

## Médicalisation de situations d'exception : prises d'otages et forcenés

J.-S. DAVID<sup>1</sup>, O. LAMOUR<sup>2</sup>, S. PEYREFITTE<sup>3</sup>

### Points essentiels

- Lors de toute situation aiguë telle qu'une prise d'otage ou le retranchement d'un forcené, si la situation ne peut être résolue rapidement avec des moyens locaux, des groupes spécialisés de la police (RAID, GIPN) ou de la gendarmerie nationale (GIGN) sont engagés.
- Il existe au sein de ces groupes d'intervention des unités médicales composées de médecins (RAID, GIPN), auxquels peuvent s'ajouter des infirmiers (GIGN).
- Ces médecins sont présents sur les lieux de l'intervention pour porter assistance à toutes personnes blessées au cours du déroulement de la mission pour laquelle le groupe spécialisé a été déclenché.
- Le médecin de ces groupes d'intervention est responsable de l'organisation des secours en zone police ou gendarmerie ; il est également chargé d'apporter les soins initiaux, de faire le lien avec les unités de SMUR et de Sapeurs Pompiers potentiellement engagées sur les lieux, enfin d'apporter, le cas échéant, ses conseils aux autorités.

1. Unité d'Urgence Chirurgicale et d'Accueil des Traumatisés Sévères, Service d'Anesthésie-Réanimation, Centre Hospitalier Lyon Sud, Hospices Civils de Lyon, Pierre Bénite ; Faculté de Médecine Charles Mérieux, Université Claude Bernard Lyon 1, Oullins.

2. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Européen Georges Pompidou, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, Paris.

3. Antenne Médicale Spécialisée, Satory.

Correspondance : Pr J.S. David, Service d'Anesthésie Réanimation, Centre Hospitalier Lyon Sud, F-69495 Pierre Bénite cedex. E-mail : jean-stephane.david@chu-lyon.fr

- Les médecins participant à ces missions sont tous qualifiés en médecine d'urgence et/ou anesthésie-réanimation, très expérimentés, et rompus à la prise en charge de tous types d'urgence vitale ; ils doivent de plus être capables d'accompagner le groupe d'intervention quel que soit le milieu environnant et de mettre en œuvre les techniques médicales adaptées à la situation.
- Les médecins participant à ces activités s'engagent à respecter la confidentialité des informations portées à leur connaissance et à se conformer à toutes les obligations imposées aux personnels du Ministère de l'Intérieur.

## 1. Introduction

Les groupes d'intervention spécialisés des forces de police ont vu le jour au début des années 60 aux États-Unis (1965 : création du SWAT de Los Angeles) (1). Ces groupes ont été créés pour faire face à des individus ou des groupes d'individus dangereux car fortement armés et/ou retranchés dans des lieux difficiles d'accès. Au fil des années et des événements est apparu également la nécessité de disposer de groupes capables non seulement de pouvoir appréhender des individus dangereux (mission de police judiciaire, forcené), mais également de résoudre des prises d'otages, voire de réaliser des opérations de contre-terrorisme. En Europe, les premiers groupes spécialisés ont été créés au lendemain de la prise d'otages sanglante de Munich (1972, 11 athlètes israéliens tués) avec le GIPN (*Groupe d'Intervention de la Police Nationale*, 1972), le GSG9 Allemand (1973), et le GIGN (*Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale*, 1974), puis le RAID (*Recherche, Assistance, Intervention, Dissuasion*, 1985). Au fil des années, ces groupes ont permis la résolution de nombreuses situations complexes (Détournement de l'Airbus d'Air France, Marignane, 1994 ; Prise otage, Maternelle, Neuilly, 1993 ; forcenés ...) au cours desquelles des blessés ou morts ont pu être dénombrés (2). La médicalisation de ces groupes s'est donc progressivement développée de part et d'autre de l'Atlantique afin de proposer une prise en charge précoce et adaptée des blessés.

## 2. Préciser les circonstances dans lesquelles une médicalisation est nécessaire

Une médicalisation est nécessaire chaque fois que la situation tactique présente un risque du fait de la dangerosité d'un individu ou d'un groupe d'individus, pour autrui et/ou pour eux-mêmes, de la nature supposée des armes en leur possession, enfin de l'éloignement du site d'intervention. Ce risque existe bien sûr pour l'individu à appréhender, les témoins ou otages, et enfin pour les fonctionnaires en charge de la mission. Une rapide recherche sur *Google* permet de retrouver dans la presse grand public la trace d'intervention des groupes d'intervention où il est fait mention de blessés ou de morts et pour lesquels le concours des équipes

médicales a été primordial (2-6). Un unique cas clinique, publié en 2009, illustre également l'intérêt potentiel d'un médecin sur les lieux d'une intervention. Les auteurs décrivent la prise en charge, par 2 médecins d'un groupe d'assaut, d'un officier de police victime d'une plaie cervicale par arme à feu, rapidement associée à une hémorragie massive et à une détresse respiratoire. Grâce à une trachéotomie réalisée sur place et à la mise en place de pinces, la ventilation et l'hémorragie étaient contrôlées, et l'évolution était ensuite favorable (4).

La littérature scientifique reste cependant très pauvre sur ce sujet qu'il est désormais convenu d'appeler « *Tactical Emergency Medicine* ». Dans un travail déjà ancien (1994), portant sur les 200 plus grandes métropoles US, le bilan était assez sombre puisque si 38 % des personnels répondant à l'enquête avaient eu à faire face à un traumatisme significatif en opération (plaie par arme à feu, fractures multiples...), il en ressortait que le soutien médical à cette époque reposait dans 69 % des cas sur une ambulance civile postée à proximité de la zone d'intervention, et que 94 % des intervenants n'avaient aucune formation ni équipement spécifique, ce qui les empêchait d'intervenir dans la zone à risque (7). De plus, moins de 30 % des policiers étaient formés au secourisme. Un travail plus récent d'analyse d'une banque de données nord-américaine (1998-2007) dénombrait le décès de 341 officiers de Police. Les causes de décès les plus fréquentes étaient représentées par les traumatismes crâniens (n = 198) puis les traumatismes thoraciques (n = 90). Les auteurs considéraient que 123 morts étaient évitables, la plupart impliquant des lésions thoraciques. En France, un travail non publié, présenté en 2007, a recensé durant la période 1990-2001 355 blessures des personnels du GIGN, dont 32 % survenues en intervention, et parmi lesquelles étaient dénombrées 26 % de plaies par arme à feu (8). Les pathologies rencontrées chez les tiers pouvaient comprendre des blessures par armes à feu (tirs de riposte ou autolyse), des traumatismes fermés, enfin des polycrâniages et des blasts. S'il n'existe pas de statistiques ayant recensé l'ensemble des patients pris en charge par les équipes médicales des groupes d'intervention en France, on estime ce nombre à plusieurs centaines.

En France, le soutien médical sera ainsi systématiquement engagé avec les groupes d'intervention sur toutes les missions d'urgence (prise d'otage(s), forcené, mutinerie) mais également sur certaines missions de police judiciaire (interpellation d'individu(s) à risque et/ou connu(s) comme étant armé(s), flagrant délit), opération de contre-terrorisme (détournement de l'Airbus d'Air France à Marignane, 1994), certaines opérations à l'étranger (prise d'otages multiples comme par exemple l'opération Thalatine avec la libération des otages du Ponant), enfin également lors de certains entraînements particulièrement à risque.

Il existe une différence importante entre les missions d'urgence et les missions de police judiciaire (PJ) : un dispositif de secours est fréquemment déployé (SP et/ou SMUR) sur les premières, alors qu'aucun dispositif de secours n'est présent lors des missions de PJ. L'actualité récente nous a cependant rappelé que lors des missions de PJ, que l'on pourrait qualifier « de basse intensité », des incidents graves pouvaient survenir et justifiaient une présence médicale (3). En ce qui concerne les

opérations à l'étranger, qui constituent un cas particulier, en dehors d'un soutien militaire français par une structure localement implanté (par exemple le CH Bouffard, Djibouti) ou d'un navire présent sur zone (type *Bâtiment de Projection et de Commandement*), l'aide potentielle peut être extrêmement limitée.

### 3. Organisation et rôle des groupes médicaux d'intervention

#### 3.1. Organisation des Groupes d'Intervention Police/Gendarmerie

L'organisation des groupes médicaux d'intervention (GMI) est calquée sur celle des groupes dont ils assurent le soutien médical. On distingue les groupes de la *Force d'Intervention de la Police Nationale* (FIPN : GIPN et RAID) et celui de la *Gendarmerie Nationale* (GIGN). Le RAID et le GIGN ont une compétence nationale et sont basés en région parisienne, alors que les GIPN ont une compétence régionale et sont au nombre de 7 en métropole (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Nice, Rennes, Strasbourg) et 3 en outremer (Pointe-À-Pitre, St Denis, Nouméa). À titre d'exemple, le GIPN de Lyon couvre 15 départements. Il convient d'y ajouter la *Brigade de Recherche et d'Intervention* de Paris (BRI) dont la zone de compétence est centrée sur la couronne parisienne. Les groupes de la FIPN collaborent ensemble au quotidien et sont susceptibles de se rassembler avec le GIGN en particulier en cas d'événement impliquant de multiples victimes (prise d'otages du théâtre de Moscou 2002, > 100 morts ; école de Beslan, Ossétie du nord 2004, > 300 morts) et/ou d'attaques multiples simultanées (hôtels à Bombay en novembre 2008, > 100 morts) (9). L'*Unité de Coordination des Forces d'intervention* (UCoFI), créée en juin 2010 est chargée de donner davantage de cohérence, de transparence et d'efficacité collective aux forces d'intervention spécialisées du Ministère de l'Intérieur. Elle n'a pas de rôle d'autorité hiérarchique mais plutôt comme rôle de faciliter la coopération entre les unités et de proposer des entraînements voire des procédures d'engagements communs.

Le RAID et la quasi-totalité des GIPN dispose d'un GMI avec un médecin d'astreinte  $H_{24}$ , alors que le GIGN dispose d'un binôme médecin-infirmier  $H_{24}$ . Les membres des GMI disposent d'une tenue d'intervention identique aux membres du groupe, d'un équipement individuel de protection balistique (casque, gilet pare-balle), de moyens de communication radio, ainsi que d'un matériel médical leur permettant de prendre en charge plusieurs blessés graves.

##### 3.1.1. Rôles des Médecins

Les médecins des GMI ont plusieurs rôles sur les lieux d'une intervention :

- **Organisation** : le médecin du GMI est responsable sur la zone police de l'organisation des opérations de secours dans la mesure où il est le seul personnel médical à pouvoir y pénétrer. Il lui importe donc, en arrivant sur les lieux, d'évaluer la situation avec le chef de groupe, puis de s'enquérir des moyens de secours et d'évacuation éventuellement présents sur les lieux, et le cas échéant, de l'organisation du dispositif de santé mis en place ou à mettre en place. Lors des missions

d'urgence, il se met en rapport avec le SAMU du département concerné (création d'une fiche de pré-alerte).

– **Soins** : il doit prendre en charge *toutes* les personnes blessées au cours des opérations de police. Le but est d'évaluer la situation, de prodiguer les premiers soins, et le cas échéant, de demander des renforts et/ou des moyens d'évacuation.

– **Conseils aux autorités.**

D'autres missions existent en dehors du contexte opérationnel :

– **Formation** aux techniques de premiers secours des membres du groupe.

– **Suivi médical** des membres du groupe (RAID, GIGN).

– **Veille technologique.**

### 3.1.2. Déroulement des missions

Les missions comprennent habituellement 5 temps :

- alerte, préparation du matériel ;
- préparation de la mission (« briefing ») ;
- négociation/assaut ;
- sécurisation des lieux ou reprise ;
- débriefing.

## 4. Préciser les rapports de l'équipe médicale avec le dispositif policier et présenter les spécificités de l'intervention médicale selon le type de situation : lieu public, centre pénitentiaire, zone rurale versus urbaine...

Lors d'une intervention, le médecin ou le binôme médecin-infirmier fait partie intégrante du groupe d'intervention. En opération, il se met à la disposition du chef du groupe d'intervention et se conforme aux directives opérationnelles données. Il apporte son concours lors de la réalisation de la mission à travers des soins éventuels en tenant compte des caractéristiques techniques de la mission pour le soutien santé. Ces caractéristiques tiennent à plusieurs facteurs dont :

- le nombre et l'âge des victimes impliquées (otages, blessés...), comme par exemple lors de l'affaire de la maternelle de Neuilly en 1993 ;
- la nature des blessures et/ou de l'atteinte psychiatrique ;
- les caractéristiques géographiques du lieu et son éloignement potentiel (milieu rural ou montagneux, territoire national ou étranger) avec en conséquence un délai d'évacuation potentiellement augmenté ;
- les caractéristiques architecturales du lieu avec des zones potentiellement moins favorables à une médicalisation (cité, prison, zone d'émeute, moyens de transport : avion, bateau, métro) ;

- l’ambiance du lieu : jour ou nuit, bruit (explosions répétées...) ;
- la durée de l’intervention (relève à prévoir au-delà de 24 h) ;
- les caractéristiques du réseau de soins de la région où intervient le groupe : distance du 1<sup>er</sup> centre hospitalier disposant d’un plateau chirurgical, capacités en chirurgie cardiothoracique ou neurochirurgie ;
- les moyens d’évacuation disponibles : terrestres ou hélicoptés ;
- les moyens santé éventuellement déployés en complément sur les lieux de l’intervention : SMUR et/ou équipage de SP.

#### 4.1. Cas particulier des Prises d’Otages Massive (POM)

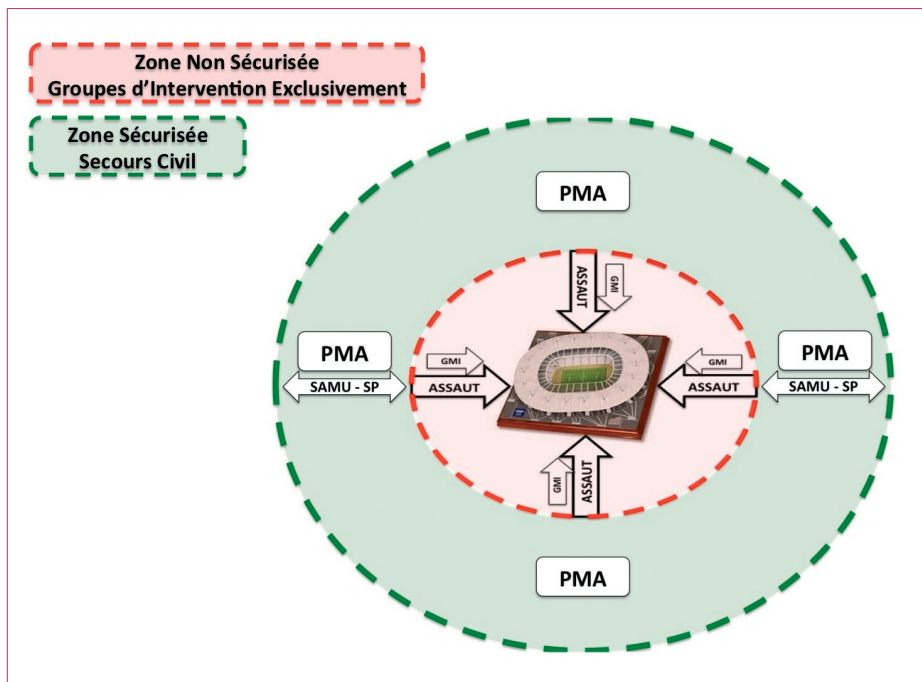
Si la médicalisation d’une intervention de portée limitée, où peuvent néanmoins être engagés plusieurs médecins de groupes différents, est bien rodée (émeutes de Grenoble durant l’été 2010), l’organisation d’un dispositif santé pour un événement de grande ampleur tel qu’une POM ou pour faire suite à certains événements récents, le passage à l’acte d’un tueur de masse (« Mass Killer » ; Utoya 22/07/2011 ; Liège 13/12/2011), est beaucoup plus difficile à imaginer puisque les différents exercices réalisés jusqu’alors (stade de France, TGV) n’ont testé que la partie technique « police » (10).

Il est néanmoins vraisemblable qu’en cas d’événement de grande ampleur, des schémas classiques de médecine de catastrophe seront appliqués et que deux zones seront alors définies (Figure 1) :

- **zone à risque (zone police)** : zone non sécurisée, accessible exclusivement aux forces d’intervention et aux équipes des GMI ;
- **zone sécurisée** : zone où seront regroupées les unités de SMUR et de SP (à condition que toute menace NRBC ait été exclue), et où un poste médical avancé (PMA) sera déployé ;
- l’évacuation des patients de la zone à risque vers la zone sécurisée (« petite noria »), où seront situés le (ou les) PMA, se fera par des personnels disposant d’un équipement individuel de protection (membres des GMI et des groupes d’intervention).

Les GMI des groupes d’intervention seront alors engagés massivement à l’avant et l’un des médecins devra être désigné pour coordonner le dispositif médical dans la zone police (Directeur des Secours Médicaux Zone Police). La médicalisation par les GMI interviendrait pendant l’assaut, la phase de reprise (exploration et sécurisation des lieux), et de post-reprise (examen et évacuation des otages, recherche de terroriste dissimulé parmi les otages), l’objectif étant d’assurer une évacuation la plus précoce possible vers la zone sécurisée. En ce qui concerne ce dernier point, deux remarques sont à formuler. La première concerne la difficulté dans ce contexte à repérer d’éventuels preneurs d’otages dissimulés parmi les otages, ce qui pourrait avoir des conséquences dramatiques par la suite. Une phase de fouille systématique devra donc être réalisée avant l’évacuation des otages. Le deuxième point concerne la durée de la crise car si celle-ci est amenée

**Figure 1** – Organisation schématique du dispositif de secours en cas de prise d’otages massive dans un stade



à durer, l'évacuation précoce de la zone à risque vers la zone sécurisée risque d'être complexe à organiser par les GMI, qui seront largement utilisés pour le soutien des unités d'intervention ainsi que par les soins aux éventuelles victimes (potentiellement nombreuses).

## 5. Détailler la formation des médecins spécifiquement attachés aux groupes d'intervention de la Police ou de la Gendarmerie

La formation des médecins attachés à ces unités spéciales comporte deux aspects : médical et tactique.

- **Sur le plan médical**, ces médecins doivent tous être *très expérimentés* et capables de travailler seul, à l'instar de ce qui est observé en secours en montagne. En terme de formation initiale, ils seront tous titulaire du DES d'Anesthésie Réanimation ou d'un diplôme de médecine d'urgence (CAMU ou DESC), mais également de la Capacité de Médecine de Catastrophe. Ces médecins doivent également avoir une excellente connaissance et une pratique très régulière de l'urgence vitale et traumatologique (niveau expertise). Par pratique régulière de l'urgence vitale, s'entend la pratique quotidienne ou la réalisation de gardes,

dans des SMUR à forte activité, dans des bloc opératoires (urgences), des déchocages (CHU) ou des services de réanimation.

- **Sur le plan tactique**, le médecin doit être capable d'accompagner le groupe quel que soit le milieu rencontré, malgré la charge transportée et l'équipement de protection (> 15 kg). Sa formation inclura donc :
  - des techniques de franchissement voire d'aérocordage ou d'hélicoptère ;
  - une connaissance des tactiques d'intervention ;
  - une initiation aux techniques d'autodéfense (ou légitime défense) ;
  - une connaissance des armes et de leur manipulation (mise en sécurité) ;
  - une maîtrise des matériels et techniques spécifiques (protection, progression, communications) ;

La participation des médecins à des exercices réguliers avec les groupes d'intervention sera donc indispensable. Enfin, depuis 1 an, est organisé par l'Université Paris 5, un diplôme universitaire intitulé « *Gestion de Crises et Sécurité Intérieure* » qui permet de donner une base théorique à des médecins ou des personnels impliqués dans ce type de mission (policier, gendarme, magistrat) (11).

## 6. Discuter les aspects éthiques de ces interventions

En intervention, le médecin est soumis au code de déontologie édicté par le Conseil de l'Ordre des Médecins lorsqu'il est médecin civil (FIPN) (12), et par un décret spécifique quand il est médecin militaire (décret n° 2008-967 du 18 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées). L'équipe médicale est par ailleurs soumise à l'obligation de se conformer à toutes les obligations imposées aux personnels du Ministère de l'Intérieur (FIPN) ou de la Défense (GIGN) et à observer la discrétion la plus absolue sur les informations portées à sa connaissance à l'occasion de l'exercice de la mission.

Le médecin ou le binôme médecin-infirmier (GIGN), est inclus dans le groupe d'intervention afin de délivrer le plus précocement possible des soins à toutes personnes dont l'état le nécessiterait.

## 7. Conclusion

L'activité des groupes d'intervention, par définition à haut risque, nécessite un appui médical fort. Celui-ci repose sur un nombre restreint de médecins choisis et bien intégrés au sein de leur groupe, très aguerris aux techniques de réanimation des urgences vitales, formés et entraînés aux contraintes tactiques, afin de pouvoir aider le groupe d'intervention en toutes circonstances, surtout les plus difficiles.



## 8. Remerciements

Nous remercions pour ses commentaires techniques le Capitaine Sébastien C., Commandant du GIPN de Lyon. Nous tenons également à remercier et saluer le travail de l'ensemble des Policiers et Gendarmes des Groupes d'Intervention.

## Références

1. Wipfler E.J., Heiskell L.E., Smith J., Campbell J.E. Tactical Medicine Essentials. Physicians ACEP editor. Sudbury: Jones and Bartlett Learning International; 2012.
2. Un gendarme du GIGN tué, deux autres blessés. La Dépêche.fr : 21 janvier 2007.
3. Un suspect fait une chute mortelle lors de son interpellation à Bourg. Le Progrès.fr : 11 octobre 2011.
4. Metzger J.C., Eastman A.L., Benitez F.L., Pepe P.E. The lifesaving potential of specialized on-scene medical support for urban tactical operations. Prehosp Emerg Care 2009 ; 13 : 528-31.
5. Un forcené tué lors de l'intervention du GIPN à Vichy. Le Point.fr : 4 juillet 2008.
6. Un forcené tire plus de quinze fois sur le RAID. Le Parisien.fr : 13 octobre 2010.
7. Jones J.S., Reese K., Kenep G., Krohmer J. Into the fray: integration of emergency medical services and special weapons and tactics (SWAT) teams. Prehosp Disaster Med 1996 ; 11 : 202-6.
8. Forel A. Médecin du GIGN. CARUM, Urgence 2007 ; Paris.
9. Les attaques de Bombay. 2008; [http://www.lexpress.fr/actualite/monde/asia/les-attaques-de-bombay\\_714241.html](http://www.lexpress.fr/actualite/monde/asia/les-attaques-de-bombay_714241.html). Accédé le 24 octobre 2011.
10. Exercice Prise Otage Multiple ; <http://actualite.lefigaro.fr/gign-raid-exercice.html>. Accédé le 24 octobre 2011.
11. DU Gestion de Crise et Sécurité Intérieure. Université Paris 5. <http://www.scfc.paris-descartes.fr/index.php/descartes/formations/biomedicale/du-gestion-de-crisis-et-securite-interieure-aspects-medicaux-et-organisationnels>. Accédé le 24 octobre 2011.
12. Code de déontologie. <http://wwwconseil-nationalmedecinfr/groupe/17/tous>. Accédé le 24 octobre 2011.