

Compte rendu de la Session du 26 juin 2017
Médicalisation en situation d'exception : de l'urgence individuelle à la catastrophe

La journée scientifique de la SFMC du lundi 26 juin 2017 à Paris avait pour thème la « **Médicalisation en situation d'exception : de l'urgence individuelle à la catastrophe** ».

Elle s'est déroulée dans les locaux de la prestigieuse École du Val-de-Grâce (EVDG) qui ont accueilli les 270 participants de toutes origines, SAMU, SDIS, Service de Santé des Armées, Hôpitaux et associations. Parmi les participants : le Général commandant la BSPP, le Médecin colonel directeur du Service de santé du Sénégal.

Le Président de la SFMC a tout d'abord présenté le nouveau directeur de l'EVDG, le Médecin général inspecteur Jean-Didier CAVALLO, biologiste militaire spécialiste du risque biologique, à qui le président a remis la médaille de la SFMC.

Le MGI Cavallo a introduit le thème de la journée en soulignant que l'expérience de la médecine de guerre, enseignée à l'EVDG, trouve avec le terrorisme actuel une application sur le sol national. Il a cité le Cardinal Richelieu : *toujours s'efforcer de rendre possible ce qui est nécessaire*.

- 1) La première session « **Médicalisation de l'avant** » était présidé par le Pr Stéphane TRAVERS de la BSPP et modéré par le Dr Patrick HERTGEN, Médecin chef du SDIS 59 et vice-président de la fédération nationale des sapeurs-pompiers de France.

La Fusillade terroriste était la première situation présentée par le Dr Christian POIREL du SDIS 34 et médecin réserviste à la BSPP, 1^{er} médecin arrivé sur les lieux du Bataclan à bord d'une ambulance de réanimation lors des attentats du 13 novembre. Rappelant son expérience, il a retenu qu'il est nécessaire d'agir en sécurité avec des actions simples (SAFE MARCH RAYAN). Les plans de secours sont un guide et devant une situation extrême il faut faire preuve d'adaptation et d'intelligence de situation. Par exemple en arrivant sur les lieux il avait vu la pancarte Centre de Transfusion Sanguine de l'Hôpital St Louis et face à deux extrêmes urgences (EU) hémorragiques il a préféré, au tout début de l'intervention, les transporter hors régulation au bloc opératoire de l'hôpital Saint Louis. Les maîtres mots de sa conclusion sont anticipation, préparation et formation, adaptation, coordination sur site.

Les caractéristiques de la Catastrophe NRBC ont été présentées par le Dr Sébastien BEAUME du BMPM. Le tri médical initial met en évidence la nécessité éventuelle de gestes médicaux ne pouvant être différés avant passage en chaîne de décontamination « invalides ». Ces gestes seront réalisés après décontamination interventionnelle, en association, lorsque nécessaire, avec l'administration d'antidotes et des gestes de *damage-control*. Dans le contexte NRBC, le PRV (point de rassemblement des victimes) nécessite pour traiter 300 victimes dont 50 UA, un approvisionnement en matériel et drogues représentant environ 900 kg, ce qui génère des contraintes logistiques majeures. Les textes en vigueur actuellement (circulaire 700) sont en cours de refonte : guide du PRV en ambiance chimique. Deux priorités émergent actuellement, la médicalisation de l'avant (avec nécessité majeure de formation de l'ensemble des intervenants et la structuration des établissements de santé pour faire face à l'afflux de victimes (déjà médicalisées ou non) en contexte chimique

La relève des blessés en zone de combat a été le sujet du Dr Alain PUIDUPIN de la Direction générale de la santé / Service de santé des armées. Le combat actuel a évolué de la notion classique vers la notion de combat asymétrique (principalement terrorisme). La conséquence en est la nécessité d'une chaîne de santé intégrée (commandement unique avec les intervenants non-santé) et cohérente (assurant la continuité des soins). Les intervenants santé dans ce contexte devront bénéficier d'une préparation au milieu assortie d'une préparation spécifique (*damage control*) en préalable à leur mission. Les soins seront à assurer sous le feu, puis au sein du nid de blessés. La littérature récente souligne l'incidence (estimée à 25%) des blessés relevant, dans ce contexte, d'une plus-value apportée par la médicalisation précoce. La notion de zone de danger doit être étendue à la notion d'axe de danger (considérations balistiques) et à la prise en compte de la possibilité de piégeage. Il est souligné la nécessité, dans ce contexte, de disposer d'un système de communication et de cartographie efficaces.

La médicalisation en Haute montagne a été présentée par Dr François ALBASINI de l'Association nationale des médecins et sauveteurs en montagne qui a présenté plusieurs vidéos illustrant les dangers survenant au cours d'opérations de sauvetage en montagne (sauvetage en paroi et secours héliporté). La zone d'exclusion est celle d'une potentielle sur-avalanche. Un algorithme de triage en milieu avalancheux, et le concept de triage inverse spécifique à ce contexte a été illustré pour lesquels existent des recommandations formalisées d'experts (référentiel ANMSM) récentes.

2) Deuxième session Controverse évacuation directe PRV versus PMA

Elle a été Présidée par le Pr J-P AUFFRAY et modérée par le Dr J-M PHILIPPE de la Direction générale de la santé.

Le MG Henri JULIEN, SFMC, ouvre le débat en présentant l'historique de la chaîne de secours et soins d'urgence, dérivée directement de la chaîne militaire avec un PMA en croix lieu du

triage et de la mise en condition d'évacuation auquel s'est substitué le PMA en losange plus dynamique. Au tri médical s'est substitué un tri séquentiel pratiqué en premier lieu par les secouristes puis par les médecins au PMA et à l'accueil hospitalier. Le concept de PRV apparaît avec l'adaptation de la chaîne de secours au risque NRBC. Dans le même temps il est reproché au concept de PMA appliqué de manière rigide, le retard à l'évacuation des EU. Le respect de la *golden hour* et de recours rapide au chirurgien pour les blessés hémorragiques balistiques ont conduit à évacuer les blessés hémorragiques EU directement du PRV au bloc opératoire.

Le Pr Pierre-Yves GUEUGNIAUD, SFMU, complète la présentation en soulignant la nécessité d'adapter le schéma général opérationnel prévu par le plan à la situation réelle en privilégiant l'efficacité et la rapidité d'évacuation régulée des blessés les plus graves. L'adaptabilité et la coordination interservices étant le facteur déterminant, le plan étant une boîte à outils au service de l'organisation générale de la filière de soins.

Le Pr JP TOURTIER, BSPP, souligne qu'en 10 min le secouriste doit avoir fait un geste simple et que dans le délai de 30 min le médecin doit avoir lancé les techniques de *damage control*. Un plan n'est qu'un plan il faut rajouter au plan l'intelligence de situation : coller au contexte. Le Dr François Braun souligne l'importance de la maîtrise de la filière de soin qui va de la médicalisation de terrain au bloc opératoire et dont la qualité détermine le devenir des patients pris en charge.

Pour le Pr Benoit VIVIEN, SAMU 75, le Plan est le faisceau du caducée, la réalité est assimilable au serpent du caducée qui s'enlace autour du faisceau directeur. Le Dr Henri Julien rappelle que le focus actuel privilégie légitimement les EU, mais que ceux-ci ne sont pas les seules urgences, elles représentent 10 à 20 % des victimes somatiques, les autres devant bénéficier également des soins médicaux.

Le Général Boutineau, commandant la BSPP rappelle la nécessité du PMA qui met les victimes en sécurité, permet la distribution des soins et le recensement des victimes. Les attaques balistiques et les blessés hémorragiques qu'elles provoquent ne devant pas faire oublier les autres types d'intervention, le plan permettant également aux intervenants dans les premières minutes de retrouver des lignes de conduite éprouvées.

- 3) **Le soutien opérationnel** a été présidé par le Docteur en pharmacie Denis Josse du SDIS 06 et modéré par le Dr Magali Jeanteur, SFMC.

Mme Audrey Adam empêchée a été remplacée par M Vincent BOUDY, pharmacien PH à l'Université de Paris Descartes qui a présenté la thermostabilité des médicaments. La réglementation sur la conservation des médicaments peut être différente selon les pays (ex USA VS France). Certains médicaments sont particulièrement sensibles à la congélation (ex : insuline) ou à la chaleur (ex : vaccins). Les données concernant la thermostabilité peuvent être obtenues en contactant les laboratoires fournisseurs. Les indicateurs de température ne sont pas toujours fiables. Des études de stabilité en conditions réelles d'utilisation devraient être effectuées.

Mme CHEVALLIER BRILLOIT, pharmacien PH au CHU de Grenoble, a ensuite présenté les principaux ajustements effectués sur la dotation des Postes Sanitaires Mobiles (introduction d'une quarantaine de nouvelles spécialités) et sur leur gestion au moyen de l'outil national SIGeSSE. La pertinence de la création de PSM pédiatriques a été soulignée. Mme Géraldine GUERIN, pharmacien chef du SDIS44, a présenté le rôle des équipes pharmaceutiques des SDIS dans la conception et la dispensation des produits de santé notamment à travers les exemples des dernières interventions en situation de crise (attentat de Nice et séisme d'Haïti).

Enfin le médecin urgentiste Cédric CHADOURNE du SAMU 31 a présenté un outil de communication satellitaire développé par le SAMU31 pour répondre aux besoins d'autonomie en communication et pour faire face aux risques de saturation des réseaux en situation de crise.

- 4) La session **Techniques et matériels nouveaux** a été présidée par le Dr L. RONCHI, SFMC et modérée par le Dr L. GABILLY du SAMU 69.

Dr Y. ASECIO (HIA Robert Picqué): Mécanismes d'actions des hémostatiques locaux :

De cette communication très claire on retiendra qu'en plus des adjuvants de l'hémostase locale contenus dans les différents pansements hémostatiques, c'est la compression et le maintien de cette compression par bandage qui maintient le clou plaquettaire (la première publication sur le packing date de 2012).

Pr S. TRAVERS (BSPP) : Moyens de contrôle des hémorragies extériorisées non garrotables :
Revue exhaustive des différents hémostatiques locaux et de leurs indications et modes d'emploi. L'accent est mis sur la nécessité de les utiliser au moment opportun, et d'associer un effet local à une compression également locale (intérêt dans ce contexte du pansement dit « israélien »). Rappel des localisations prépondérantes actuellement, à savoir jonctionnelles, du fait du port d'équipements de protection balistique individuels.
Dr G DEBATY (SAMU 38) : lutte contre l'hypothermie de l'hémorragie :

Rappel de l'incidence élevée de l'hypothermie au cours du choc hémorragique ou du polytraumatisme. Rappel de la définition de la température centrale et des différents sites et dispositifs de mesure. Il est souligné la difficulté d'un réchauffement actif au moyen de dispositifs de réchauffement des solutés perfusés du fait d'un débit relativement faible. La nécessité d'un enveloppement complet dans une couverture de survie (face argentée au contact du patient) est rappelée, sur la base de la physiologie des pertes thermiques chez l'humain. L'importance d'une mesure systématique, correctement réalisée, de la température centrale est mise en exergue de l'exposé.

MC B. CLAVIER, centre de transfusion sanguine des armées, Clamart : Place du plasma lyophilisé et du sang total :

Rappel historique sur les indications et la réalisation des transfusions massives au cours du choc hémorragique. Présentation du plasma lyophilisé (PLYO), de ses indications, de son

intérêt particulièrement au niveau de l'apport de facteurs de coagulation lors de transfusions abondantes, des aspects pratiques de sa mise en œuvre. Présentation de la technique et des indications de transfusion de sang total, avec rappel des contraintes dues à la situation, et de leur congruence avec la réglementation actuelle.

Eric d'Andigné, rapporteur de séance.

Avec le concours de D. Josse, H. Julien, L. Ronchi.