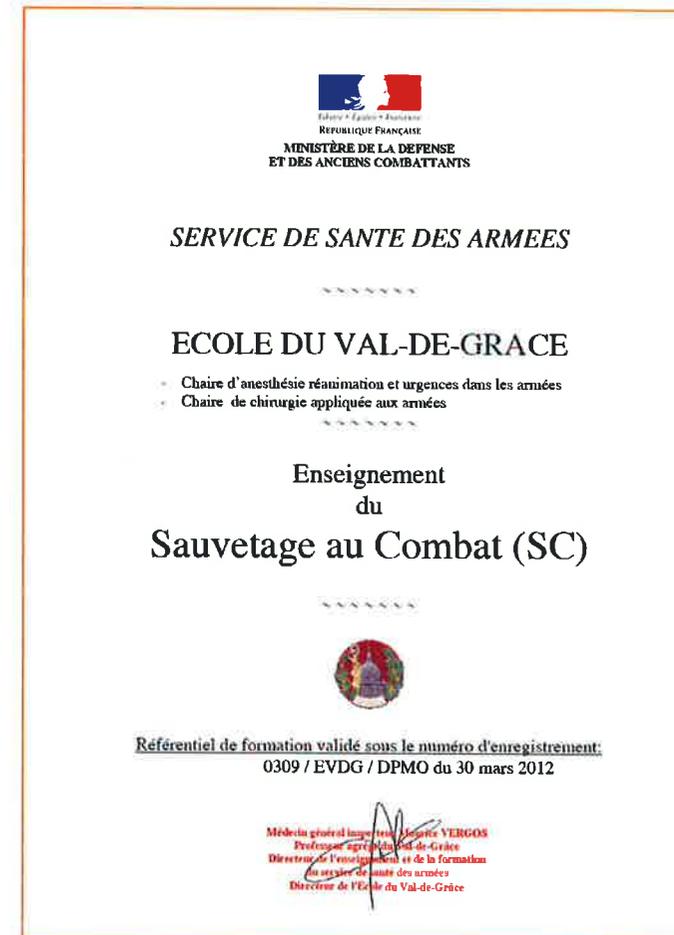
Formation Opérationnelle

Préparation Opérationnelle

- **Formation initiale (médecins, infirmiers, auxiliaires sanitaires)**
- **Stages de Formation continue (ou préparation ?):**
 - **Mise en condition de survie du blessé de guerre (MCSBG) : 5 jours (SC 3)**
 - **Médicalisation en milieu hostile (MédicHos) : 5 jours**
 - **Stage ABG (accueil du blessé de guerre)**
 - **Stage "gestion des voies aériennes et du traumatisme thoracique"**
 - **Stage "gestion des abords vasculaires et du choc hémorragique »**
 - **Echographie d'urgence pour médecin isolé**
 - **Prise en charge d'un brûlé au rôle 1 (CTB Percy)**
 - **Stage pratique de gestes d'urgence (réanimation, bloc opératoire, SAU)**
- **Stages pour équipes constituées (« Team Training »)**
 - **Antenne Chirurgicale (12)**
 - **Module de Chirurgie Vitale (5)**
 - **UMDA**
 - **Equipes Medevac**
- **Simulation**

Ecole du Val-de-Grâce

- **Prise en charge du blessé de guerre en pré-hospitalier :**
- **Formation protocolisée de tous :**
 - **Sauvetage au combat (SC)**
 - » **SC1 : tout combattant**
 - » **SC2 : auxiliaires sanitaires**
 - » **SC3 : médecins/infirmiers**
 - **Référentiel - Comité**





**Mise en condition de survie du blessé de guerre (MCSBG) – SC3
Binôme médecin-infirmier**



Ecole du Val-de-Grâce

- **Prise en charge du blessé de guerre pour le personnel hospitalier :**
 - **Formations individuelles :**
 - » **chirurgiens : Cachirmex**
 - » **anesthésistes-réanimateurs : Cammex**
 - » **IBODE et IADE : Cadismex**
 - **« Team Training » :**
 - » **Antennes chirurgicales**
 - » **Module de Chirurgie Vitale**
 - » **...**

**Cours Avancé de Chirurgie
en Mission Extérieure**



Module 1
Généralités sur la Chirurgie de Guerre
Le Service de Santé des Armées
en Opération Extérieure
2010

**Cours Avancé de Chirurgie
en Mission Extérieure**



Module 3
Tête – Cou – Thorax - Rachis

**Cours Avancé de Chirurgie
en Mission Extérieure**



Module 5
Aide Médicale aux Populations
2009

**Cours Avancé de Chirurgie
en Mission Extérieure**



Module 2
Traumatismes des membres
et des parties molles

**Cours Avancé de Chirurgie
en Mission Extérieure**



Module 4
Abdomen – Pelvis
Echographie

ECOLE DU VAL-DE-GRÂCE

ATELIERS PRATIQUES DE CHIRURGIE VASCULAIRE APPLIQUÉE AUX MISSIONS EXTÉRIEURES
10 et 11 mars 2016

**Training Course
Vascular Damage
Control
Paris 2016**





Ecole du Val-de-Grâce

- **Prise en charge médico-psychologique :**
 - soins immédiats (secours psychiques au combattant)
 - soins post-immédiats (defusing, debriefing ...)
 - soins à distance :
 - » **traitement**
 - » **dépistage des ESPT (PTSD)**
 - **Professeur M.D. Colas (Chaire de Psychiatrie)**
- **Autres : NRBC, décontamination ...**

Collaborations au moment des attentats

- **Préhospitalier :**
 - SAMU, BSPP, Police, Sentinelle ...
- **Hospitalier :**
 - APHP
 - HIA Percy, HIA Bégin
- **Prise en charge psychologique**
 - CUMP, Ecole Militaire ...

Collaborations après les attentats

- **Echanges et Formations dans toute la France**
 - **BSPP**
 - **médecins et structures du SSA**
 - **Ecole du Val-de-Grâce**

Retex et formations par des personnels du SSA

- **BSPP - SAMU**
- **HIA Percy et Bégin**

- **Lille, Lyon, Amiens,**
- **Montpellier**
- **Marseille**
- **...**

HIA LAVERAN

VENDREDI 25 MARS 2016

**JOURNÉE MARSEILLAISE
DES TRAUMATISMES PÉNÉTRANTS**

**QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DES ATTENTATS
DU 13 NOVEMBRE ?**

**RETOUR D'EXPÉRIENCE SUR
LES ATTENTATS DU 13 NOVEMBRE**

08h30 - ACCUEIL

9h00 - LE RÔLE CENTRAL DE LA RÉGULATION MÉDICALE
Pr B. VIVIEN (SAMU 75)

09h30 - LES SECOURS PRÉ-HOSPITALIERS
MC JP. TOURTIER, MC F. PEDUZZI (BSPP)

**10h00 - ACCUEIL HOSPITALIER DES BLESSÉS : EXPÉRIENCE
DE L'HIA PERCY**
MC G. de SAINT-AURICE (HIA Percy)

10h30 - PAUSE

11h00 - RÉANIMATION : ORGANISATION ET CONTRAINTES
Dr M. RAUX (Hôpital Pitié Salpêtrière)

11h30 - PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE
MC S. BONNET (HIA Percy)

**12h00 - GESTION DE CRISE : LE RÔLE DE LA DIRECTION
D'HÔPITAL**
Mme A. PETIT (Hôpital Pitié Salpêtrière)

**MARSEILLE :
SITUATION ET MENACES**

**14h30 - TRAUMATISMES PÉNÉTRANTS À MARSEILLE :
ÉTAT DES LIEUX**
MP Y. GOUDARD, MP PY. CORDIER (HIA Laveran)

15h00 - ÉVALUATION DES RISQUES PAR LES AUTORITÉS
Préfecture de Police des Bouches-du-Rhône

**15h30 - ORGANISATION DE LA RÉPONSE PRÉ-
HOSPITALIÈRE À MARSEILLE**
Pr F. KERBAUL (SAMU 13)

**16h00 - GRANDS PRINCIPES DE L'ORGANISATION
DE L'ACCUEIL HOSPITALIER**
MC O. GACIA (HIA Laveran)

**16h30 - TRAUMATISMES PÉNÉTRANTS EN SITUATION
D'EXCEPTION : principes de la prise en charge chirurgicale
du Service de Santé des Armées**
MC Ph. SOCKEEL (HIA Laveran)

17h00 - CONCLUSION
MGI F. PONS, directeur de l'École du Val de Grâce

**ENTRÉE LIBRE SUR INSCRIPTION
PAR MAIL AVANT LE 15 MARS :**
Journee.laveran@gmail.com

HIA LAVERAN
34 boulevard Laveran 13384 MARSEILLE
Metro ligne 1 station Malpassé
puis bus ligne 38

ORGANISATEURS :
- MC Olivier GACIA
- MP Yvain GOUDARD
- MP Pierre-Yves CORDIER

Formation de formateurs pour l'ensemble de la France

- Demande de la DGS et DGOS au SSA et CNUH
- Première formation : Paris, EVDG, 20 -21 avril 2016
 - *Prise en charge des blessés lors d'attentats utilisant des armes de guerre*
- Tous personnels préhospitaliers et hospitaliers
- Comité pédagogique mixte militaire et civil
 - Pr Carli, MGI Pons
 - 6 membres
- Lille, Lyon ...





GEDISS@



Gestion d'Enseignements à Distance et d'Informations du Service de Santé des Armées

<http://www.dev.gedissa.org>

Bienvenue sur la plateforme numérique de l'Ecole du Val-de-Grâce (Service de Santé des Armées).

Cette plateforme donne l'accès à un catalogue de formation (Milieux, Missions extérieures, Métiers, Spécialité, etc.) destiné au personnel militaire, mais aussi pour certaines formations, au personnel civil.

Les récents événements qui ont touché notre pays ont donné lieu à une mobilisation générale à laquelle le Service de Santé des Armées, par le biais de l'Ecole du Val-de-Grâce, répond avec l'ouverture de quatre espaces de formation :

- **Les gestes qui sauvent***
- **Le Sauvetage Opérationnel de niveau 1 – Secourir et Combattre***
- **Mise en Condition et Survie du Blessé Victime d'Attentat***
- **Les principes de chirurgie de guerre***

** Espaces de formations en cours de construction*

Un autre espace est ouvert pour une formation nationale de formateurs organisée conjointement, à la demande de la DGS et de la DGOS, par le Service de Santé des Armées et le Conseil National des Urgences Hospitalières :

- **Prise en charge des blessés lors d'attentats utilisant des armes de guerre***

** Espaces de formations en cours de construction*

GEDISS@
Gestion d'Enseignements à Distance et d'Informations du Service de Santé des Armées

Page d'accueil | Accueil | A propos | Agenda | Glossaire | Espace | Formations | Espace | Télécharger

PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS LORS D'ATTENTATS UTILISANT DES ARMES DE GUERRE

Logos: République Française, CNUH (Conseil National des Urgences Hospitalières), Service de Santé des Armées, Ministère de la Santé et de la Prévention

Documents

Parcours

Agressions collectives par armes de guerre

Conduites à tenir pour les professionnels de santé

Le vendredi 13 novembre 2015, Paris connut l'attaque terroriste multiscalaire la plus grande de son histoire. Ces attaques ont mis en évidence la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé à la prise en charge d'un afflux massif de blessés par armes de guerre.

L'ouvrage *Agressions collectives par armes de guerre* s'inscrit dans la continuité de la formation nationale initiée par la Direction générale de la santé et la Direction générale de l'offre de soins avec l'appui de la Direction centrale du service de santé des armées. Il propose aux professionnels de santé d'acquies les techniques médicales et chirurgicales spécifiques de prise en charge en urgence des blessés d'un attentat, en préhospitalier, au bloc opératoire et en réanimation, mais aussi sur le plan médico-psychologique. Pour ces professionnels de santé, il s'agit de parfaire leur connaissance des notions essentielles, telles que la stratégie du *damage control*, pour maximiser les chances de survie des blessés.

Publié sous l'égide de trois ministères (la Santé, les Armées et l'Intérieur) et corédigé par des médecins civils et militaires, ce *vade mecum* constitue une première en France, témoignant de la synergie interministérielle dans le domaine de la prise en charge des blessés par armes de guerre lors d'attentats et contribuant ainsi à la résilience de la Nation.

CNUH



Agressions collectives par armes de guerre - Conduites à tenir pour les professionnels de santé - 2018

2018

Agressions collectives par armes de guerre

Conduites à tenir
pour les professionnels
de santé



Ministère de la Santé et des Solidarités

Ministère des Armées

Ministère de l'Intérieur

Ministère de la Santé et des Solidarités

Ministère des Armées

Ministère de l'Intérieur

<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/la-prise-en-charge-des-urgences-collectives>

Prise en charge médico-psychologique des victimes

Laurent Melchior MARTINEZ,
Marie-Dominique COLAS,
Didier CREMNITER, Jean-Marc PHILIPPE

Points essentiels

- De présentations diverses, avec un vécu particulier à chacun, la rencontre traumatique, définie comme l'instant fugace et violent d'un péril vital ressenti ou observé chez un tiers, est une rupture dans l'existence d'un sujet et demande une prise en charge « sur mesure ».
- Le soutien médico-psychologique des blessés psychiques ou des impliqués s'articule en respectant trois temps : des **soins immédiats** ayant pour objectif de soulager la souffrance psychique éprouvée, des **soins post-immédiats** consistant en un débriefing médico-psychologique débouchant sur un protocole de prise en charge individuel, enfin, **une prise en charge à distance** débutant par un bilan des répercussions et visant à diminuer la virulence du syndrome de répétition traumatique.
- Les procédures de réparation, l'accompagnement des conséquences socio-professionnelles et le soutien à l'entourage occupent une place importante dans le parcours de soins des blessés psychiques.
- L'accent doit être mis sur la sensibilisation de la population exposée à un événement potentiellement traumatique, la formation des professionnels de santé et la systématisation des modalités de repérage chez les blessés psychiques potentiels. Il s'agit également des modalités de prise en charge globale n'excluant pas certaines techniques au profit d'autres.

Avenir ?

- **Formation des personnels de santé**

- **initiale :**

- » **étudiants en médecine**

- » **internes (DES, Formation Spécialisée Transversale ...)**

- **continue :**

- » **actions de DPC**

- » **exercices, plans**



Avenir ?

18

Place du médecin généraliste et des autres professionnels de santé

Antoine SZMANIA, Alain PUIDUPIN, Luc AIGLE,
Jacques-Olivier DAUBERTON, Pierre CARLI

Points essentiels

- En s'inscrivant dans une démarche volontaire, les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins généralistes, peuvent renforcer les intervenants de l'urgence lors d'attentats.
- De manière fortuite, un professionnel de santé peut être témoin d'un attentat et, si la situation sécuritaire le permet et qu'il y est préparé, il peut faire gagner des délais de traitement et d'évacuation considérables en prenant en main la prise en charge initiale des victimes avant que les secours ne soient engagés.
- Dans le système de santé, le médecin généraliste est le pivot du parcours de soins du patient, et est donc au plus près pour la détection et le suivi de pathologies liées à un attentat.
- L'engagement de professionnels de santé n'appartenant pas aux services médico-chirurgicaux immédiatement impliqués ne peut s'envisager qu'au travers de réseaux professionnels ou associatifs de secours qui dispensent une formation spécialisée, font l'interface avec les acteurs de l'urgence et organisent des exercices conjoints validant les procédures de renfort.
- La mobilisation du plus grand nombre de professionnels de santé est un atout majeur pour la résilience nationale face à une agression terroriste, mais au-delà des compétences développées par chacun, il est indispensable qu'elle soit préparée et entraînée au sein de réseaux identifiés.

Agressions collectives par armes de guerre : quelle formation pour le public ?

Pr Pierre CARLI, Dr Alain PUIDUPIN

Avenir ?

RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

AVANT L'ARRIVÉE DES FORCES DE L'ORDRE, CES COMPORTEMENTS PEUVENT VOUS SAUVER

1/ S'ÉCHAPPER

1. Évitez les zones à fort trafic.

2. Utilisez les issues de secours.

3. Évitez les ascenseurs.

4. Évitez les zones à fort trafic.

5. Évitez les zones à fort trafic.

2/ SE CACHER

1. Évitez les zones à fort trafic.

2. Utilisez les issues de secours.

3. Évitez les ascenseurs.

4. Évitez les zones à fort trafic.

5. Évitez les zones à fort trafic.

3/ ALERTE

ET OBEÏSSANCE AUX FORCES DE L'ORDRE

112

112 : le numéro d'urgence européen

17

17 : le numéro d'urgence français

ALERTE

Alertez les forces de l'ordre

VIGILANCE

- Restez calme et contrôlé. Évitez de courir, de pousser, de crier.
- Ne touchez rien, ne touchez personne.
- Ne touchez rien, ne touchez personne.
- Ne touchez rien, ne touchez personne.

Pour en savoir plus : www.encasdattaque.gouv.fr

RÉAGIR EN CAS D'ATTAQUE TERRORISTE

AVANT L'ARRIVÉE DES SECOURS, CES COMPORTEMENTS PEUVENT SAUVER DES VIES.

LES GESTES D'URGENCE

IL QUELQU'UN A PÊTE BLÈME AUTOUR DE VOUS

1. Mettez la personne à terre, à l'écart des autres.

2. Couvrez-la avec votre corps ou un objet épais.

3. Mettez la personne à terre, à l'écart des autres.

4. Couvrez-la avec votre corps ou un objet épais.

5. Mettez la personne à terre, à l'écart des autres.

6. Couvrez-la avec votre corps ou un objet épais.

7. Mettez la personne à terre, à l'écart des autres.

8. Couvrez-la avec votre corps ou un objet épais.

15 SAMU 18 pompiers 112 N° EUROPEEN

PRÉVENTION

112 : le numéro d'urgence européen

Pour en savoir plus : www.encasdattaque.gouv.fr

Prise en charge des blessés par armes de guerre après attentats

- **Collaboration de tous**
- **Se préparer à être surpris**
- **Résilience de la France**