

LES PREMIERS INTERVENANTS FACE À UNE TUERIE DE MASSE

Depuis 2015, les doctrines et référentiels concernant la prise en charge des victimes d'attaques terroristes sont unanimes : la neutralisation de la menace doit permettre des actions de secours concomitantes. Il est primordial d'essayer de ne pas différer les extractions des victimes, tout en respectant les consignes de sécurité des forces de l'ordre. C'est l'enjeu commun et partagé par les services de police et de secours. L'expérience des médecins du RAID sur ce sujet est confortée par l'avis de nombreux experts de la médecine d'urgence, de la médecine de catastrophe et de la médecine militaire. La gestion d'un « *mass casualty incident* » (intervention à nombreuses victimes) est désormais une obligation des services d'intervention spécialisée. Cet article a vocation à partager ces analyses avec les acteurs du secours. Le rôle du premier commandant des opérations de secours (COS) aux côtés du premier commandant des opérations de police et gendarmerie (COPG) sera déterminant à la phase initiale des « tueries de masse » pour conjuguer sécurité des secours et efficacité des soins. Les réflexions que l'auteur partage ici ne se substituent pas aux procédures et aux recommandations formalisées d'experts¹, mais les complètent avec les éléments-clés, en apportant une réflexion sur des éléments-clés de comportement lors de la phase initiale de l'intervention.

Par le contrôleur général JEAN-BAPTISTE DULION,
chef du RAID, et le docteur MATTHIEU LANGLOIS,
médecin-chef du RAID

Au premier stade de la crise, l'analyse de la situation, et en particulier de la menace, constitue une étape-clé. Elle représente un facteur de stress non négligeable. La pression du temps, l'acceptation de ses propres émotions, l'irruption de nombreuses inconnues ainsi que l'arrivée en flux continu d'intervenants et de décideurs multiples contribuent à la genèse d'une angoisse collective et à l'entretien d'une certaine confusion².

On parle de phase chaotique ou de « brouillard de guerre »³. Cela se traduit par une sidération initiale, inévitable, dont il faut avoir conscience. Anticiper cet état psychologique, c'est tout d'abord en accepter la composante

émotionnelle pour être en mesure de s'y adapter et d'y répondre de la meilleure des manières⁴. Des outils d'aide à la décision, des procédures opérationnelles rigoureuses aideront les équipes à maîtriser cette période⁵. Ils doivent être simples d'usage, à l'image d'une checklist⁶ (voir encadré en page de droite). Il faut savoir également 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^{7, 8}.

Réguler ses émotions

Pour les acteurs du secours, la participation à des opérations à

Travailler avec des services multiples, des équipes inconnues et aux habitudes différentes.

haute intensité est particulièrement anxiogène. À l'incertitude évoquée précédemment vient s'ajouter la nécessité de travailler en situation dégradée, en collaborant avec des services multiples aux cultures différentes. Se placer sous l'autorité

initiale de forces de sécurité intérieure laisse planer le doute sur la menace. Cette notion de « menace » ne fait pas partie, culturellement, du vocabulaire habituel des équipes de secours et de soins préhospitaliers⁹. Dans ce contexte déstabilisant car non-maîtrisé, savoir optimiser son potentiel consiste en premier lieu à ne pas se laisser déborder par ses émotions, pour réduire au maximum cette phase initiale de sidération. Celles-ci doivent être reconnues, pour soi-même et pour les autres, et leur expression acceptée¹⁰. Ce travail préparatoire peut trouver sa concrétisation dans la pratique régulière de techniques d'optimisation du potentiel¹¹ bien connues des policiers et des militaires. S'imposer

régulièrement de participer à des exercices réels et de simulation permet de valoriser les compétences non-techniques et d'augmenter la confiance en soi.

Sécurité, maître-mot du départ à l'arrivée

Le temps de route (de l'alerte jusqu'à l'arrivée sur place) doit être mis à profit pour « briefer » son équipe en précisant le rôle de chacun. Le chef d'équipe ou chef d'agrès doit informer et donner des ordres simples, précis et en nombre limité. Il est fondamental de conserver une capacité d'adaptation et d'innovation, sans que cela conduise à se mettre en danger¹². La communication est concise et

Synthèse de l'analyse de la situation

- Nature de la menace : balistique, engins explosifs, engins incendiaires, agents NRBC...
- Typologie de la menace : tuerie de masse en cours, tireur isolé, attaque suicide, périple meurtrier, prise d'otages.
- Évolutivité : non évaluable, maîtrisée, fixée, terminée.
- Cinétique : rapide, lente, indéterminée.
- Cartographie des victimes : points de regroupement spontanés de blessés, axes de fuite, victimes cachées, circuits d'évacuations spontanées, « safe zone » sanctuarisée.

Premier engin « secours » au départ pour tuerie de masse

Je prépare mon intervention avec mon équipe :

- J'analyse l'environnement
- Je prépare un point de situation « secours »
- Je répartir les rôles de chacun
- Chaque membre de mon équipe est identifiable et équipé
- J'ai connaissance du canal de communication dédié
- Nous repérons la ZAO, le PRM et l'itinéraire d'accès sécurisé.

J'arrive sur place avec mon engin de secours :

- Je n'arrive pas à l'adresse indiquée sans indication formelle de la police
- J'éteins les sirènes dès que possible
- Je repère et je respecte le périmètre de sécurité établi par le COPG
- Je m'identifie et je prends contact avec les autres services
- Je propose au COPG un point de situation initial
- Je passe un premier message d'ambiance et demande les renforts le cas échéant.

J'organise la phase de sauvetage et le tri initial en lien avec le COPG et le DSM

- Je désigne en accord avec les autres services un ou plusieurs PRV, un ou plusieurs PMA, un PRI.
- J'organise l'accueil et l'orientation des flux spontanés des victimes valides après un « safety check »
- Je m'assure de la signalisation claire des différentes zones de prise en charge des victimes
- J'organise le tri initial des victimes
- Je fais réaliser la prise en charge secouriste, en lien avec les moyens médicaux
- J'assure la mise en place d'un listing et d'outils d'identification des victimes.
- Je recherche et j'identifie, sous la protection des FSI, des victimes « cachées » dans des points de rassemblement spontanés.

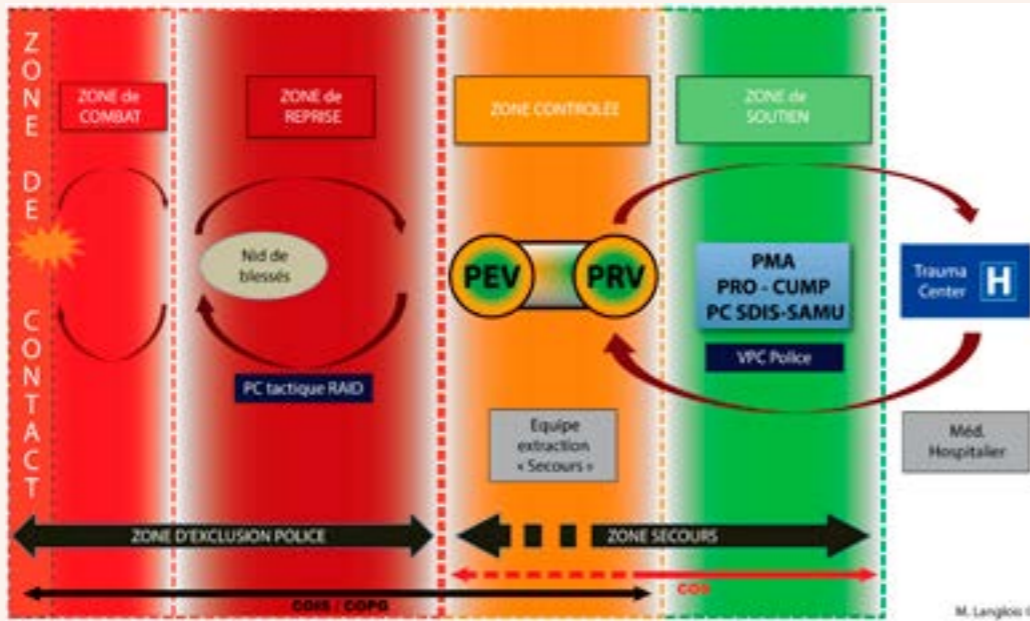
Le temps de route doit être mis à profit pour « briefer » son équipe en précisant le rôle de chacun.



empathique pour installer un climat de confiance impératif au bon déroulement des opérations¹³. En pareilles circonstances, les capacités de mémorisation des consignes sont mises à mal. Il revient alors au chef d'équipe de demander, à chaque membre ayant reçu un ordre, un feed-back des consignes données pour valider leur compréhension et leur intégration¹⁴. Des règles de sécurité (voir encadré « Sur zone ») doivent être appliquées strictement pour éviter la blessure d'un intervenant, notamment par surattentat, risque qui doit être redouté. Tant que la menace n'est pas totalement maîtrisée, la force « menante » est la force de sécurité intérieure, les services de secours et de soins sont la force « concourante ». Le positionnement sur le terrain respecte ce principe de répartition des zones (cf. Schéma ci-contre). Les secours évoluent en zone de soutien ou « zone verte » puis, sous conditions, peuvent être amenés à organiser des norias dans la zone contrôlée ou « zone orange », comme nous le détaillerons plus tard.

Même si l'assaut est terminé, certains risques (explosif, nucléaire, radiologique, biologique, chimique [NRBC]) peuvent persister longtemps et justifier ainsi d'un périmètre de sécurité élargi et durable. Le chef d'agrès doit prendre le temps d'identifier précisément son point d'arrivée (point de regroupement des moyens [PRM] ou zone d'attente opérationnelle [ZAO]), qui peut être un lieu sécurisé proche (commissariat, gendarmerie, CIS...) ou sur site et, dans ce cas, à plus de deux angles droits du lieu où se déroule l'événement. Le trajet emprunté doit passer le plus à

Zonage et services intervenants



↑ (Voir lexique ci-dessous.)

distance possible de la menace. La réflexion est identique concernant les circuits d'évacuation ou circuits de fuite éventuelle.

Premières actions sur place

La situation est confuse, la menace pas clairement identifiée et fixée. L'équipe de secours peut être la première sur place. Elle peut se retrouver alors dans la zone contrôlée non sécurisée (menace à proximité, mouvement de foule), avec la volonté d'initier la prise en charge de blessés et d'organiser les flux. Il convient alors de ne pas s'exposer inutilement. Se faire identifier par le premier commandant des opérations de police et de gendarmerie (COPG) et localiser avec lui par exemple un point de regroupement des victimes (PRV) de fortune. Cet officier, qui endosse le rôle du premier COPG, se doit d'intégrer la problématique des secours conventionnels et proposer

des options garantissant la sécurité des intervenants. Il convient donc d'être extrêmement prudent le temps de la montée en puissance des moyens et de la création d'un zonage précis. Les manœuvres d'extraction sont réalisées rapidement mais en sécurité et de manière coordonnée. Le schéma d'aide à la décision (p. 31) peut aider justement à hiérarchiser ses actions.

Partage d'informations

Ce point de situation entre COP et COS est la priorité. Les informations partagées sont parcellaires et très évolutives, du fait du « chaos » initial. Il serait contre-productif de chercher une information exhaustive en accaparant le temps du COPG au détriment de son action de neutralisation de la menace. Les informations indispensables à partager dès l'arrivée sur place concernent l'état de la situation (voir encadré « Synthèse

de l'analyse de la situation »). À ce stade, les questions d'ordre médical (typologie des blessures, gravité des blessés, identification) sont prématurées. La notion de blessés et une estimation de leur nombre sont suffisantes. Le COS partage immédiatement avec son directeur des secours médicaux (DSM) ces éléments pour anticiper la montée en puissance et préparer la réponse hospitalière.

Accès aux victimes

La perte de chance pour les blessés en choc hémorragique induite par le temps qui s'écoule conduit les soignants à souhaiter la réalisation au plus vite de gestes de sauvetage, en particulier d'hémostase et, pour ce faire, d'une évacuation vers un bloc opératoire. Aucune opération de « sauvetage » sous la menace ne peut être réalisée sans l'autorisation du COPG et reste l'affaire d'équipes

spécialisées (RAID, GIGN et BRI-PP). Un secouriste engagé en zone « rouge » va se mettre immédiatement en danger, tout comme l'ensemble du dispositif. Cela peut avoir des conséquences dramatiques si cet acte de soin conduit au déclenchement d'un engin explosif sur une victime piégée, voire à la constitution d'une prise d'otage. Il existe d'autres moyens de porter secours sans forcément s'exposer, dont la pertinence est évaluée à mesure de l'évolution de la crise, par exemple en conseillant les forces de sécurité intérieure dans les décisions de manœuvres d'extraction d'urgence.

Un appel ferme et directif à la voix permet de regrouper les victimes et de les faire venir vers soi en zone contrôlée^{15,16}. Cette mise en sécurité permet dans le même temps de rapprocher les victimes du lieu de prise en charge médicale. Un flux des victimes du danger vers les secours est plus pertinent que d'envoyer les secours vers le danger. Cette façon de procéder permet un premier tri particulière-

ment efficace en identifiant les personnes valides et en organisant automatiquement des flux d'extraction. En revanche, elle doit impérativement se faire en présence de forces de sécurité qui assurent une fouille de sécurité, ou « safety check », avant toute prise en charge secouriste. Un terroriste peut se glisser volontairement parmi les victimes dans le but d'atteindre le dispositif de secours et de soins pour générer un surattentat. Maîtriser la sécurité des flux spontanés tel des mouvements de foule est un enjeu majeur pour les premiers intervenants (COPG et COS).

À l'arrivée des forces d'intervention spécialisée

C'est en principe lors de l'arrivée des forces d'intervention spécialisée (RAID, GIGN, BRI PP) que la situation va commencer à se clarifier et permettre de s'organiser. Cette étape nécessite un nouveau point de situation au niveau du poste de commandement de la force d'intervention. Il doit au

minimum fixer les objectifs communs entre FSI et secours et vérifier le partage d'information sur le zonage, les sites de prise en charge des victimes (PEV, PRV, PMA) et des impliqués, la constitution des équipes d'extraction ainsi que l'estimation des modalités d'extraction en termes de flux et de délais.

Adaptation du zonage dynamique et création de points d'extraction des victimes

L'arrivée des forces d'intervention spécialisée ne modifie pas immédiatement le zonage mis en place. Leur action va permettre de le rendre dynamique, de repousser la menace en réduisant la zone d'exclusion « rouge » et de mettre en sécurité les victimes en zone contrôlée « orange ». Cette réduction de la menace est une action prioritaire sur toutes les autres. En repoussant la menace, les forces d'intervention spécialisée font bouger les « frontières » et convertissent une partie de la zone d'exclusion en zone

contrôlée. L'aspect dynamique du zonage oblige à créer un ou des points d'extraction des victimes (PEV). Il représente ainsi l'extension mobile du PRV qui reste, lui, à la limite entre zone contrôlée et zone de soutien. Les PEV matérialiseront les points les plus avancés dans la zone contrôlée, marquant physiquement les limites à ne jamais dépasser par les équipes de secours. Une signalétique, par dispositif lumineux clignotant ou bannière drapeau, est utilisée par les forces d'intervention spécialisée afin d'identifier les PEV. Dans la zone d'exclusion « rouge », le sauvetage et l'extraction sont réalisés uniquement par les forces de sécurité intérieure. Ces équipes procéderont rapidement au sauvetage et à la mise en sécurité des victimes au niveau d'un premier nid de blessés, propre aux forces d'intervention spécialisée, où se trouvent les médecins tactiques de « reprise ». Ces derniers réalisent un prétriage qui a pour objectif principal la mise en sécurité des victimes. Cet exemple d'algorithme de secours tactique s'inspire du « Simple triage and rapid

Sur zone

- Conserver son équipe groupée et protégée des dangers (murs et bâtiments).
- Rester joignable, observer et rendre compte.
- Pas d'engagement ni d'initiative individuelle ou collective sans autorisation du commandant des opérations de police et de gendarmerie (COPG).
- Communication minimale et rassurante envers les impliqués et les blessés : « Vous êtes en sécurité et nous nous occupons de vous, suivez-nous ! ».
- Présence policière obligatoire pour assurer le « safety check ».

LEXIQUE

- COIS : commandant des opérations d'intervention spécialisée
- COPG : commandant des opérations de police et de gendarmerie
- COS : commandant des opérations de secours
- DSM : directeur des secours médicaux
- NRBC : nucléaire, radiologique, biologique, chimique
- OLSP : officier de liaison sapeur-pompier
- OST : officier secours tactique
- PEV : point d'extraction des victimes
- PMA : poste médical avancé
- PRI : point de regroupement des impliqués
- PRM : point de regroupement des moyens
- PRV : point de regroupement des victimes
- Samu : Service d'aide médicale urgente
- ZAO : zone d'attente opérationnelle.

Le point de situation interservices fixe les objectifs communs et le zonage.



treatment » (START). Il aide la prise de décision sur la base de critères tactiques et de sauvetage (« *Le bon geste au bon endroit au bon moment* ») et non uniquement de critères médicaux.

Pour fluidifier les circuits et la communication, des codes couleurs d'identification de tri tactique attribués à chaque victime par le RAID et le GIGN (voir infographie en page de droite) correspondent aux codes couleurs OTAN^{17,18} et à ceux utilisés par la Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. Dans cette zone de reprise, l'extraction des victimes entre le nid de blessés et les PEV est réalisée par les forces de sécurité intérieure. Le rôle des médecins tactiques est en priorité d'accélérer les flux. Ils sont aussi les « yeux » des secours et des équipes médicales pour anticiper la communication des informations au COS et son DSM.

Zone contrôlée dynamique et adaptative : principes des corridors d'extraction

La zone contrôlée est dynamique et évolutive. C'est le terrain et la menace qui commandent, au fur et à mesure que les forces d'intervention spécialisées repoussent la menace. Les

forces de sécurité intérieure cherchent à circonscrire la zone rouge en laissant derrière eux une zone contrôlée. C'est dans celle-ci que l'on trouve les équipes secouristes chargées de l'extraction.

Le PEV constitue donc le point le plus avancé de la zone contrôlée et le PRV son point le plus reculé, donc sécurisé. Ce cheminement dans la zone contrôlée entre PEV et PRV forme un corridor d'extraction. Les équipes d'extraction évoluant dans ce « sas » sont numérotées en fonction du PEV d'attribution : PEV 1, 2, 3, etc. La zone contrôlée est sous la responsabilité du COS, mais son accès et sa sécurité sont sous la responsabilité du COPG.

L'organisation des circuits d'extraction et les manœuvres dynamiques de déplacement des PEV sont validées au poste de commandement (PC) tactique entre l'officier de liaison sapeur-pompier (OLSP) et l'officier de secours tactique (OST) des forces d'intervention spécialisée. Cette stratégie est validée par le commandant des opérations d'intervention spécialisée (COIS). Sur ordre de ce dernier, l'OLSP fait progresser les équipes d'extraction de manière très dynamique. Pour remplir cette mission, ces équipes doivent donc être particulièrement

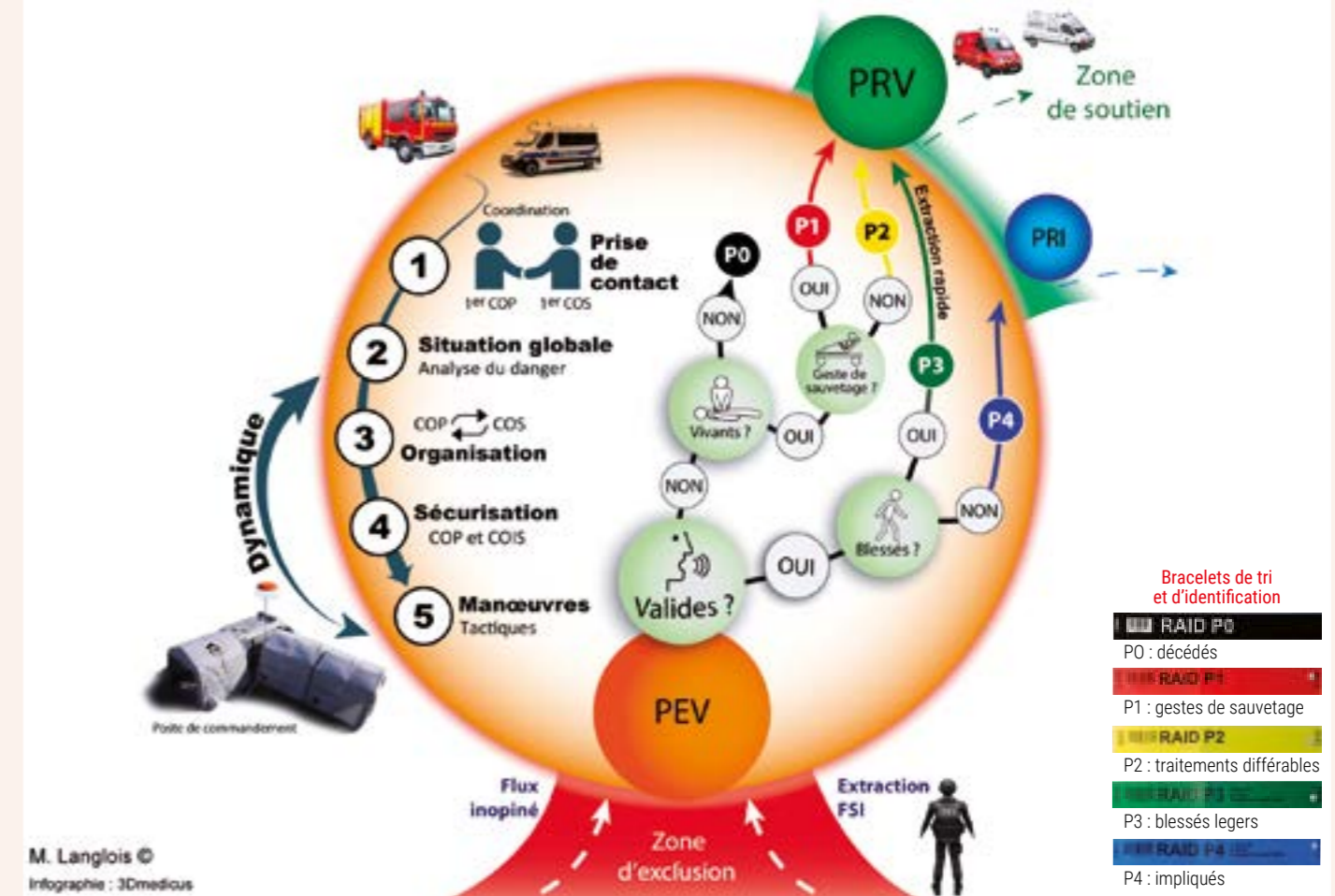
L'ensemble des actions se fait dans un contexte dégradé, forcément anxiogène.

mobiles : plusieurs (trois ou quatre maximum) binômes avec un lot de damage control et un brancard d'extraction. Pour qu'elles puissent être réellement adaptables et capables de manœuvres dynamiques, il est important de laisser les équipes décider sur le terrain. L'initiative des manœuvres entre le nid de blessés et le PEV ainsi que l'organisation des flux se pilote directement entre le médecin de reprise, le chef d'équipe des FSI et le chef de l'équipe d'extraction. La stratégie et les idées de manœuvres sont validées au PC entre le COIS, l'OST et l'OLSP mais, ensuite, une organisation dynamique sur le terrain ne souffre pas le retard de traitement par un PC. La synchronisation des actions de chacun permet un gain de temps conséquent sur l'extraction des victimes de la zone d'exclusion police « rouge » vers la zone de soutien « verte », où elles sont rapidement prises en compte par les équipes médicales préhospitalières dès le passage par le ou les PRV. Cette fluidité accélère l'évacuation des blessés vers les structures hospitalières. Pour gagner en efficacité et en sérénité dans la réalisation des manœuvres, la coordination interservices se prépare lors d'exercices partagés entre FSI et services de secours. L'infographie en page de droite offre une aide à la décision et à l'organisation de la zone contrôlée pour les secours qui interviennent dans cette zone.

Anticipation, réactivité et adaptation

La réponse « secours » doit être dynamique et adaptative. Les équipes doivent se tenir prêtes à

Aide à la décision en cas d'afflux massif de victimes avec persistance de la menace



M. Langlois ©
Infographie : 3Dmedicus

prendre en charge des flux massifs de victimes n'ayant bénéficié au mieux que de gestes de « sauvetage » et d'un prétriage. Un flux mal géré peut, à l'extrême, représenter une agression supplémentaire et majorer de façon significative le nombre de blessés. L'ensemble des équipes doivent anticiper et visualiser mentalement la mission à venir et les risques à maîtriser. Cette préparation mentale se focalise sur l'organisation des zones, la coordination tant au PC que sur le terrain, au prétriage et la réalisation des gestes de sauvetage strictement indispensables. Cela permet de ne pas se faire parasiter par l'environnement le moment venu et de contrôler les flux.

Cette préparation contribue à économiser ses forces lorsque l'engagement, nécessitant célérité, intensité physique et psychologique, sera total. Les équipes de secours évoluant entre le PEV et le PRV doivent être en mesure de se

déplacer rapidement grâce à un entraînement régulier et être dotées d'un matériel adapté. Pour des raisons de sécurité comme d'efficacité, la fluidité et l'adaptabilité des manœuvres doivent être sans compromis. Pour cela, il est important de se concentrer uniquement sur sa zone de « travail ». Seules les informations pertinentes au bon déroulement de l'action de chacun sont transmises par les forces d'intervention spécialisée aux leaders de chaque maillon de la chaîne de secours et de soins.

Lors d'une intervention pour tuerie de masse, les équipes de secours et de soins sont sous tension dès leur déclenchement et agissent comme de véritables accélérateurs de flux d'évacuation des blessés. Elles identifient les problèmes (menace, nombre de victimes et accès à ces dernières), partagent l'information sur place entre services,

chacun la faisant remonter à la structure dont il dépend, dans le but d'adapter en sécurité la montée en puissance tout comme le circuit des blessés. L'ensemble de ces actions se fait dans un contexte dégradé, forcément anxiogène. □

NOTES

- SFMU, SFAR, SFCU (2018) *Recommandations formalisées d'experts : prise en charge d'une tuerie de masse*.
- Young DL, Goodie AS, Hall DB, et al (2012) *Decision making under time pressure, modeled in a prospect theory framework*. *Organ Behav Hum Decis Process* 118: 179-88.
- Dubourg O, Retail Du C, Fressancourt Y, et al (2017) *Principes tactiques et de médicalisation sur les lieux d'un attentat*. In: Mérat S, Pasquier P (eds) *Le blessé par attentat terroriste*. Arnette, Montrouge, pp 67-78.
- La Porte TR (2015) *Organized social complexity: challenge to politics and policy*. Princeton University Press, Princeton.
- Rimstad R, Sollid SJ (2015) *A retrospective observational study of medical incident command and decision-making in the 2011 Oslo bombing*. *Int J Emerg Med* 8:4.
- Hicks C, Petrosoniak A (2018) *The human factor: optimizing trauma team performance in dynamic clinical environments*. *Emerg Med Clin North Am* 36: 1-17.
- Ministère de la Défense. Circulaire 4725/ARM/EMA/CNSD/EIS/DGF du 14 décembre 2017 relative à la formation et à l'enseignement des

techniques d'optimisation du potentiel au sein des forces armées.

- Ozel F (2001) *Time pressure and stress as a factor during emergency egress*. *Saf Sci* 38:95-107.
- Berkovits A, Tillant D, Hoang P (2004) *La violence aux urgences*. *Gestions hospitalières* 434: 39-43.
- Perreaut-Pierre E (2012) *Comprendre et pratiquer les techniques d'optimisation de potentiel*. InterEditions, Paris.
- Lauria MJ, Gallo IA, Rush S, et al (2017) *Psychological skills to improve emergency care providers' performance under stress*. *Ann Emerg Med* 70: 884-90.
- Maule AJ, Hockey GR, Bdzola L (2000) *Effects of time-pressure on decision-making under uncertainty: changes in affective state and information processing strategy*. *Acta Psychol* 104:283-301.
- Combalbert L (2018) *Le management des situations de crise. Anticiper les risques et gérer les crises*. ESF éditeur, Paris.
- Paquette G (1987) *Feedback, rétroaction, rétroinformation, réponse... du pareil au même*. Communication et Langages 73:5-18pdf.
- Langlois M, Plouquin F (2016) *Médecin du RAID : vivre en état d'urgence*. Albin Michel, Paris.
- Service médical du RAID (2016) *Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015*. *Gestion de l'attaque terroriste du Bataclan par les médecins d'intervention de la Police Nationale*. *Ann Fr Med Urgence* 6: 3-8.
- Lampi M, Vikström T, Jonson CO (2013) *Triage performance of Swedish physicians using the ATLS algorithm in a simulated mass casualty incident: a prospective cross-sectional survey*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 21: 90.
- Van Rein EAJ, Houwert RM, Gunning AC, et al (2017) *Accuracy of prehospital triage protocols in selecting severely injured patients : a systematic review*. *J Trauma Acute Care Surg* 83: 328-39.

