

# Le médecin, premier témoin d'une situation multi-victimes

Justin Outrey<sup>1,2</sup>, Jonathan Meltzer<sup>1,3</sup>, Margaux Chabannon<sup>1,4</sup>, Matthieu Langlois<sup>1,5</sup>

Disponible sur internet le :

1. Société française de médecine de catastrophe (SFMC), 1, place Alphonse-Laveran, 75005 Paris, France
2. CHU Jean-Minjoz, service SAU-SAMU-SMUR, 3, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France
3. CHU de Lyon-Sud, département d'anesthésie-réanimation, 145, chemin du Grand-Revoyet, 69230 Saint-Genis-Laval, France
4. CHU de Nîmes, service SAU-SAMU-SMUR, 4, rue du Pr-Robert-Debré, 30900 Nîmes, France
5. Hôpital de Bourg-Saint-Maurice, service d'anesthésie-réanimation, 139, rue du Nantet, 73700 Bourg-Saint-Maurice, France

## Correspondance :

Justin Outrey, CHU Jean-Minjoz, service SAU-SAMU-SMUR, 3, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France.  
joutrey@chu-besancon.fr

## ■ Points essentiels

Un médecin premier témoin sur les lieux d'une situation avec de multiples victimes doit faire une analyse de la situation et la transmettre rapidement aux services de secours.

Les actions du médecin témoin seront déterminantes pour l'organisation des secours.

Le médecin témoin endosse en priorité un rôle d'organisateur du site avant d'effectuer les premiers soins de secours.

Dans le cas de menaces non neutralisées, les actions de sécurité priment sur le secours.

## ■ Key points

### The doctor, first witness to a multi-victim situation

*A doctor who is first witness on the scene of a situation with multiple victims must analyze the situation and quickly transmit it to the emergency services.*

*The actions of the witness doctor are decisive for the organization of the emergency services.*

*The witness doctor first assumes the role of organizer of the site before providing first aid.*

*In the case of non-neutralized threats, security actions take precedence over rescue.*

## Introduction

À l'instar de tout citoyen, tout médecin peut être confronté, comme premier témoin sur les lieux, à une situation sanitaire particulière, au regard de son caractère inhabituel (qui dépasse le cadre de la gestion courante), de son ampleur (multiples victimes), de sa gravité (en termes notamment d'impact sur la santé des populations ou du fonctionnement du système de santé), de son caractère médiatique (avéré ou potentiel) ou émotionnel (pédiatrie, etc.). Ces situations peuvent toutes évoluer jusqu'à la crise avec une mise en tension plus ou moins brutale du système de soins, par une augmentation des besoins et/ou une diminution des moyens sanitaires [1].

Lorsque est évoqué le premier médecin sur les lieux, il est entendu qu'il s'agit d'un médecin intégré dans le dispositif de secours organisé, formé à ce type d'intervention (équipe SMUR, médecin pompier, médecin correspondant SAMU, etc.). Il bénéficie donc la plupart du temps du soutien d'une équipe de professionnels entraînés (ambulancier, infirmier, etc.), de matériel médical spécifique et dédié ainsi que de procédures pré-établies pour une ou plusieurs victimes.

Mais qu'en est-il du médecin témoin qui intervient en dehors de ses fonctions, sans matériel, sans temps de conditionnement émotionnel, parfois lui-même impliqué, voir blessé par l'évènement ? C'est bien de ce médecin témoin qu'il sera question dans cet article.

Nous tâcherons d'apporter dans ce dernier, un éclairage sur le rôle de tout médecin se trouvant témoin ou impliqué de façon fortuite dans un évènement sanitaire à victimes multiples. Nous différencierons deux types de situations : d'une part, celles qui présentent un risque sécuritaire persistant, en raison d'une

menace non neutralisée (attentats de Paris et de Nice, risque chimique, etc.) et qui impliquent des mesures de protection spécifique de la part des forces de l'ordre et/ou d'unités d'intervention spécialisées bénéficiant d'équipements de protection et, d'autre part, des situations sécurisées ou avec un risque fixé qui permettent d'aborder le site sans mesures de protection particulières. Ne seront pas abordées ici les situations exceptionnelles exclusivement intra-hospitalières dont la réponse découle uniquement du dispositif ORSAN (Organisation de la réponse du système de santé) sans déclenchement de mesure préhospitalières de type ORSEC (Organisation de la réponse de la sécurité civile), notamment ORSEC NOVI (Organisation de la réponse de la sécurité civile en présence de nombreuses victimes) [2,3].

Nous verrons que ces situations stressantes obligent le médecin témoin à réfléchir et décider rapidement, sous contrainte, dans un contexte d'incertitude chargé d'émotions.

Enfin, nous effectuerons un *focus* sur l'intérêt des entraînements en simulation et leurs retours d'expérience.

## Rôle du médecin premier témoin

Le rôle du médecin premier témoin et/ou impliqué dans un évènement collectif se réfère à des principes simples. La priorité concerne la protection et sécurisation en fonction d'un risque, si possible identifié. Le professionnel de santé doit ensuite alerter rapidement les services de secours à l'aide d'un bilan d'ambiance fondé sur l'analyse globale de la situation. Une fois l'alerte donnée, reste une mission d'organisation du site avec pour objectif de faciliter l'arrivée des secours et l'initialisation d'une chaîne médicale de secours. Ensuite, le médecin retrouve son rôle de soignant et effectue ou supervise (en parallèle des autres actions) la mise en place de gestes de sauvetage sur les victimes de l'évènement.

Il existe plusieurs aides cognitives adaptées à ce type de situation. Une des plus utilisée actuellement, empruntée à la pratique militaire est un acronyme, le *SAFE MARCH-RYAN*. La première phase « *SAFE* » est la plus importante pour le médecin (*tableau 1*).

## Priorité à la mise en sécurité

L'acronyme *SAFE* est une aide cognitive empruntée aux militaires. Dans la pratique civile, la priorité n'est pas l'extinction de la menace mais la mise en sécurité de tous, en commençant par le témoin. En effet, il ne peut pas être demandé aux témoins de maîtriser un incendie ni de mettre hors d'état de nuire d'évènements assaillants.

## Se mettre en sécurité

Pour un médecin témoin d'une situation de type multi-victimes, la mise en sécurité prime sur le secours et le soin. Une fois en sécurité, le témoin pourra alors évaluer la situation, donner l'alerte et débiter les gestes de tri et de secourisme.

## Glossaire

ABC	Airways (voies aériennes supérieures), <i>Bleeding</i> (recherche d'un saignement actif), <i>Cognition</i> (état de conscience)
CIC	Centre d'information et de commandement de la police
CODIS	Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
COPG	Commandant des opérations de police ou gendarmerie
CORG	Centre d'opérations et de renseignement de la gendarmerie
COS	Commandant des opérations de secours
CUMP	cellule d'urgence médico-psychologique
DSM	Directeur des secours médicaux
NRBC	nucléaire, radioactif, biologique et chimique
ORSEC	Organisation de la réponse de la sécurité civile
ORSEC NOVI	Organisation de la réponse de la sécurité civile en présence de nombreuses victimes
PRV	point de regroupement des victimes
RetEx	retours d'expérience
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SSA	service de santé des Armées
START-ABC	<i>Simple Triage And Rapid Treatment</i> (triage simple et traitement rapide en français)

TABLEAU I  
Signification de l'acronyme **SAFE**

<i>Stop the burning process</i>	Éteindre la menace, évacuer la zone de danger
<i>Assess the scene</i>	Évaluer la situation
<i>Free of danger for you</i>	Se mettre en sécurité, à l'abri
<i>Evaluate the casualties</i>	Réaliser un premier tri et les premiers gestes de secourisme

Un médecin témoin blessé devient alors une charge supplémentaire (médicale et émotionnelle) pour les secours qui vont arriver et une perte de chance pour les victimes qu'il aurait pu aider [4].

Lors de la phase initiale d'un événement catastrophique, la situation est souvent confuse et la menace parfois non clairement identifiée ou fixée (agresseurs mobiles, risque de suraccident, d'explosion lors d'un incendie, etc.). Ainsi, le médecin témoin peut se retrouver alors en zone non sécurisée (menace à proximité, mouvement de foule, risque de violence délibérée ou surattentat, etc.). Il est alors primordial pour ce dernier de ne pas s'exposer inutilement et de se mettre en sécurité. S'éloigner de la scène, fuir, trouver un abri, éviter tout suraccident par des gestes simples ou par la transmission de consignes aux témoins et/ou victimes font alors partie intégrante du rôle d'un professionnel de santé formé, sur les lieux de l'accident.

### Mesures de protection lors d'un accident conventionnel

Le terme d'accident conventionnel est ici à opposer aux événements à risques particuliers, de type nucléaire, radiologique, biologique, chimique, explosifs ou actes terroristes (fusillades). Cela ne signifie nullement que les lieux sont sécuritaires ou sécurisés et que l'intervenant ne s'expose à aucun risque. En effet, la situation n'est pas obligatoirement figée, et un risque de suraccident est toujours à envisager.

Ainsi, lors d'un accident routier (carambolage), certaines règles, incluses au code de la route sont à connaître afin, d'une part, de sécuriser les abords de l'évènement pour éviter tout suraccident et, d'autre part, de mettre en sécurité les victimes valides ainsi que les éventuels curieux.

Lors d'un événement de type incendie, le risque principal réside dans l'exposition aux fumées. Ainsi, les témoins, médecins compris, ne doivent en aucun cas pénétrer dans un bâtiment en feu, a fortiori en passant par des cages d'escaliers, ascenseurs ou autre lieu confiné. L'extraction des victimes d'un bâtiment en feu est la prérogative des sapeurs-pompiers, équipés d'équipements de protection spécifiques et entraînés. Ceci est d'autant plus évident lorsque l'on sait que les victimes les plus graves seront le plus souvent situées dans les étages les plus élevés.

Un cas particulier est celui de l'émanation de fumées depuis un bâtiment industriel ou apparenté. Des réflexes simples et pourtant primordiaux sont de mise : identifier le sens du vent, protéger ses voies aériennes supérieures à l'aide d'un mouchoir par exemple, ne pas s'approcher avant l'arrivée des secours spécialisés mais au contraire exhorter les victimes valides et les témoins de s'éloigner du sinistre vers un point de rassemblement temporaire.

Le médecin témoin, du fait de sa formation médicale, est conscient de ce risque d'exposition potentiellement mortel et se doit, dans l'attente des secours spécialisés, d'assurer le regroupement et la mise en sécurité des témoins et des éventuelles victimes sorties d'elles-mêmes de l'incendie.

Dans tous les cas, si le médecin témoin possède un véhicule, des règles de stationnement prévalent à l'abord des lieux de l'accident. Citons ainsi le stationnement à distance des axes d'accès au sinistre, afin de ne pas gêner l'intervention des secours ou une orientation du véhicule permettant un départ rapide en cas de nécessité de fuite.

Le matériel de balisage obligatoire (triangle de signalisation et gilet haute visibilité) sera le bienvenu afin de sécuriser les lieux, et de permettre une identification rapide des personnes ressources.

### Mesures de protection en situation hostile

En cas d'accident d'origine intentionnelle, avec tentative d'atteinte délibérée à la sécurité d'autrui, la sécurisation est complexe, du fait de la mobilité des agresseurs notamment. Le médecin témoin doit dans ce cas identifier rapidement un abri sécurisé dans lequel se confiner, aider éventuellement une autre personne à se protéger et faire en sorte de ne pas éveiller l'attention des agresseurs. S'il s'agit d'une rue, il faut s'éloigner en multipliant les angles à 90° (au moins deux angles droits) pour éviter une lésion balistique par exemple.

Cela demande un comportement adapté, du pragmatisme et une grande maîtrise de ses émotions. L'exemple de la médecine tactique peut aider à comprendre les principes d'engagement d'un médecin en situation de menace non contrôlée [5,6].

Une fois sur place, les forces de l'ordre et les unités d'intervention spécialisées, vont établir une zone d'exclusion et œuvrer pour neutraliser la menace. Le médecin témoin, comme tous les autres témoins, les victimes et tout autre secours arrivant secondairement sur place (secouristes, sapeurs-pompiers, SMUR, etc.) doivent attendre les directives du commandant des opérations de police/gendarmerie.

### La gestion du stress

La mise en sécurité concerne non seulement l'intégrité physique, mais aussi la sécurité psychologique.

Lors de la phase initiale de l'accident, l'impact psychologique est immédiat, notamment pour les personnes présentes sur le site du sinistre. On parle de phase chaotique ou de « brouillard de guerre » [7]. L'attitude du médecin témoin est déterminante car

elle est observée et suivie par la population. Il doit immédiatement se présenter comme catalyseur de sérénité et de confiance. Il peut apporter des solutions face à une phase de chaos et de confusion [8]. Ce médecin témoin apporte immédiatement une aide pour sortir de la phase de sidération initiale qu'il peut subir lui-même. Il doit en avoir parfaitement conscience. Anticiper cet état psychologique, c'est en accepter sa composante émotionnelle, le sentiment de peur, afin d'être en mesure de s'y adapter avec efficacité [9]. Le médecin s'exerce à optimiser son potentiel d'intelligence adaptative, en tirant profit des expériences passées de décisions prises en état de stress extrême, et en se préparant à affronter de nouvelles expériences [10,11].

Chaque acteur du secours a conscience de la difficulté à intervenir auprès des blessés extrahospitaliers, surtout en situation d'incertitude et de danger comme lors d'attaques terroristes ou d'évènements en ambiance toxique (nucléaire, radioactif, biologique et chimique [NRBC]). Les situations multi-victimes (naturelles, technologiques, malveillantes), de surcroît en dehors de son champ de travail habituel, sont particulièrement anxiogènes. À l'incertitude (identification pas toujours évidente de la situation et de la menace), vient s'ajouter la nécessité de travailler en situation dégradée (manque de moyens), dans des conditions inhabituelles (manque de confort). Cet inconfort est d'autant plus important pour un médecin témoin non aguerri aux exercices préhospitaliers de simulation (par exemple un médecin biologiste). Dans ce contexte déstabilisant car non maîtrisé, savoir optimiser son potentiel consiste en premier lieu à ne pas se laisser déborder par ses émotions, afin de réduire au maximum la phase initiale de sidération. Les émotions sont reconnues, pour soi-même et pour les autres, et leur expression acceptée [12]. Ce nécessaire travail d'anticipation trouve sa concrétisation dans la pratique régulière de techniques d'optimisation du potentiel comme la ventilation relaxante (cohérence cardiaque, respiration carrée, etc.) mais aussi par une nécessaire participation à des exercices de simulation, afin d'optimiser les compétences non techniques comme la confiance en soi et la communication affirmée [12,13].

Ainsi, le médecin témoin doit canaliser ses émotions et gérer son stress au mieux pour rétablir un climat de sérénité sur les lieux, organiser le site, préparer au mieux l'arrivée des secours et administrer les gestes de sauvetage aux victimes, en donnant des directives claires et précises pour qu'ils se mettent à l'abri et exploiter malgré tout le potentiel des autres témoins et des victimes.

Prendre conscience et anticiper cet état de stress pour éviter d'être dépassé, permet de comprendre que cet état de sidération concerne également d'autres personnels présents sur place (professionnels du secours ou de santé, témoins, victimes, etc.). Ces personnes, y compris le médecin témoin si besoin, doivent être identifiées et orientées vers la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), activée par le SAMU, afin d'éviter une

chronicisation de cet état psychologique réactionnel (syndrome de stress aigu, puis syndrome de stress post-traumatique).

### Alerter les secours (analyse de la situation et bilan d'ambiance)

Le médecin témoin d'une situation impliquant de multiples victimes fait gagner un temps précieux en apportant au SAMU des informations fiables sur la situation sur place. Il visualise la situation pour le SAMU avant l'arrivée des premiers secours. Le bilan est forcément incomplet et évolutif, mais il permet un premier dimensionnement de la réponse du système de soins, sans attendre l'arrivée des premières équipes préhospitalières. En cas d'évènement de type NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique), la suspicion du toxique se fait en fonction des circonstances de l'accident (émanation de vapeurs, explosion, épandage de produits chimiques, etc.) ainsi que sur l'identification de toxidromes, tableaux cliniques partagés par les victimes exposées. Ces signes cliniques doivent être décrits (sans pour autant que le médecin témoin s'approche et risque d'être contaminé lui-même) afin de permettre à la régulation du SAMU d'identifier approximativement la famille de toxiques en cause. Cette suspicion oblige le médecin à rester à distance et protéger ses voies d'entrée des toxiques : yeux, nez, bouche. Le médecin témoin (éventuellement impliqué) doit donc prévenir les secours au plus vite, après avoir fait une analyse globale mais rapide de la situation. Si besoin, il peut même envoyer des photos ou faire une « visio » avec son téléphone si la situation s'y prête. Pour rappel, les numéros d'urgence en France sont le 15 (SAMU), le 17 (forces de l'ordre), le 18 (sapeurs-pompiers), et le 112 en Europe. Par ailleurs, dans une situation où le silence s'impose (menace terroriste à proximité par exemple), il est possible de prévenir les secours en envoyant un SMS au 114. Le contenu du message est décrit dans le [tableau II](#). Le médecin témoin peut recevoir des consignes ou conseils de la part du SAMU. Il est informé des moyens engagés et reste en lien avec la régulation en tant que de besoin pour parfaire ce premier bilan.

Ce bilan d'ambiance permet au médecin régulateur du SAMU et au service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de déclencher les secours les plus adaptés d'emblée. Il permet également de nourrir le dialogue d'interconnexion entre les différents services de secours intervenants, systématiquement réalisé entre régulation du SAMU, Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours (CODIS, centre de coordination des sapeurs-pompiers), et le Centre d'information et de commandement de la police (CIC) ou Centre d'opérations et de renseignement de la gendarmerie (CORG).

Ce premier contact entre SAMU et médecin témoin (acteur du soin habituellement) sur le site permet ainsi de gagner un temps précieux sur la mise en place et la montée en puissance rapide et adaptée de toute la chaîne de secours et de soins. Ce

TABLEAU II

Exemple de *checklist* du bilan d'ambiance

Identification et localisation	« Je suis le docteur X. Je me trouve... Préciser les éventuels points d'accès Décrire l'environnement proche Géolocalisation via smartphone utile
Configuration de l'évènement SSE (situation sanitaire exceptionnelle)	-
Type d'évènement ?	Balistique, explosion, incendie, accident routier, incident industriel, NRBC...
Présence d'une menace résiduelle ?	Terroriste encore actif, incendie en cours, risque d'explosion...
Risque évolutif	Inconnu, situation stabilisée, évènement en cours...
Cinétique	Rapide, lente, indéterminée
Nombre de victimes estimées (si possible)	Essayer de donner une « fourchette »
Type des victimes et comportement	Adultes, enfants, personnes vulnérables Panique ? Fuite du site ?...
Typologie des lésions dominantes	Lésions balistiques, brûlures... Importance++ pour identification du type d'agent vulnérant en cas d'ambiance NRBC (toxidrome)
Existe-t-il une cartographie des victimes ?	Points de regroupement spontanés de victimes, axes de fuite des victimes
Des secours sont-ils déjà sur place ?	-
Etc.	-

NRBC : nucléaire, radioactif, biologique et chimique.

bilan d'ambiance peut suffire pour déclencher un plan ORSEC NOVI ou des mesures spécifiques NRBC.

### Organisation du site

Le médecin témoin endosse initialement un rôle de leader de la crise. Il a une position de décideur et de commandement. À l'arrivée des secours, le médecin témoin se met en contact avec le premier officier sapeur-pompier qui prendra la fonction de Commandant des opérations de secours (COS) et le premier médecin du SAMU ou du SDIS qui prendra la fonction de Directeur des secours médicaux (DSM). Il leur transmettra un point de situation initial. Ceux-ci prendront le rôle de décideurs et organisateurs par la suite. En cas de menace persistante, le COS cède le commandement au Commandant des opérations de police ou gendarmerie (COPG) qui devient la force menante, le COS étant la force concourante. L'idée de manœuvre est de permettre une action de secours combinée à la neutralisation de la menace. Dans l'attente des renforts médicaux, le médecin témoin du fait de son *leadership* naturel et ses connaissances médicales, doit en priorité organiser le site de l'évènement, avant même de penser à soigner les victimes. Pour minimiser la phase initiale de sidération et de brouillard sur les lieux, il doit y avoir un « chef d'orchestre » de prise en charge des victimes qui est l'interlocuteur privilégié à l'arrivée des secours pour les transmissions

d'informations. La sécurisation du site étant primordiale, il établit un zonage avec une zone d'exclusion, c'est-à-dire, d'accès limité à des fins de sécurité, et une zone dite « de soutien », lieu de la prise en charge des victimes (*figure 1*). Il regroupe les victimes en zone sécurisée si possible, zone où sont effectués un triage et des gestes de secours indispensables à leur survie, appelée point de regroupement des victimes (PRV).

Cette organisation du site est capitale pour faciliter l'arrivée des forces de l'ordre (guidage des voies d'accès en cas de menaces persistantes par exemple), l'arrivée des secours (zone de stationnement des véhicules de secours, etc.), faciliter l'accès aux victimes en ayant établi un PRV, faciliter la priorisation des soins et l'évacuation des victimes en ayant fait un premier triage et défini des voies de circulation. Cette démarche permet de gagner du temps et de la clarté pour les services de secours.

Ainsi, le premier rôle du médecin témoin n'est pas un rôle de soignant, mais un rôle d'organisateur afin de favoriser la mise en place et la montée en puissance de la chaîne de secours avec « le bon patient, au bon endroit, au bon moment » [2,3].

Par la suite, il peut, en fonction de son expérience, de ses compétences et de son caractère de victime ou simple témoin de l'évènement, être intégré au dispositif organisé par le DSM et le COS. Il se met à disposition du DSM.

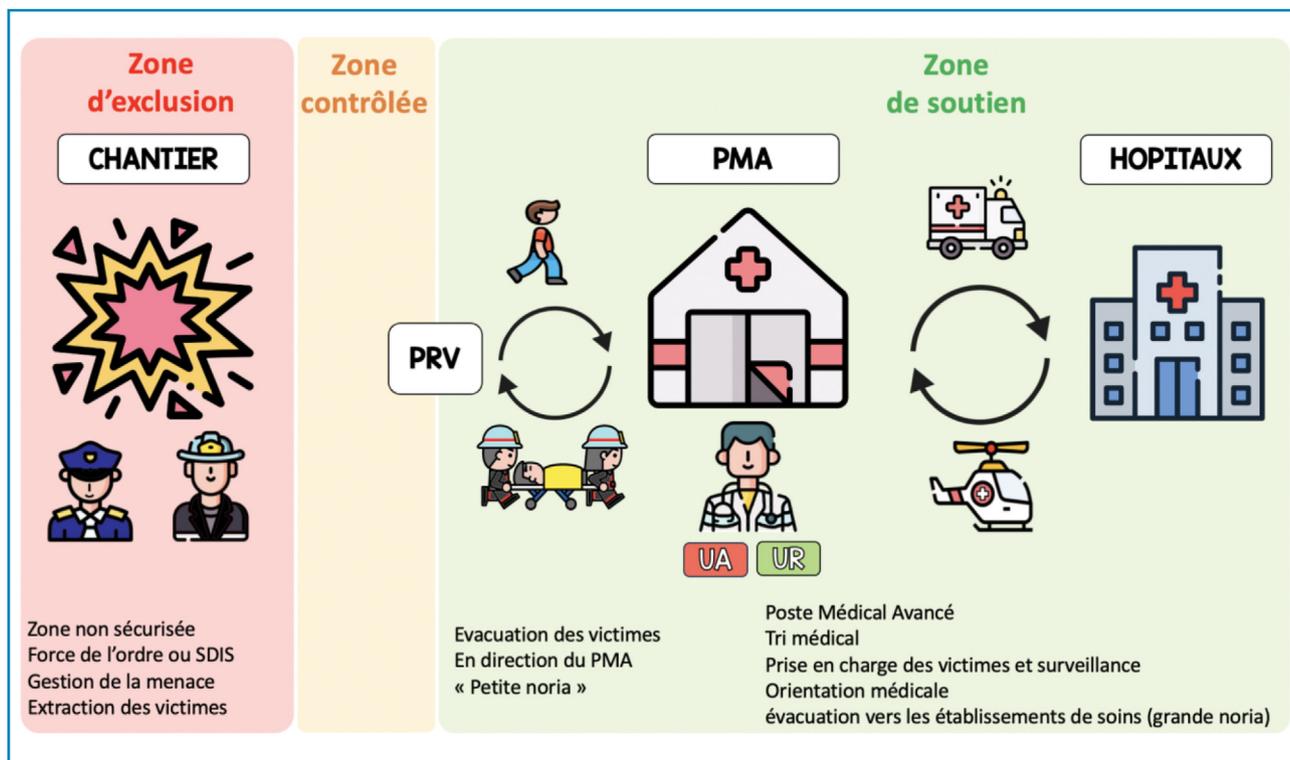


FIGURE 1

**Organisation préhospitalière en cas d'évènement multi-victimes par un médecin témoin en attendant les secours médicaux [3]**

UA : urgences absolues ; UR : urgences relatives ; SDIS : service départemental d'incendie et de secours ; PMA : poste médical avancé ; PRV : point de regroupement des victimes.

**Triage et gestes de sauvetage**

Une fois les aspects sécuritaires résolus, après avoir alerté les secours, s'être fait reconnaître et avoir défini les grands principes d'organisation, le médecin témoin peut pratiquer des gestes d'urgence ou faire pratiquer ceux-ci par les personnes présentes sous son contrôle. Il doit effectuer des gestes peu chronophages comme la pose d'un garrot par exemple, simples comme la mise en situation d'attente assise pour des victimes dyspnéiques, et réalisables sur un maximum de victimes.

Le médecin témoin doit prendre du recul pour avoir une vue d'ensemble sur les victimes et optimiser l'arrivée des secours. Il ne s'agit plus d'une relation individuelle médecin/patient, les actions entreprises doivent uniquement viser un bénéfice collectif.

Le médecin ne se consacre donc pas à la prise en charge du premier blessé grave, malgré les sollicitations, mais effectue le triage des victimes, effectue et/ou délègue les gestes de sauvetage au plus grand nombre possible de victimes dans l'attente des secours venant en renfort sur le site.

L'enseignement des techniques dites de *damage control* a été largement diffusé à la suite des attentats du Bataclan grâce à l'expertise du service de santé des Armées (SSA). Ainsi, les médecins, même en dehors du cadre de leur activité

professionnelle, peuvent apporter les premiers gestes de *damage control* quelles que soient les circonstances.

L'hémorragie externe reste la lésion la plus accessible, soit par compression locale, soit par la pose d'un garrot de type tourniquet (que l'on trouve de plus en plus dans les trousse de secours depuis les attentats du Bataclan) [14] ou tout autre garrot improvisé dans ces situations dégradées. La disparition du pouls périphérique du membre garrotté, associée à l'arrêt du saignement, sont des bons indicateurs de l'efficacité du garrot [6].

En cas de corps étranger planté dans la plaie (couteau, etc.), il est important de ne jamais retirer ni mobiliser ce dernier, au risque d'aggraver les lésions.

En cas de plaie soufflante thoracique, un pansement trois côtés pourra être apposé.

Le médecin témoin pourra également conseiller les positions d'attente : décubitus dorsal pour toute lésion du bassin, position latérale de sécurité pour les victimes avec des troubles de la conscience isolés et position demi-assise pour toute lésion thoracique. Ces mises en position d'attente pourront être déléguées à d'autres témoins sur les lieux sous supervision médicale pour « libérer du temps et des mains » au médecin témoin.

La prise des paramètres vitaux, à ce stade, ne nécessite pas d'utiliser le tensiomètre. L'appréciation de l'état de conscience

de la victime, sa coloration du visage, la prise de son pouls radial ou carotidien, le chiffrage de sa fréquence respiratoire sont suffisants en première intention. Ces paramètres permettent d'effectuer un triage des victimes pour apporter les soins vitaux aux victimes les nécessitant le plus rapidement possible et permettent la survie d'un maximum de victimes in fine. L'objectif de ce triage médical est double, d'une part, individuelle, en garantissant des soins adéquats à chaque victime, d'autre part, collectif en tenant compte des besoins en soins des autres victimes. Il s'agit de faire le mieux possible pour le plus grand nombre.

En pratique préhospitalière, le triage, reproductible et rapide, se fait le plus souvent grâce à des algorithmes simples tel que la règle du START-ABC pour *Simple Triage And Rapid Treatment* (trriage simple et traitement rapide en français) suivi de « ABC » qui consiste à rapidement évaluer les fonctions vitales : *Airways* (voies aériennes supérieures), *Bleeding* (recherche d'un saignement actif) et *Cognition* (état de conscience) [15].

Cette règle de tri consiste en la séparation en moins d'une minute des victimes en plusieurs catégories (figure 2) :

- les blessés graves (urgences absolues – UA) nécessitant une prise en charge immédiate du fait de l'engagement du pronostic vital à court terme (traumatisme pénétrant de l'abdomen ou du torse par exemple) ;

- les blessés légers (urgences relatives – UR) dont la prise en charge peut être différée de quelques heures (fracture de membre par exemple) ;
- les urgences dépassées (UD) ou *morituri*, patients moribonds dont la prise en charge initiale est trop consommatrice de ressources au détriment des autres victimes. Les victimes décédées ne sont pas déplacées ;
- les impliqués, c'est-à-dire, les victimes somatiquement indemnes, qui sont prises en charge par des secouristes et des psychologues de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

En pratique, pour un médecin témoin non rompu à l'exercice de triage, une bonne solution consiste à demander aux patients qui le peuvent de se déplacer vers un endroit hors de tout danger (« Ceux qui le peuvent, rassemblez-vous ici » par exemple) [4]. Ce groupe constituera les urgences relatives, et leur lieu de regroupement un premier PRV. Les autres, incapables de se mouvoir par eux-mêmes, seront considérés comme les UA.

L'évacuation vers l'hôpital et le bloc opératoire des victimes présentant des lésions pénétrantes est une priorité. Les dispositifs ORSEC et ORSAN permettent d'anticiper et d'accélérer ces flux d'évacuation de blessés graves via le SAMU. En préparant l'arrivée des secours sur place, triant les victimes, effectuant les

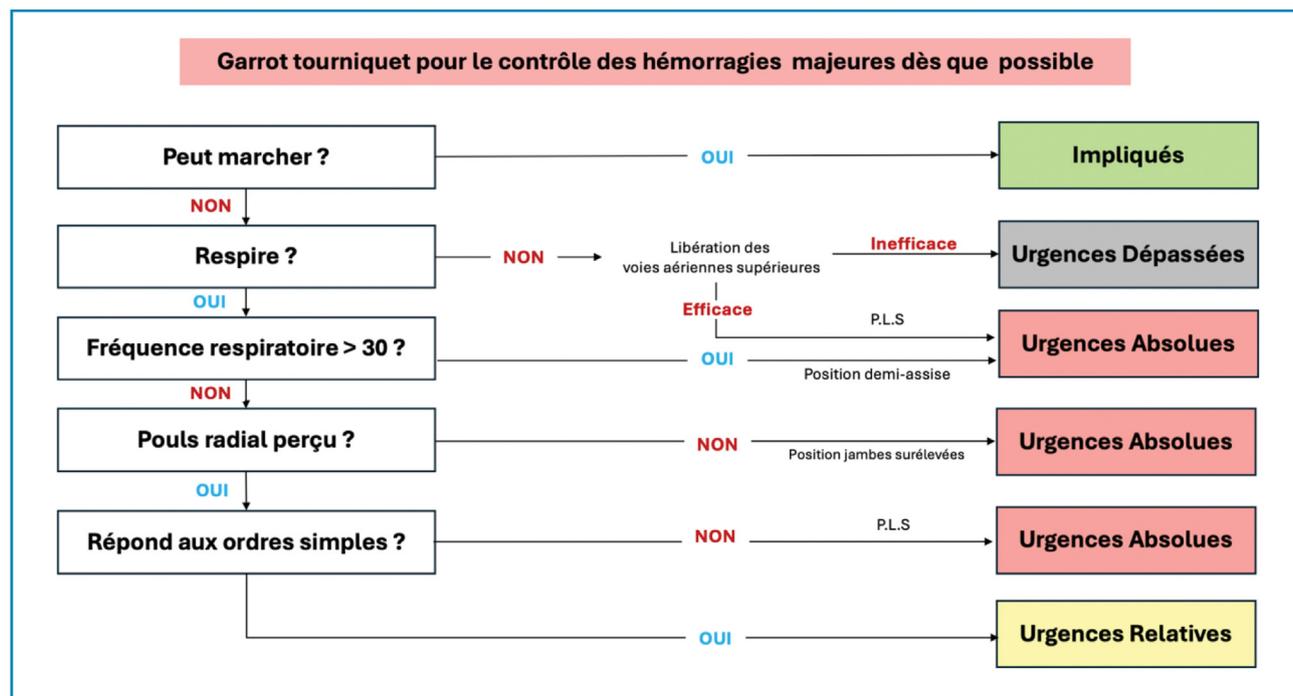


FIGURE 2

**Principe du triage secouriste START-ABC**

START : *Simple Triage And Rapid Treatment* ; PLS : position latérale de sécurité.

premiers gestes de survie, le médecin témoin sur place contribue à accélérer ces flux de patients graves et donc à sauver un maximum de victimes.

## Entraînements et retours d'expérience

Ces situations font sortir le médecin témoin de sa zone de confort, l'obligeant à changer de paradigme dans la prise en charge des victimes (incertitude initiale, besoin de sécurité qui prime sur le besoin de soins, triage des victimes, etc.). Cet inconfort est source d'un stress important.

Chaque professionnel de santé, de même que les citoyens, devraient s'entraîner afin d'acquérir les compétences techniques spécifiques [15] mais aussi des compétences non techniques comme la prise de décision en situation de stress ou d'incertitude. La participation à des exercices (grandeur nature, sur table ou de simulation) permet à tout médecin ou personnel paramédical d'être mieux préparé à affronter de telles situations.

Lors d'un événement réel ou d'un exercice, les intervenants doivent bénéficier d'un retour d'expérience (RetEx) structuré afin d'analyser les points positifs, les difficultés, les voies

d'amélioration et de dépister un éventuel syndrome de stress post-traumatique.

## Conclusion

Comme n'importe quel citoyen, chaque médecin peut un jour être confronté à une situation multi-victimes comme premier témoin (en rentrant du travail, en partant en vacances, en allant chercher ses enfants à l'école, etc.). En tant que médecin témoin (plus ou moins blessé), son rôle est déterminant dans les premières minutes qui suivent une catastrophe. Sa qualité de médecin doit être une aide précieuse pour organiser les premières actions de secours et dans le même temps pour transmettre aux services de secours les premiers éléments afin de dimensionner la réponse et gagner un temps précieux. Aussi, bien sûr le plan psychologique et organisationnel que sur la réalisation des premiers gestes de sauvetage, le médecin doit être un leader dans la crise. Cela nécessite de sa part de s'y préparer, de connaître et s'entraîner à interagir avec le SAMU ou le SDIS et de participer à des exercices.

**Déclaration de liens d'intérêts :** les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Instruction n° DGS/DUS/CORRUSS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/37219>.
- [2] Code de la sécurité intérieure. Titre IV : organisation des secours et gestion des crises (articles R741-1 à D742-21). [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000025503132/LEGISCTA000029657120/#LEGISCTA000029657586](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000025503132/LEGISCTA000029657120/#LEGISCTA000029657586).
- [3] Décret n° 2005-1157 du 13 septembre 2005 relatif au plan ORSEC et pris pour application de l'article 14 de la loi n° 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile. [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000002243859](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000002243859).
- [4] Langlois M, Ploquin F. Médecin du RAID : vivre en état d'urgence. Paris: Albin Michel; 2016.
- [5] Service médical du RAID. 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 Urgence* 2015;5:166-75. doi: 10.1007/s13341-015-0545-4.
- [6] Federal Emergency Management Agency. U.S. Fire Administration. Fire/emergency medical services department operational considerations and guide for active shooter and mass casualty incidents. USA: Usfa Fema 2017; 2013. [https://usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/active\\_shooter\\_guide.pdf](https://usfa.fema.gov/downloads/pdf/publications/active_shooter_guide.pdf).
- [7] Dubourg O, du Retail C, Fressancourt Y, Ramon F, Commeau D, Roffi R. Principes tactiques et de médicalisation sur les lieux d'un attentat : *damage control ground zero*. In: Pasquier P, Mérat S, Colas MD, editors. *Le blessé par attentat terroriste*. Paris: Arnette; 2017. p. 58-67.
- [8] Young DL, Goodie AS, Hall DB, Wu E. Decision making under time pressure, modeled in a prospect theory framework. *Organ Behav Hum Decis Process* 2012;118(2):179-88. doi: 10.1016/j.obhdp.2012.03.005.
- [9] La Porte TR. *Organized social complexity: challenge to politics and policy*. Princeton: Princeton University Press; 2015.
- [10] Circulaire n° 4725/ARM/EMA/CNSD/EIS/DGF relative à la formation et à l'enseignement des techniques d'optimisation du potentiel au sein des forces armées du 14 décembre 2017. <https://www.bo.sga.defense.gouv.fr/texte/265114/N%204725/ARM/EMA/CNSD/EIS/DGF.html>.
- [11] Ozel F. Time pressure and stress as a factor during emergency egress. *Saf Sci* 2001;38:95-107. doi: 10.1016/S0925-7535(00)00061-8.
- [12] Perreaut-Pierre E. *Comprendre et pratiquer les techniques d'optimisation de potentiel*. Paris: Inter Edition; 2012.
- [13] Lauria MJ, Gallo IA, Rush S, Brooks J, Spiegel R, Weingart SD. Psychological skills to improve emergency care providers' performance under stress. *Ann Emerg Med* 2017;70(6):884-90. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.03.018.
- [14] McCarty JC, Hashmi ZG, Herrera-Escobar JP, de Jager E, Chaudhary MA, Lipsitz SR, et al. Effectiveness of the American College of Surgeons bleeding control basic training among laypeople applying different tourniquet types: a randomized clinical trial. *JAMA Surg* 2019;154(10):923-9. doi: 10.1001/jamasurg.2019.2275.
- [15] Turner CDA, Lockey DJ, Rehn M. Pre-hospital management of mass casualty civilian shootings: a systematic literature review. *Crit Care* 2016;20(1):362. doi: 10.1186/s13054-016-1543-7.