

Prise en Charge Hospitalière à Proximité de Lieu de Fusillade

RETEX Attentats du 13 Novembre 2015

SAU Hôpital Saint-Louis
Dr Jean Paul Fontaine

Déroulement :



1: Enceinte de l'Hôpital Saint-Louis

2: Le petit Cambodge

3: Le Carillon

21h15 : Changement d'équipe paramédicale SAU

21h25 : 1^{ère} fusillade angle rues Bichat et Alibert

21h31: 1^{ère} alerte téléphonique par IDE sur le chemin

21h35 Alerte par médecin présents sur lieux de fusillade

21h42 Inscription du premier patient au SAU

Deux premiers patients



N°1: Amené au bras d'un ami, ne sais pas qu'il est blessé par balle: Plaie du mollet

N°2: Amenée par IDE de service en civil et brancardier du service parti au dehors chercher victime: UA

Demande de renforts par mobilisation de ressources sur place

Chirurgien viscéral sur place prévient le bloc opératoire

Contact Senior SAU / SAMU
Contact CDS SAU / Senior SAU
Contact CDS SAU / Direction

Adaptations type « Plan Blanc »

- Actions:

- Libération de lits (SAU , UHCD)



Lits disponibles un
vendredi soir: H de
semaine

- Continuité PEC Patients hors attentats



Délégation à des
médecins non urgentistes
(patients non urgents)

- Triage des victimes : UA/UR



Triage simplifié
Le plus en avant **possible**



Apport chirurgical/ Anesth
Réa



- Relations avec Réveil et Blocs



Passage rapide en salle de
réveil pour les UA

- Accès à l'imagerie



Ouverture 2^{ème} scanner

- Accueil des familles



Filière spécifique si
possible

Faire face à l'afflux de victimes

Tableau 1 Caractéristique des victimes vues aux urgences des hôpitaux de proximité

Hôpital	Saint-Louis	Saint-Antoine
Nombre de blessés	26	45
Hommes, <i>n</i> (%)	16 (61)	26 (57)
Femmes, <i>n</i> (%)	10 (39)	19 (43)
Âge (ans)	32 ± 10	35 ± 10
Mode d'arrivée		
Médicalisé (UMH)	0	6
Premier secours non médicalisé	20	36
Spontané	6	3
Orientation		
Bloc opératoire ou réanimation	9	9
Hospitalisation	15	20
Chirurgie ambulatoire ou retour à domicile	3	14

Les données sont exprimées en moyenne ± écart-type ou nombre (%). UMH : unité mobile hospitalière.

à paraître

Annales françaises de
 médecine d'urgence



Où sont les nœuds dans le parcours? (Potentiels ou Rencontrés)

- 1/ Mobilisation
- 2/ Inscription identification
- 3/ Information
- 4/ Compétences/transferts

Mobilisation des personnels

- ▲ Exceptionnelle sur tous les secteurs
- ▲ Rôle majeur des cadres
- ▲ Horaire favorable
 - Changement d'équipe
- ▲ Centralisation des besoins et des offres (actualisation)
- ▲ Accessibilité et proximité des personnels:
 - Politique de logement ?
 - Comment organiser la venue des personnels, les rotations, les relèves...
- Rôle des réseaux sociaux ?

Tableau 2 Personnels des urgences présents avant et pendant l'événement sur le site des urgences

	Saint-Louis	Saint-Antoine
Présence sur SU à 21 h 15		
IDE	4	8
AS	3	7
Urgentiste	2	4
Cadre	0	1
Personnel administratif	0	1
Présence sur SU à 24 h 00		
IDE	6	15
AS	5	13
Urgentiste	5	8
Cadre	3	4
Personnel administratif	0	2

SU : service des urgences ; IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'État ; AS : aide-soignant.

à paraître

Annales Françaises de
 médecine d'urgence



Identification Inscription Traçabilité

- ▲ Afflux de victimes en peu de temps
- ▲ Identification
- ▲ Différents systèmes
 - (Gilda, Sinus, Victimes, Urqual...)
 - Différentes victimes
 - Déjà identifiées sur place ou venues « hors système »
- ▲ Système informatique
- ▲ Dossiers patients

Vive le papier ?

Mode dégradé +++

Risques potentiels: Mais où est Mr X? Mais qui est Mr X? Quel est le nom de Mr X?

Nœud N°3 L'information

- ▲ L'alerte de proximité à mieux intégrer
- ▲ Quelle information dans une situation en mouvement?
 - Le SAMU
 - La cellule de crise
 - La télévision ?
 - Les réseaux sociaux ?
- ▲ Système de communication à améliorer

Impression initiale de
« blackout »

Le MOT de « plan blanc » n'a jamais été prononcé dans cette circonstance (ce n'est pas un problème)

Compétence et Transferts

- ▲ Mobilisation Anesth/Réa et chirurgicale
- ▲ Compétences chirurgicales
 - Viscérale, Plastique, Urologie, Maxilo-faciale
- ▲ Transférer le patient ou transférer une compétence sur site
 - Impossibilité de transfert pendant phase critique
 - Patients « non régulés »
 - Demande de chirurgien vasculaire



Les patients qui ont nécessité une prise en charge urgente ont été pris en charge sur place.

Importance de la régulation (pas de transfert pour patients régulés)
Transferts en service spécialisé dans un second temps

Conclusion

- Un site à proximité d'un attentat est forcément impacté quel que soit son niveau d'équipement et de ressources.
- Tout site est susceptible d'être un Hôpital de premier recours et doit se penser et s'organiser comme tel.
- Importance d'une mobilisation précoce pour phase initiale
- Importance du tri et interface avec blocs opératoires
- Enjeux sur identification / inscription
- Enjeux sur la disponibilité de lits
- Besoins d'informations / système de communication
- Intrication de ces différents éléments