



ATTENTATS TERRORISTES ET DISPOSITIF ORSAN

Pierre Carli, Caroline Telion

Département Anesthésie Réanimation, SAMU de Paris, Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades, 149 rue de Sèvres 75015 PARIS. E-mail : pierre.carli@aphp.fr – caroline.telion@aphp.fr

INTRODUCTION

L'attentat terroriste du 13 Novembre 2015 est le plus grave qu'ait connu la France depuis la Seconde Guerre Mondiale. Cet attentat survient à Paris pratiquement 20 ans après ceux perpétrés en 1995-96. A cette époque, le Plan Rouge pré-hospitalier et le Plan Blanc hospitalier avaient permis de faire face efficacement à ces événements.

L'objectif de cette communication est de montrer l'évolution des attentats terroristes et parallèlement la mise en place du dispositif ORSAN qui intègre l'attentat terroriste parmi les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) auxquelles il est dédié.

1. EVOLUTION DES ACTES TERRORISTES

Les attentats terroristes des années 95-96 à Paris utilisaient principalement des bombes artisanales avec un dispositif de retardement, déposées dans des transports en commun (métro, RER) ou dans des endroits fréquentés par le public. Ce type d'attentat est très différent de ce qui a été observé depuis en 2015. Le nombre de victimes tuées par l'explosion était limité (de 3 à 5 %) avec de 15 à 20 % d'UA (Urgences Absolues) et 50 % d'UR (Urgences Relatives). Sur le plan organisationnel à cette époque, la prise en charge des attentats terroristes a été réalisée en appliquant le Plan Rouge conçu initialement pour des accidents catastrophiques à effet limité (ACEL). Ce plan consistait à envoyer sur le terrain toutes les équipes de SMUR et de secouristes disponibles coordonnées par un DSM lui-même sous les ordres d'un Commandant des Opérations de Secours (COS). Les victimes triées en Urgences Absolues et Urgences Relatives étaient prises en charge dans un PMA (Poste Médical Avancé) installé sur le site. Les gestes de réanimation nécessaires à la stabilisation des fonctions vitales pouvaient être réalisés. Puis la régulation médicale du SAMU répartissait dans l'ensemble des hôpitaux disponibles à Paris [1].

Ainsi lorsque le Plan Blanc de l'Assistance Publique était déclenché, c'était plutôt un plan de mobilisation générale des établissements qu'un plan d'accueil massif de victimes puisque chaque hôpital n'en recevait qu'un petit nombre. De

même sur les lieux, le nombre d'équipes médicales et de secouristes disponibles était particulièrement important réalisant une accumulation de moyens, de soins et de secours. Ainsi à l'attentat du RER Port-Royal, le 3 Décembre 1996, les 70 victimes (12 UA et 58 UR) ont été prises en charge par plus de 300 secouristes et équipes de soins et répartis dans 17 hôpitaux de l'APHP.

Les attentats islamistes de New-York en 2001 mais aussi ceux de Madrid en 2004 et de Londres en 2005 marquent une évolution importante des actes terroristes. Comparés aux attentats terroristes « à effet limité », il s'agit d'actes « d'hyperterrorisme ». Mais malgré leur aspect multisite, les attaques de Madrid et de Londres ont utilisé le même mode opératoire, c'est-à-dire l'explosion de bombes assez puissantes dans des transports en commun. L'attentat de Bombay en 2008 est encore plus complexe. En effet, cet attentat multisite a frappé 10 cibles emblématiques en milieu urbain dense. Un commando terroriste d'une dizaine d'hommes a utilisé des armes de guerre, des explosifs pour des prises d'otages, des fusillades responsables de plus de 300 blessés et 190 morts. Cet attentat multisite et multimodal présente de nombreux points communs avec celui de Paris. L'analyse des attentats de Madrid et de Londres a conduit depuis l'année 2006 à Paris à réfléchir à des dispositifs permettant de faire face à des événements de très grande envergure. Ainsi la Brigade des Sapeurs-Pompiers de Paris a mis au point le Plan Rouge Alpha et la mobilisation régionale des SAMU s'est articulée autour du dispositif dit de sectorisation « en camembert ».

Par ailleurs, d'un point de vue médical, l'attentat à la bombe de Boston [2] et la fusillade d'Utoya [3] ont mis en évidence que les équipes civiles de secours et de soins pré-hospitaliers pouvaient être confrontées à des blessés présentant des lésions voisines de celles des combattants militaires.

C'est avec l'aide des médecins du Service de Santé des Armées que dès 2013, en Région Ile-de-France un protocole de prise en charge pré-hospitalier de victimes de fusillades par arme de guerre a été préparé [4]. Ce protocole s'est révélé particulièrement utile en 2015. Basé sur l'extension pré-hospitalière de principe du Damage Control utilisé par les médecins militaires au bloc opératoire et en réanimation, il a pour but d'éviter d'entraîner le blessé atteint d'une hémorragie grave dans le cercle vicieux de l'hypothermie, l'acidose et les troubles de coagulation. Il est basé sur des mesures simples :

- Le contrôle des hémorragies externes.
- La limitation du remplissage à l'utilisation de vasoconstricteurs avec une hypotension permissive.
- L'injection d'acide tranéxamique
- Une gestion simplifiée des voies aériennes associée à l'exsufflation d'un pneumothorax suffocant.
- Le contrôle de l'hypothermie.
- Une admission prioritaire au bloc opératoire pour la chirurgie d'hémostase.

La réponse aux attentats multisites et l'application du Damage Control ont donné lieu en 2014 et 2015 à plusieurs exercices. Le dernier exercice sur table de mobilisation des SAMU-SMUR et Régulation médicale dans les hôpitaux de l'APHP et les hôpitaux militaires s'est déroulé le matin même des attentats du vendredi 13.

2. LES ATTENTATS DE 2015

Dès l'attentat de Charlie Hebdo et les prises d'otages qui ont suivi cette tuerie, la possibilité d'une attaque utilisant des armes de guerre est devenue une réalité. Les principes du Damage Control pré-hospitalier ont été appliqués aux victimes. Cependant, il ne s'agissait pas vraiment d'attentats multisites. Même les doubles prises d'otages du 9 Janvier 2015 à Dammartin-en-Goële et à la Porte de Vincennes n'ont abouti qu'à un nombre limité de victimes pour lesquelles la mobilisation de moyens de secours et de soins a été très importante [5].

L'attentat du 13 Novembre est au contraire un attentat multisite et multimodal de grande envergure. La première des cibles a été le Stade de France. La série d'explosions qui s'est produite aux alentours du stade a permis une alerte rapide et l'identification immédiate d'une attaque terroriste. Malgré l'aspect potentiellement très évolutif d'un tel acte, cela n'a pas été le site le plus meurtrier. La mobilisation des SAMU d'Ile-de-France a respecté la sectorisation « en camembert » destinée à faire face aux attentats multisites. Elle a permis de conserver des moyens immédiatement disponibles pour les événements se déroulant peu après dans Paris intra-muros.

Les fusillades massives aux terrasses des cafés des 10^{ème} et 11^{ème} arrondissements ont constitué un type d'attentats jusque-là inconnus dans Paris. Cette attaque aléatoire a créé un sentiment majeur d'insécurité et a multiplié les zones d'intervention. Certaines étaient difficiles de localisation et d'accès pour les secours et les soins et de nombreux secteurs ont été rapidement « bouclés » par la police. Ces sites ont montré l'importance d'une coordination étroite entre la police, les secours (BSPP) et les soins d'urgence (SAMU) sur le terrain. Ils ont montré aussi que les attentats pouvaient survenir à proximité immédiate d'hôpitaux de l'Assistance Publique. Ceci a confirmé ainsi la pertinence de disposer d'une prise en charge pré-hospitalière mais aussi une prise en charge hospitalière de première intention pour les victimes se présentant spontanément dans les hôpitaux. Ainsi l'Hôpital Saint-Louis a auto-déclenché son Plan Blanc et fait face à de nombreuses victimes venues à pied depuis la rue Bichat adjacente à l'établissement. Pour la fusillade de la Rue de Charonne, la régulation médicale a permis d'orienter les victimes (notamment orthopédiques) vers l'Hôpital Saint-Antoine et vers la Pitié Salpêtrière, Trauma Center le plus proche.

Au théâtre du Bataclan, se sont produites les prises d'otages et la tuerie de masse la plus importante observée en France depuis la fin de la Seconde Guerre Mondiale. La neutralisation des terroristes et l'extraction des victimes ont duré plus de deux heures. Elle a conduit à la création spontanée d'un nid de blessés à proximité immédiate de la zone de combat. Pendant cette période, des voies d'évacuation ont été mises en place vers deux PMA installés en zone sécurisée (Boulevard des Filles du Calvaire). C'est à partir de ces PMA que des victimes au fur et à mesure de leur extraction de la zone d'insécurité ont été triées en fonction de la nécessité d'une chirurgie d'urgence et évacuées vers les hôpitaux de destination. L'analyse de la réponse médicale du Vendredi 13 a montré que la mortalité des blessés hospitalisés a été faible, moins de 4 % et qu'il n'y a pas eu besoin d'organiser des transferts hospitaliers en urgence, les blessés admis ayant tous été soignés dans les établissements où ils ont été accueillis [6]. Aucun de ces établissements n'a été submergé par un afflux de victimes, l'Hôpital Saint-Louis a bénéficié de plus d'un enfort en équipes chirurgicales.

D'un point de vue organisationnel, ces attentats montrent donc que le Plan Rouge (rebaptisé Plan NOVI, nombreuses victimes, depuis quelques années) ne constitue la réponse qu'à un cas de figure voisin de l'accident catastrophique à effet limité (ACEL). La prise en charge de situations complexes comme les attentats terroristes multirisques et multimodaux implique des organisations différentes [7]. Ils nécessitent une véritable stratégie médicale pour faire face à l'attaque. Les éléments d'une telle stratégie ont été analysés. Il faut souligner l'adaptabilité qui utilise le plan non plus comme un dogme mais comme une boîte à outils que l'on adapte à la situation réelle.

Ainsi, il existe une « tactique » médicale sur le terrain qui répond aux types de lésions et aux circonstances de l'attentat. La prise en charge sur le terrain et le parcours de soins pourront donc être sensiblement différents s'il s'agit de victimes d'une fusillade, d'une explosion ou de traumatismes fermés après une attaque avec un véhicule bélier. C'est un médecin senior qui décide d'utiliser les parcours prévus à l'avance et préparés. Il ne s'agit donc pas, parce que c'est un attentat terroriste de limiter la prise en charge pré-hospitalière à un transport immédiat vers l'hôpital le plus proche. Cette tentation du « scoop and run » rappelant les années 70 est inadaptée, voire même dangereuse pour des blessés graves écrasés par un véhicule bélier (attentat de Nice et de Berlin en 2016, de Londres en 2017).

Par contre, l'attentat terroriste impose un contrôle de l'accès du site, la limitation d'engagement de moyens et une couverture complète du territoire par une sectorisation [8]. On évite ainsi un sur-attentat mais aussi on peut garder en réserve des moyens médicaux pour faire face à une évolutivité et une multiplication des attaques. Seule une partie des SMUR et des Hôpitaux mobilisés sera effectivement engagée. Ces attentats s'inscrivent donc parfaitement dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) pour lesquelles le dispositif ORSAN a été créé en regard du dispositif ORSEC de la Sécurité Civile.

3. LE DISPOSITIF ORSAN

Le dispositif ORSAN est plus qu'un plan, c'est une stratégie de réponse globale à une situation sanitaire exceptionnelle pour laquelle un plan comme le plan NOVI n'est pas suffisant ou pas adapté. Il est basé sur la mise en cohérence des dispositifs sanitaires existants pour faire face à de nombreuses situations parmi lesquelles l'afflux de victimes mais aussi des phénomènes climatiques comme la canicule, les épidémies ou des intoxications collectives. Le dispositif ORSAN a donc été créé pour rassembler les réponses à des crises sanitaires ou aux SSE et de disposer des outils permettant d'y faire face non seulement en urgence mais dans la durée nécessaire pour traiter la crise sur le terrain comme dans les établissements de soins. Ce dispositif a été intégré à la Loi du 25 Janvier 2016 sur la modernisation du système de santé. Il a bénéficié d'un décret spécifique du 6 Octobre 2016 [9].

Ce décret fixe les modalités de mobilisation des ressources sanitaires au niveau zonal (Zone de Défense) comme au niveau départemental. Il fixe les missions des établissements de santé de référence (ESR) et détermine l'organisation pré-hospitalière de l'aide médicale urgente en introduisant l'existence de SAMU de Zone de Défense. Il met à jour le Plan Blanc et les urgences médico-psychologiques.

Le dispositif ORSAN comprend plusieurs volets : en plus du volet AMAVI que nous allons développer, il regroupe :

- Le dispositif médico-psychologique pour faire face à de nombreuses victimes.
- Le dispositif EPIVAC pour la prise en charge des pandémies.
- Le dispositif climatique et environnemental.
- Le volet NRC pour la prise en charge des phénomènes nucléaires radiologiques ou chimiques.
- Le dispositif BIO pour la prise en charge de maladies transmissibles et bloquer l'apparition d'une épidémie.

Le dispositif ORSAN est complémentaire du dispositif ORSEC mais il se caractérise par une approche multisectorielle dans le domaine de la santé. Il peut donc mobiliser des moyens de la médecine ambulatoire, des établissements de santé mais aussi des établissements médico-sociaux. L'aide médicale urgente représentée par le SAMU et les SMUR peut intervenir dans tous ces domaines. Pour les établissements hospitaliers, le Plan Blanc reste l'organisation de base. Ce plan générique peut par contre être décliné dans l'ensemble des volets ORSAN.

Lors de la prise en charge de victimes d'attentats, le dispositif ORSAN montre toute sa complémentarité avec le dispositif ORSEC. Sur le terrain, il permet de faire appel à des moyens plus ou moins importants de médicalisation s'intégrant dans le plan NOVI. Le Plan AMAVI du dispositif ORSAN permet de mobiliser des moyens hospitaliers depuis le département, puis dans la région jusqu'à la zone de défense. C'est ainsi qu'il permet de coordonner l'accueil hospitalier des victimes après régulation médicale et l'utilisation des ressources hospitalières en continuité directe du terrain. Le plan AMAVI décliné au niveau départemental et au niveau zonal permet la mobilisation d'hôpitaux dont les plateaux techniques sont d'importance différente et de coordonner les soins, les évacuations et l'utilisation des différentes ressources médicales. Pour la première fois le 13 Novembre [10], un dispositif interzonal national, de réponse urgente a été déclenché.

Le Plan AMAVI peut avoir aussi une déclinaison en fonction des victimes prises en charge. Ainsi un dispositif AMAVI pédiatrique a été mis en place au niveau zonal en Ile-de-France pour permettre de faire face à des attentats terroristes touchant un grand nombre d'enfants et d'utiliser au mieux les ressources pédiatriques par définition plus estreintes que les ressources de soins adultes.

CONCLUSION

Les attentats terroristes de 2015 ont été très différents de ceux qui s'étaient produits 20 ans avant à Paris. Par leur dimension et par leur mode opératoire, ces attentats ont nécessité l'adaptation des plans existants. Ils ont montré aussi l'importance d'adapter la prise en charge médicale aux types de victimes que l'on peut rencontrer et l'importance d'une mobilisation raisonnée devant des événements de grande ampleur. La réponse aux attentats terroristes est donc spécifique même si elle utilise les modalités d'organisation existantes. Sa conception dépasse aussi le cadre national. L'analyse des événements survenus dans d'autres pays est fondamentale. Ce partage d'information permet une anticipation et une adaptation permanente à des événements graves qui restent rares dans chaque pays [11]. En France, le dispositif ORSAN destiné à faire face à tout type de situation sanitaire exceptionnelle permet de rassembler ces mesures dans un cadre unique et évolutif. Il permet une harmonisation au niveau national des pratiques et des organisations pour que le maximum de victimes bénéficie de la meilleure qualité et sécurité des soins possibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Carli P, Telion C, Baker D. Terrorism in France. *Prehosp Disaster Med.* 2003;18:92-9.
- [2] Gates JD, Arabian S, Biddinger P, et al. The initial response to the Boston marathon bombing: lessons learned to prepare for the next disaster. *Ann Surg* 2014;260:960-6.
- [3] Sollid JM, Rimstad R, Rehn M et al. Oslo government district bombing and Utøya island shooting July 22, 2011: The immediate prehospital emergency medical service response. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 2012;20:3-13.
- [4] Tourtier JP, Palmier B, Tazarourte K, Raux M, Meaudre E, Ausset S, Sailliol A, Vivien B, Domanski L, Carli P. The concept of damage control: extending the paradigm in the prehospital setting. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2013;32:520-6.
- [5] Tourtier JP, Pelloux P, Minh PD, Klein I, Marx JS, Carli P. Charlie Hebdo attacks: lessons from the military milieu. *Am J Emerg Med.* 2015;33:843.
- [6] Hirsch M, Carli P, Nizard R, Riou B, Baroudjian B, Baubet T, Chhor V, Chollet-Xemard C, Dantchev N, Fleury N, Fontaine JP, Yordanov Y, Raphael M, Burtz CP, Lafont A; health professionals of Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP). The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet.* 2015;386:2535-8.
- [7] Jost D, Travers S, Carli P, Tourtier JP. Preparation, adaptation, civism, complementarity and cohesion. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2016;35:3-4.
- [8] Carli P, Nahon M, Télion C, Attentats avec sites multiples - la stratégie du « camembert à Paris » *Journal Européen des Urgences et de Réanimation* 2016;28:109-111
- [9] Ministère des affaires sociales et de la santé, Décret N° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles NOR : AFSP1617819D
- [10] Philippe JM, Brahic O, Carli P, Tourtier JP, Riou B, Vallet B. French Ministry of Health's response to Paris attacks of 13 November 2015. *Crit Care.* 2016;20:85.
- [11] Goralnick E, Van Trimont F, Carli P. Preparing for the Next Terrorism Attack : Lessons From Paris, Brussels, and Boston. *JAMA Surg.* 2017 Janv 25. doi:10.1001/jamasurg. 2016.4990. [Epub ahead of print]