

# Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Prise en charge secouriste et interactions avec les équipes médicales

## Feedback on Terrorist Attacks on November 13, 2015. First Aid Response and Interactions with Medical Teams

M. Franchin · B. Frattini · F. Briche · S. Travers · M. Bignand · J.-P. Tourtier

Reçu le 8 janvier 2016 ; accepté le 13 janvier 2016  
© SFMU et Lavoisier SAS 2016

**Résumé** Les attentats de Paris du 13 novembre 2015 ont confronté les secours à de nouvelles problématiques : l'engagement des secours en zone non sécurisée, le très grand nombre de victimes civiles présentant des blessures de guerre, une stratégie d'évacuation adaptée à cette situation de catastrophe à effet majeur. Pour la première fois en France, le concept tactique du « plan rouge alpha » a été appliqué : triage médical, *damage control* préhospitalier, médicalisation uniquement des urgences absolues le nécessitant et transport rapide vers les centres hospitaliers. Ces principes de sauvetage au combat ont permis de sauver le maximum de vies.

**Mots clés** Triage · *Damage control* préhospitalier · Premiers secours

**Abstract** November 13, 2015, during Paris terrorist attacks, first aid rescuers faced with new challenges: involvement in a no-safety zone, a huge number of gunshot victims, a fitted evacuation strategy in case of mass casualties. For the first time in France, the tactical concept of Alpha Red Plan was applied: triage, prehospital damage control, medical evacuation only for critically injured victims, quick transport towards adapted hospitals. These tactical combat casualty care principles helped to save a maximum of lives.

**Keywords** Triage · Prehospital damage control · First aid rescuers

### Introduction

Au quotidien comme en situation de catastrophe, la survie des victimes est souvent conditionnée par la réalisation de

gestes adaptés dès les premières minutes après la blessure. En situation d'attentats, les équipes secouristes des sapeurs-pompiers sont ainsi en première ligne pour extraire les blessés exposés à une menace persistante, assurer leur survie jusqu'à l'arrivée des équipes médicales et préparer au mieux leur prise en charge et leur évacuation rapide.

Lors des attentats du 13 novembre 2015, le nombre de victimes, leur dispersion sur de multiples sites et l'insécurité persistante ont rendu d'autant plus complexe l'organisation initiale des secours. Cent vingt-cinq engins de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), armés par 430 secouristes et renforcés rapidement par de nombreuses équipes d'associations agréées de sécurité civile (Protection civile, Croix Rouge, Ordre de Malte notamment) ont dû assurer la prise en charge initiale de 381 victimes en zone d'insécurité. Les premiers retours d'expérience ont permis de confirmer l'importance de certaines actions et de mieux décrire les difficultés rencontrées.

### Prise d'appel et engagement des secours

S'ajoutant aux difficultés inhérentes à la réception d'un très grand nombre d'appels en quelques minutes, la dispersion de plusieurs centaines de victimes de fusillade dans un même arrondissement a confronté les centres de réception des appels d'urgence à des enjeux particuliers : identifier les sites concernés malgré la diversité des adresses données par les requérants, centraliser rapidement les informations relatives à la menace pour guider au mieux les équipes vers des zones aussi sécurisées que possible et prodiguer aux requérants des conseils téléphoniques adaptés (confinement, fuite, conseils pour tenter de stopper les hémorragies externes...).

### Arrivée sur place des équipes secouristes

Le 13 novembre, les secours ont été confrontés à deux types de menace : une menace potentielle, les terroristes ayant a

---

M. Franchin (✉) · B. Frattini · F. Briche · S. Travers · M. Bignand · J.-P. Tourtier  
1, place Jules Renard, F-75017 Paris  
e-mail : marilyn.franchin@pompiersparis.fr

priori quitté les lieux mais n'étant pas localisés par les forces de police, et une menace réelle, au Bataclan, où certaines équipes secouristes de la BSPP ont été directement prises à partie (impacts de balles sur les engins), d'autres ayant continué leur progression malgré les tirs difficilement localisables.

L'enjeu était alors de concilier efficacité des secours et engagement en sécurité. Le bilan d'ambiance réalisé par les premières équipes a permis d'adapter au mieux l'engagement des équipes suivantes en fonction de la victimologie (nombre de patients classés urgences absolues [UA] et urgences relatives [UR]) et du contexte tactique (zonage, axes dangereux...). La réalisation d'une zone de déploiement initiale, en particulier sur le site du Bataclan où les victimes étaient très dispersées et où un danger persistait (terroristes toujours sur les lieux contrairement aux autres sites) a permis de coordonner l'engagement interservice des moyens depuis une zone sécurisée à proximité de l'intervention. Le risque de sur-attentat ou d'agression envers les équipes préhospitalières étant une préoccupation majeure, des « petites norias » ont été réalisées sous la protection de la police afin de mettre en sécurité victimes et secours.

## Réalisation de gestes de survie

Les victimes de fusillade s'apparentent par de nombreux aspects à des blessés de guerre [1]. En zone non sécurisée, les seuls gestes réalisables sont des gestes de sauvetage. Après mise à l'abri, les enseignements du sauvetage au combat et les retours d'expérience de nombreux attentats soulignent les enjeux prioritaires que sont, sur le plan secouriste, l'arrêt des hémorragies externes, la libération des voies aériennes supérieures, la gestion des plaies thoraciques (position, pansement « 3 côtés »...) puis la prévention de l'hypothermie [2,3]. Le regroupement des victimes et une première catégorisation en UA et UR facilite ensuite la prise en charge médicale et le début des évacuations.

Depuis de nombreuses années, la BSPP forme ses secouristes à l'utilisation de garrots et de pansements compressifs d'urgence. Chaque engin de prompt secours peut prendre en charge quatre à cinq victimes présentant une hémorragie en fonction de leurs lésions. Le 13 novembre 2015, devant le nombre de victimes et la présence pour chacune d'entre elles de plusieurs lésions hémorragiques, les moyens de contrôle de l'hémorragie ont rapidement été consommés. Depuis les attentats de janvier 2015, la BSPP avait engagé une réflexion sur l'évolution du matériel d'arrêt des hémorragies mis à disposition dans ses engins de premier secours. S'inspirant de l'expérience du service de santé des Armées en opérations extérieures, ces travaux ont conduit à l'élaboration d'une trousse « Hémorragies en situations d'exception »

pour venir compléter le matériel en dotation courante. Cette trousse est actuellement en dotation dans tous les engins de la BSPP. Elle comprend notamment deux garrots tactiques tourniquets (en complément de ceux du sac de secours et du véhicule) et un pansement hémostatique de type Quikclot Gauze® (Fig. 1).

## Contact médical et évacuations

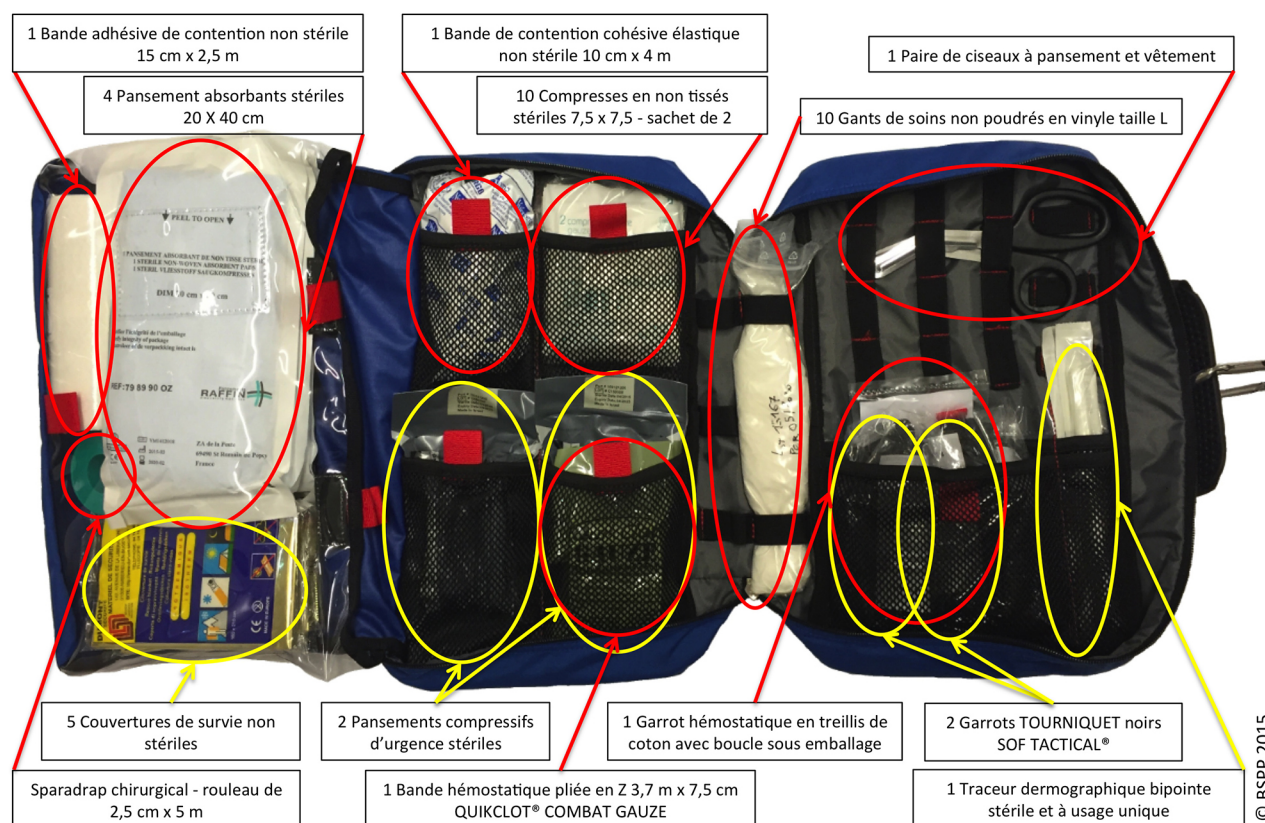
Dès que possible, la prise en charge médicale des blessés graves fait suite aux gestes secouristes. Lorsque le nombre de blessés graves dépasse largement le nombre d'équipes médicales, le choix de faire évacuer certains blessés par des véhicules non médicalisés peut permettre de ne pas retarder leur admission en milieu hospitalier. Le concept tactique du « plan rouge alpha » prévoit ainsi que l'ensemble des patients classés UA (incluant les extrêmes urgences [EU] et les premières urgences [U1]) bénéficie d'un tri et d'un conditionnement médical, puis que le transport des EU soit effectué par des équipes médicalisées et celui des U1 éventuellement par des équipes secouristes après réalisation des gestes médicaux nécessaires [4]. Dans ce même plan, la séparation des UR en U2 et U3 permet d'accélérer les évacuations en assurant le transport des patients les moins graves par bus collectifs vers des services d'urgence si possible à distance de l'événement (Fig. 2).

L'application de ces principes s'est avérée particulièrement adaptée aux événements dramatiques du 13 novembre, permettant aux équipes médicales déployées sur les différents sites d'adapter la prise en charge et l'évacuation de chaque blessé en fonction de la nature de ses lésions, des ressources disponibles (nombres d'ambulances médicalisées, nombre de véhicules de secours aux victimes [VSAV], renforts en bus collectifs) et du contexte tactique évolutif (menace persistante, possibilité de faire accéder des équipes supplémentaires...).

En complément, les caractéristiques spécifiques d'une fusillade en milieu civil ont conduit les équipes à s'adapter à deux contraintes majeures ; une très importante proportion de victimes catégorisée UA en comparaison à d'autres types de situations civiles (attentats par explosion...) ou militaires (victimes bénéficiant de protections balistiques) et une insécurité persistante compliquant l'arrivée des véhicules de renfort et l'organisation du tri puis des évacuations.

Un triage simplifié a dans ce contexte a été réalisé par plusieurs médecins avec catégorisation de la façon suivante : UA pour les victimes blessées au thorax, à l'abdomen et/ou en choc hémorragique, UR pour les autres victimes y compris les plaies de membres garrotées. En raison du nombre initialement insuffisant d'équipes médicales sur plusieurs sites et des délais nécessaires pour faire

## TROUSSE HEMORRAGIES EN SITUATION D'EXCEPTION PREMIERS SECOURS



**Fig. 1** Trousse « Hémorragies en situation d'exception » en dotation dans les engins de premiers secours de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris

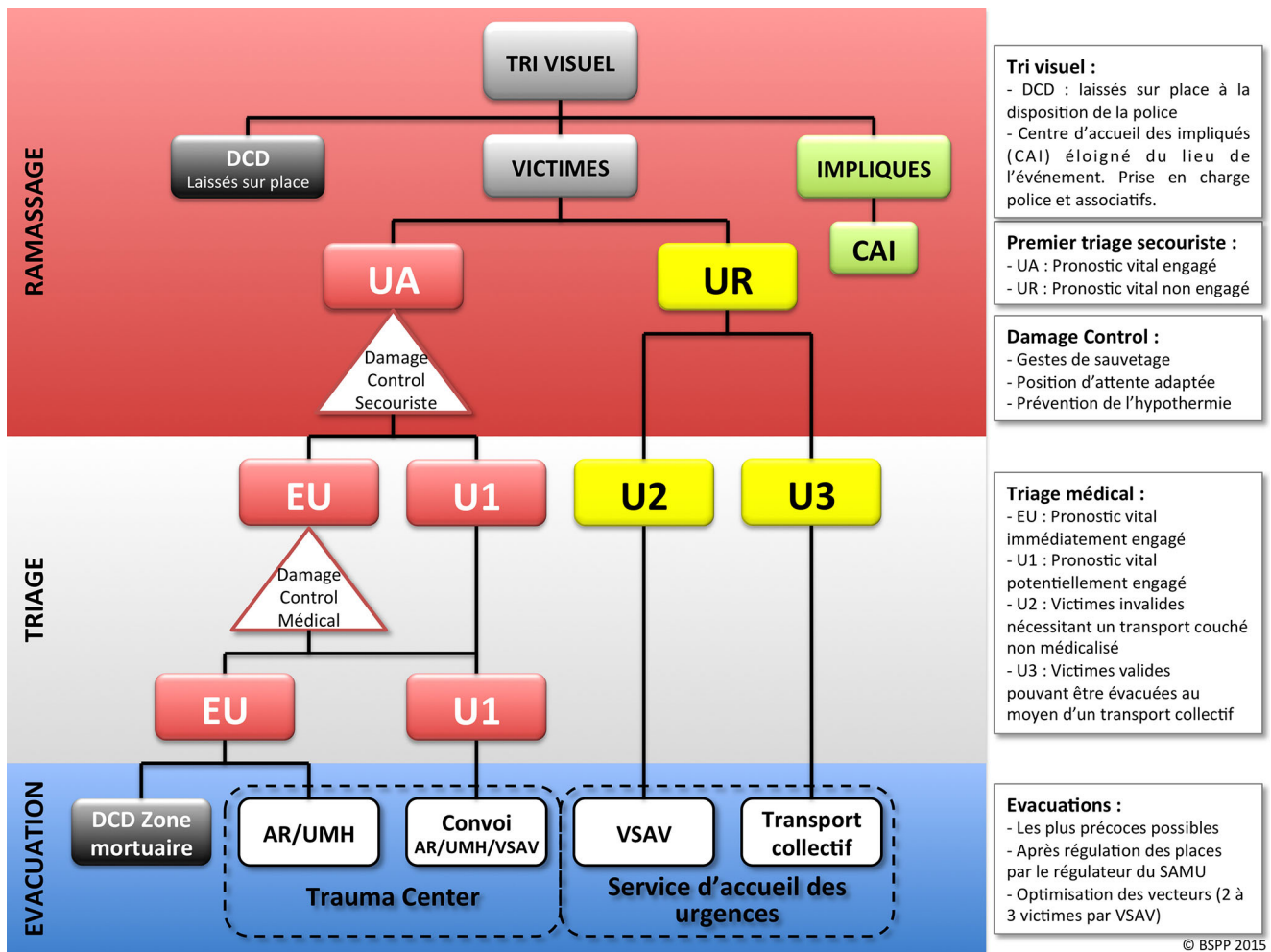
accéder les renforts, le choix a souvent été fait de privilégier un transport rapide par des équipes secouristes vers des structures hospitalières adaptées. En effet, dans les 20 à 30 premières minutes de l'événement, il faut souligner que certains engins de prompt secours n'ont pas pu être renforcés par des équipes médicalisées, soit parce qu'ils ne pouvaient pas attendre leur arrivée car ils étaient sous le feu, soit parce qu'il n'y en avait pas de disponibles immédiatement, ou que leur accès était rendu difficile par la manœuvre de police. Dans ces situations, le choix médical (directeur des secours médicaux ou salle de crise santé de la BSPP) d'une évacuation rapide a parfois semblé la meilleure solution en termes de balance bénéfice/risque pour la survie des victimes.

Par ailleurs, la réalisation de colonnes d'évacuation avec un moyen médicalisé pour plusieurs VSAV et escorte policière a parfois semblé intéressante pour mutualiser tant la

protection policière que les équipes médicales, sous réserve de ne pas retarder l'évacuation des blessés graves. Chaque engin de premiers secours assurait alors le transport de 3 à 4 UR ou 1 UA et 1 UR. Une équipe médicale effectuait la surveillance et les soins en cours d'évacuation de l'ensemble de la colonne.

### Conclusion

L'action rapide des équipes secouristes participe à la survie initiale des blessés tout en favorisant leur prise en charge médicale et leur évacuation. En situation de catastrophe, une parfaite coordination entre ce premier maillon, les services de police, les équipes médicales préhospitalières puis les hôpitaux fait partie des conditions indispensables à une prise en charge efficace de chaque blessé.



**Fig. 2** Organisation théorique du triage et des évacuations comme prévu dans le plan rouge alpha. AR : ambulance de réanimation ; UMH : unité mobile hospitalière ; VSAV : véhicule de secours à victimes

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

## Références

1. Tourtier JP, Pelloux P, Dang Linh P, et al (2015) Charlie Hebdo attacks: lessons from the military milieu. *Am J Emerg Med* 33:843
2. King DR, Larentzakis A, Ramly EP (2015) Boston Trauma Collaborative. Tourniquet use at the Boston Marathon bombing: Lost in translation. *J Trauma Acute Care Surg* 78:594–9
3. Ode G, Studnek J, Seymour R, et al (2015) Emergency tourniquets for civilians: Can military lessons in extremity hemorrhage be translated? *J Trauma Acute Care Surg* 79:586–91
4. Préfecture de Police de Paris. Arrêté n° 2007-20284 du 26 mars 2007 fixant l'organisation et les procédures destinées à faire face aux conséquences d'attentats multiples commis dans la zone de compétence de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris