



Ministère des affaires sociales et de la santé

Ministère de l'intérieur

Paris, le **02 JUIN 2017**

NOTE D'INFORMATION

Réponse opérationnelle des services d'aide médicale urgente et des services départementaux d'incendie et de secours pour la prise en charge des victimes d'attentats

NOR :

La ministre d'État, ministre des solidarités et de la santé,
Le ministre d'État, ministre de l'intérieur,

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des Services d'Aide Médicale Urgente
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'établissements de santé siège de SAMU
Mesdames et Messieurs les Directeurs des Services d'Incendie et de Secours

La présente note a pour objectif de préciser ou de clarifier certains points de l'instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites notamment issus du retour d'expérience de l'attentat de Nice.

Elle s'inscrit dans une démarche de collaboration interministérielle initiée entre la Direction Générale de la Santé et la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises afin d'optimiser la prise en charge des victimes d'attentats.

Les Services d'Aide Médicale Urgente et des Services Départementaux d'Incendie et de Secours doivent s'inscrire dans une démarche de complémentarité et de synergie inter service au bénéfice de ces victimes. Cette note à destination des Directeurs Départementaux des Services d'Incendie et de Secours et des Directeurs Médicaux des Services d'Aide Médicale Urgente, s'inscrit dans cette démarche afin de renforcer le travail inter service.

La gestion pré-hospitalière d'un attentat est basée sur la mise en œuvre du plan OR-SEC NOVI qui a pour enjeu, sous la direction du directeur des opérations de secours (DOS), le secours d'urgence aux personnes par les services d'incendie et de secours et leur prise en charge médicale pré-hospitalière par les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) mobilisés par le service d'aide médicale urgente (SAMU) territorialement compétent. Le service de santé et de secours médical (SSSM) des sapeurs-pompiers, dans le cadre de ses missions, contribue à l'aide médicale urgente.

Le SAMU territorialement compétent constitue le pivot de l'organisation de la réponse du système de santé face à une situation exceptionnelle. Par la mise en œuvre de la régulation médicale, il assure le parcours de soins des blessés en fonction de la nature de leurs blessures dans les établissements de santé mobilisés par le plan blanc dans le cadre du dispositif ORSAN AMAVI. Ce principe mentionné dans le circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente, ne doit pas être remis en cause par la nature de l'événement notamment lors d'un attentat.

En effet, l'instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites précise que face à des situations d'attentats, notamment multi-sites, les principes d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente doivent être adaptés aux spécificités de la prise en charge des blessés par des armes de guerre ou engins explosifs. Cette adaptation ne constitue pas une remise en question des principes qui fondent les secours et l'aide médicale urgente sous peine de déstabiliser le système de santé avec des conséquences graves en termes de perte de chance pour les victimes. L'enjeu consiste à optimiser la prise en charge des victimes dans le respect de ces principes tout en assurant la sécurité des acteurs engagés sur le terrain. À ce titre, la gestion des victimes d'attentat notamment des blessés par armes de guerre impose la mise en œuvre d'une stratégie globale de prise en charge issue notamment de la médecine de guerre. Elle repose d'une part sur une prise en charge pré-hospitalière des blessés en inter services (SIS/SAMU) structurée et coordonnée dans le cadre du dispositif ORSEC et d'autre part sur la régulation médicale de ces blessés adaptée aux circonstances et à la nature de l'événement afin d'initier les parcours de soins dans le cadre du dispositif ORSAN.

Cette stratégie globale mise en œuvre par le commandant des opérations de secours (COS), sur proposition du directeur des secours médicaux (DSM) en lien avec le SAMU, doit être appliquée sur toute la chaîne de prise en charge des blessés (adultes et enfants). L'initialisation du parcours de soins des blessés est une décision médicale qui doit être prise en compte dès le terrain. Elle consiste à la mise en œuvre des actions suivantes :

- Choisir une stratégie médicale adaptée aux types de victimes et aux circonstances ;
- Rassembler et mettre en sécurité les blessés (PRV/PMA) ;
- Trier les blessés et prioriser leur prise en charge ;
- Mettre en œuvre les traitements adaptés, en particulier les techniques de « damage control pré-hospitalier » pour les blessés le nécessitant ;
- Évacuer les blessés après régulation médicale par le SAMU pour mise en œuvre, le cas échéant d'un « damage control chirurgical » vers un établissement de santé disposant des capacités de prise en charge adaptées, en particulier chirurgicales ;
- Assurer la prise en charge médico-psychologique des blessés et des impliqués.

La régulation médicale mise en œuvre par le SAMU doit donc être adaptée aux circonstances et à la nature de l'événement en passant le cas échéant, d'une logique de régulation individuelle à une régulation collective des blessés sur le site de l'événement afin d'optimiser les délais de prise en charge des blessés les plus graves. L'objectif est de permettre la prise en charge chirurgicale rapide de ces blessés dans un cadre raisonné vers des établissements de santé adaptés et mobilisés. Il est indispensable de rappeler à l'ensemble des acteurs que chaque établissement de santé possède des capacités de prise en charge spécifiques (plateaux techniques, occupation des lits en temps réel, etc.) qui induisent *de facto* une régulation médicale des victimes vers l'établissement adéquat. Aussi, afin de ne pas entraîner des pertes de chances pour les victimes, les prises en charge de victimes de type « *scoop and run* » non régulées sont proscrites. En effet, elles exposent notamment à des erreurs d'orientation pro-

voquant une désorganisation de la prise en charge hospitalière compromettant la qualité et la sécurité des soins. A titre exceptionnel et en dernier recours, si des équipes de secours sont dans l'obligation opérationnelle de transporter des victimes non médicalisées et sans régulation médicale préalable par le SAMU, il est indispensable que lors du transport l'équipe prenne contact avec la régulation médicale du SAMU pour orienter la victime vers l'établissement de santé adéquat.

La mise en œuvre de ces dispositions nécessite une attention particulière sur les moyens de communication entre le CRRA du SAMU et le CODIS du SDIS mais aussi entre les équipes déployées sur le terrain afin d'être en mesure lors d'une situation exceptionnelle de joindre sans délai ces centres opérationnels et notamment la régulation médicale du SAMU. Il convient à ce titre de prendre toute mesure visant à optimiser ces moyens de communication inter services.

Dans le cadre d'un attentat, la sécurisation des lieux et du dispositif de secours constitue un objectif majeur dans la conduite de crise liée aux attentats. Concernant les acteurs du secours (SIS) et des soins d'urgence (SAMU), un point important porte notamment sur la question de la mise en place d'un point de rassemblement des victimes (PRV) et d'un poste médical avancé (PMA). En effet, ces outils facilitent l'indispensable orientation des victimes vers les établissements de santé adaptés et identifiés dans le cadre du dispositif ORSAN AMAVI. Dans la conduite d'une telle crise, il est donc impératif que la sécurisation précoce du PRV et du PMA soit prise en compte par le COS en lien avec le COPG sous l'autorité du DOS dès lors que la montée en puissance des forces le permet.

La composante NRBC-E doit être prise en compte selon les modalités définies dans l'annexe 3 de l'instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites. Les capacités en approvisionnement pré-hospitalier d'urgence des services concernés en oxygène et en produits de santé spécifiques (antidotes) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Concernant la prise en charge hospitalière des blessés, les dispositions relatives à l'adaptation du volet ORSAN AMAVI pour assurer leur prise en charge et notamment le « *damage control chirurgical* » mentionnées dans l'instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites restent d'actualité. Tous les établissements de santé publics ou privés en particulier ceux disposant d'une autorisation d'accueil des urgences et/ou d'un plateau technique chirurgical doivent participer au dispositif d'accueil des blessés et disposer d'un volet spécifique « accueil massif de blessés » dans leur plan blanc prenant notamment en compte :

- La gestion du rappel et de la présentation spontanée des personnels de l'établissement. A ce titre, l'établissement de santé doit mettre en place une cellule « ressources humaines » dédiée dans le cadre du plan blanc. Il doit aussi mettre en place un point de regroupement des retours de personnels qui doivent disposer d'une carte professionnelle ;
- La logistique médico-chirurgicale nécessaire à la prise en charge des blessés en particulier pour la mise en œuvre du « *damage control chirurgical* » ;
- La gestion administrative de l'admission d'un afflux de patients (SINUS/SIVIC/SI hospitalier des patients).

Par ailleurs, il est indispensable que chaque établissement de santé veille à maintenir le niveau de compétence adéquat dans le cadre des formations au damage control hospitalier, et s'assure de sa capacité (en personnels et en matériels) à proposer une prise en charge initiale d'enfants victimes même en l'absence de structure pédiatrique existante. Ces dispositions, tout particulièrement celles concernant les victimes pédiatriques, s'intègrent dans une organisation régionale et au besoin zonale du parcours de soins spécifique de ces blessés.

Les dispositions spécifiques au déploiement du dispositif d'urgence médico-psychologique sont décrites dans instruction du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de l'urgence médico-psychologique.

Vous voudrez bien faire part, chacun pour ce qui vous concerne au ministère dont vous relevez, des difficultés que vous rencontreriez dans l'application de la présente note d'information.

Pour le ministre de l'intérieur,
Le préfet,
Directeur Général de la Sécurité Civile et de la
Gestion des Crises



Jacques WITKOWSKI

Pour la ministre des solidarités et de la santé,

Le Directeur Général de la Santé



Pr Benoit VALLET