



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Organisation du système de soins face à un afflux massif de blessés de guerre en milieu civil – retour d'expérience du 13 novembre 2015[☆]

Organization in response to massive afflux of war victims in civilian practice – experimental feedback from the November 2015 Paris terrorist attacks

M. Borel^a, R. Rousseau^{b,c}, F. Le Saché^a, D. Pariente^d,
S. Castro^d, M. Delay^d, P. Hausfater^{c,d}, M. Raux^{a,c,*},
F. Menegaux^{c,e}

^a Département d'anesthésie réanimation, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, AP-HP, 75013, Paris, France

^b Service d'orthopédie et traumatologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, AP-HP, 75013, Paris, France

^c Sorbonne universités, UPMC université Paris 06, 75013 Paris, France

^d Service d'accueil des urgences, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, AP-HP, 75013, Paris, France

^e Service de chirurgie viscérale et endocrinienne, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière Charles-Foix, AP-HP, 75013, Paris, France

MOTS CLÉS

Afflux de victimes ;
Traumatisme
pénétrant ;
Plan blanc

Résumé Faire face à l'afflux d'un grand nombre de victimes d'arme de guerre dans un centre de traumatologie civil doit s'anticiper. Un plan définissant les principes de la prise en charge, les acteurs de celle-ci et leurs relations, est essentiel. Un flux unidirectionnel de patients associé à la disponibilité d'un nombre de soignants suffisant sous la direction d'un directeur médical unique sont des mesures nécessaires mais non suffisantes pour éviter la saturation du dispositif hospitalier. Une concertation régulière entre le directeur médical, les acteurs

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2017.07.007>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant. Salle de surveillance post-interventionnelle et d'accueil des polytraumatisés, département d'anesthésie réanimation, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France.

Adresse e-mail : mathieu.raux@aphp.fr (M. Raux).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jchirv.2017.07.007>

1878-786X/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

du préhospitalier et les équipes chirurgicales doit permettre, si nécessaire, d'envisager des techniques chirurgicales de « damage control ». À travers le retour d'expérience d'un centre de traumatologie de référence, ayant accueilli 53 victimes des attentats du 13 novembre 2015 à Paris, nous présentons les facteurs de réussite, les points de difficultés ainsi que ceux qui auraient pu poser problème.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Mass casualties;
Penetrating trauma;
Code

Summary Receiving a great number of war firearms casualties in a civilian trauma center requires anticipation. A plan defining the principle of management, the involved physicians and nurses and their interaction with each other is essential. A one-way patient influx associated with the availability of a sufficient amount of staff physicians and nurses led by a medical director may prevent trauma center saturation. Regular interaction between medical pre-hospital regulation and medical director, and between surgical teams and medical director must allow if necessary to consider surgical techniques of "damage control". Through the feedback of a level-1 trauma center, that received 53 victims of the November 13, 2015 terrorist attack in Paris, we present the factors of success, and stumbling blocks.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière est un des six centres labellisés pour l'accueil des traumatisés sévères en Ile de France. Les patients traumatisés sévères (au moins un critère de Vittel [1]) sont habituellement pris en charge en salle de surveillance post-interventionnelle et d'accueil des polytraumatisés (SSPIAP) du département d'anesthésie réanimation. À proximité immédiate de 13 blocs opératoires, elle comporte 19 emplacements. Un dépôt de sang pour l'urgence vitale y est disponible 24 h sur 24 h. Dans le même bâtiment se trouvent une tomodensitométrie (TDM), les équipements nécessaires à de la radiologie standard ou interventionnelle et le laboratoire de biologie des urgences. Les traumatisés moins sévères sont accueillis au service des urgences (SU). Le SU est un service d'urgence polyvalent médicochirurgical. Il se situe au rez-de-chaussée et la SSPIAP au sous-sol du même bâtiment. Sur le toit du bâtiment se trouve une hélisation.

Dans la nuit du 13 au 14 novembre 2015, le groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière a assuré la prise en charge de 53 victimes des attentats commis à Paris [2]. À travers cette dramatique expérience, que nous rapportons ci-après de façon critique, des éléments généraux peuvent être retirés pour l'organisation d'un centre de traumatologie civil face à l'afflux massif de victimes d'arme de guerre.

Préparation de la prise en charge : de l'alerte à l'accueil

La SSPIAP a une ligne dédiée pour les appels SAMU. La nuit du 13 novembre 2015 deux appels se succèdent à 7 minutes d'intervalle. À 21 h 38 le Samu 93 prévient d'une explosion au Stade de France et demande la prise en charge d'un patient catégorisé en « urgence absolue » (UA). Peu après, le Samu 75 annonce la survenue d'une fusillade dans Paris avec la nécessité à court terme de prendre en charge un nombre indéterminé d'UA. Ces deux appels successifs

indiquent un événement évolutif avec, à moyen terme, l'arrivée d'un nombre inhabituel de victimes traumatisées sévères sur l'établissement. L'anesthésiste-réanimateur de garde, après avis et accord de son responsable d'unité déclenche le plan « afflux hospitalier de nombreuses victimes » (AMAVI) mis en place sur l'établissement dans les suites immédiates des attentats de janvier 2015. La phase entre l'alerte et l'arrivée des premières victimes se déroule selon plusieurs axes : l'information des équipes, le rappel de personnels, la préparation de l'accueil, la répartition des personnels. Ce temps, quand il existe, est précieux.

Information

Le plan AMAVI prévoit une information des différents correspondants hospitaliers, sous la responsabilité des personnels de garde lors de l'alerte. Les médecins du SU, les anesthésistes-réanimateurs et réanimateurs médicaux, et les chirurgiens ont été ainsi rapidement informés. L'objectif était pour chacun de libérer des places et de constituer des équipes de renfort. Le directeur de garde et les cadres de santé ont été prévenus du déclenchement du plan AMAVI et de la nécessité de procéder au rappel de personnels médicaux et non médicaux. Dans le même temps les personnels de garde au sein du laboratoire de biologie, de l'établissement français du sang, du service de transport interne des ambulances, de la sécurité incendie et de la sécurité anti-malveillance ont été informés de l'alerte et de leur nécessaire concours à venir. En quinze minutes, l'ensemble des correspondants étaient informés de l'alerte, et que leur correspondant unique était le directeur médical, médecin anesthésiste-réanimateur en charge de la SSPIAP. Le plan blanc, démultiplicateur du dispositif AMAVI, a été déclenché par le Directeur Général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (APHP) à 22 h 34.

Rappel

Le retour des personnels médicaux et paramédicaux s'est fait spontanément, après appel dans l'unité afin de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8728854>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8728854>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)