

Accidents
collectifs,

attentats,

catastrophes
naturelles :

**conduite à tenir pour
les professionnels de santé**



PRÉFACE

Catastrophes naturelles, accidents collectifs, actes de terrorisme sont les guerres des pays en paix avec les autres nations. Ce sont des guerres "surprise", menées par un ennemi inconnu, qui désorganisent et démoralisent profondément les communautés humaines par leurs frappes aveugles intervenant souvent dans des moments heureux ou insouciantes.

La cruauté du destin est d'autant plus mal ressentie que les victimes sont innocentes et impuissantes à maîtriser le cours des événements.

Le siècle passé, qui a été le plus meurtrier de l'histoire, entraînant dans ses folies guerrières plus de civils que de combattants, a forgé les outils médicaux de l'assistance aux victimes. Et ces victimes nous demandent désormais des explications, une assistance et des réparations.

Elles veulent savoir pourquoi, dans une société qui dispose de puissants outils de prévision et d'un niveau technologique élevé, une imprudence, une erreur d'analyse du risque ou une simple panne peuvent changer le cours de nombreuses destinées individuelles.

Elles s'interrogent sur la façon de limiter l'impact sanitaire des caprices climatiques dont on nous dit qu'ils vont se multiplier à cause des bouleversements que l'homme fait subir à la nature.

Elles sont inquiètes de constater que les plus grandes puissances policières et militaires du monde développé peuvent être agressées dans le "sanctuaire" national par des groupes terroristes aux motivations parfois obscures.

Les victimes nous demandent d'abord de prévenir la récurrence et d'éviter l'évitable. C'est un devoir collectif qui doit mobiliser toutes les ressources intellectuelles et technologiques de notre pays même et surtout quand la crise est finie et qu'un oubli collectif semble s'installer.

Elles nous demandent ensuite assistance. En mobilisant l'arsenal pacifique des connaissances médicales, psychologiques et sociologiques dont l'expérience nous a doté sur les conséquences sanitaires et sociales des catastrophes, des accidents et des attentats, les autorités publiques peuvent et doivent donner à chacun le secours et l'assistance nécessaires. Survivre et réapprendre à vivre avec les traumatismes liés aux chocs et aux blessures physiques et morales subies exige un effort collectif prolongé de professionnels aguerris.

Les victimes veulent enfin réparation morale et matérielle des préjudices subis. Parfois cette réparation va entraîner la mise en cause personnelle des responsables, lorsqu'ils sont identifiables, où qu'ils se soient réfugiés pour fuir la justice. Toujours, cette réparation exigera la remise en cause des pratiques, des habitudes et des règles de sécurité ou de prévention. La justice est en première ligne pour définir les responsabilités et réparer les préjudices subis, pour autant qu'ils puissent l'être.

Tous les services publics et tous les gestionnaires de risques doivent se mobiliser pour que les souffrances endurées par les victimes soient utiles pour l'avenir et permettent d'en éviter d'autres.

Cet ouvrage est un guide pratique rédigé par un groupe d'experts et de victimes que nous remercions ici. Il rassemble et décrit dans une succession logique les interventions des différents professionnels de santé appelés à prendre en charge à court, moyen et long terme les victimes des événements tragiques évoqués dans ces quelques lignes. Il s'intègre dans l'effort de préparation à la gestion des situations exceptionnelles dont la Direction générale de la santé a la charge en lien avec tous ses partenaires. Nous souhaitons qu'il participe à la prise de conscience collective que seul un effort professionnel de haut niveau permettra d'atténuer les souffrances des victimes. D'avance, nous remercions tous ceux qui nous aideront à améliorer cet outil.

Le directeur général de la santé



Professeur William Dab

Le coordonnateur de la lutte
contre le bioterrorisme et les risques NRBC



Gérard Dumont

Introduction	5	Modèles de fiches	15
I^{re} partie : Les événements traumatiques et leurs répercussions sur les victimes	7	Fiche médicale de l'avant	15
Les diverses situations	8	Fiche individuelle victime ou impliqué enfant	16
Les infractions pénales	8	Fiche individuelle victime ou impliqué adulte	17
Les attentats terroristes	8	Les soins immédiats	18
Les accidents collectifs	8	Aspects somatiques	18
Les catastrophes naturelles	8	La prise en charge des blessés graves	18
Le risque nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC)	8	Les prises en charge spécifiques	18
Les victimes	9	<i>La prise en charge ORL</i>	18
Qu'est-ce qu'une victime ?	9	<i>La prise en charge des grands brûlés</i>	19
Les répercussions d'un événement catastrophique sur un individu	9	<i>Les pathologies pneumologiques</i>	20
La victime et son environnement	10	Aspects psychologiques et psychiatriques	20
II^e partie : La prise en charge médicale des victimes	11	Conditions de la délivrance des soins	20
L'organisation des secours médicaux	12	Nature des soins	21
Les différents plans	12	Constatations médicales initiales	21
Le Plan rouge	12	Nécessité de prévoir un relais ultérieur	21
Le Plan blanc		Aspects médico-légaux	21
L'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique	12	Modèle de certificat médical initial	22
Le Plan Biotox	13	Les soins à court terme	23
Le dispositif relatif aux risques chimiques	13	Aspects somatiques	23
L'organisation des secours médicaux	13	La prise en charge ORL	23
Réception et vérification de l'alerte	13	La prise en charge des grands brûlés	24
Mise en place de la cellule de crise et envoi immédiat d'un véhicule médicalisé sur le site du sinistre	13	Les pathologies pneumologiques	24
Arrivée d'une équipe médicale sur le site	14	Aspects psychologiques et psychiatriques : le suivi du psycho-traumatisme	25
Evacuation sanitaire des blessés	14	Les entretiens	25
Accueil des blessés à l'hôpital	14	Les soins ultérieurs	26
Victimes décédés	14	Aspects médico-légaux	26
Levée de l'alerte	15	Constitution du dossier de réparation	26
		Information de la victime	26
		Les soins à long terme	27
		Aspects somatiques	27
		La prise en charge ORL	27
		La prise en charge des grands brûlés	27
		Les pathologies pneumologiques	27
		Aspects psychologiques et psychiatriques	27
		Soins proposés	27
		L'accompagnement médico-social	28
		Aspects médico-légaux	28
		La consolidation	29

SOMMAIRE

Le contradictoire	29	Au cours de l'audience, la partie civile peut défendre ses intérêts	37
L'expertise médicale	29	La commission d'indemnisation des victimes d'infractions	38
La tierce personne	29	Après le procès	38
Modèle de certificat médical consolidé	29		
Après l'indemnisation et la consolidation	30	Les professionnels de santé	39
L'aggravation	30	Les services hospitaliers : rôle et mission du SAMU	39
Les soins après consolidation	30	Les cellules de l'urgence médico-psychologique (CUMP)	39
Modalités de recours ultérieur	30	Les secteurs psychiatriques et pédopsychiatriques	40
Rappel déontologique et réglementaire	30	Les unités Médico-Judiciaires (UMJ)	40
Le secret professionnel	30	Les psychologues	41
Communication du dossier et délivrance des certificats médicaux	30	Les professionnels libéraux	41
Communication du dossier médical	30		
Délivrance des certificats médicaux	31	Les interventions sociales	42
Responsabilité des professionnels de santé	31	Les associations	43
		Les associations d'aide aux victimes : le dispositif de l'INAVEM	43
III^e partie : La coordination des différents intervenants, la mission de chacun	33	Les associations de victimes	44
		L'association SOS ATTENTATS	44
L'autorité administrative	34	Les autres associations	44
Le Préfet de département	34	Les autres intervenants	45
Le Commandant des Opérations de Secours (COS)	34	Les assureurs	45
Le Directeur des Secours Médicaux (DSM)	34	Les médias	45
Le Médecin-régulateur du SAMU	34	Les personnes extérieures au dispositif des secours	45
Le Directeur de l'Établissement de santé	34	Le risque de dérives sectaires : la pénétration des sectes sur les lieux de catastrophes	45
Le Préfet de zone	35	Les motivations des sectes	45
Les services de police judiciaire	35	Sur les lieux des catastrophes	46
		La survictimation des victimes	46
L'autorité judiciaire	35	Textes législatifs et réglementaires	47
L'enquête judiciaire	35	Bibliographie	47
L'indemnisation des victimes d'attentats	36	Adresses	48
La protection des victimes	36	Liste des experts	49
Dès l'enquête, la place de la victime a été renforcée	36		

Différents événements récents (attentats terroristes, accidents collectifs, catastrophes naturelles...) et tout dernièrement la canicule de l'été 2003 ont fait prendre conscience de la nécessité de considérer la prise en charge médicale des personnes qui en sont victimes comme un problème de santé publique à part entière.

A titre d'exemple, citons l'étude épidémiologique menée à l'initiative de l'association SOS Attentats sur les conséquences sanitaires des attentats par une évaluation des séquelles physiques, des troubles psychologiques et de leur retentissement sur la qualité de vie des victimes. Les résultats de cette étude confirment la gravité des conséquences des attentats et apportent des éléments objectifs sur leur fréquence, leur nature, leur spécificité et leur durée. Plusieurs années après un attentat, la santé des victimes est sévèrement altérée :

- atteintes initiales : 38 % des victimes ont une atteinte initiale sévère, plus de 75 % des victimes ont eu des sifflements ou des bourdonnements d'oreille au moment de l'attentat, 1/3 ont reçu un choc à la tête ou à la nuque ;
- séquelles sensorielles : près des 2/3 des victimes souffrent de bourdonnements et de sifflements d'oreille 2 à 3 ans après l'événement, la moitié souffre d'une atteinte auditive sévère, moins d'1/4 du groupe est indemne de toute séquelle auditive ;
- séquelles physiques : 30 % se plaignent d'une atteinte de l'apparence physique perturbant leur vie relationnelle, 70 % souffrent de maux de tête, 50 % de vertiges, 20 % de troubles de la vue, 50 % se déclarent gênés par des douleurs ;
- conséquences psychologiques : 63 % souffrent de détresse psychologique, 49 % de symptômes dépressifs, 31 % de symptômes d'état de stress post-traumatique ; des conséquences sociales s'ajoutent aux conséquences psychologiques (phobie des transports en commun...) ;
- qualité de vie : l'attentat constitue une rupture dans la qualité de vie des victimes, 25 % sont gênés dans leurs relations avec leur entourage, 10 % se sont séparés de leur conjoint du fait des conséquences de l'attentat ; 50 % estiment leur état de santé moyen ou mauvais.

Confrontées à cette situation, les personnes victimes ont besoin d'une prise en charge coordonnée, associant aux soins curatifs un soutien psychologique, social et financier et un accompagnement dans leur parcours de réinsertion.

C'est pourquoi la Direction générale de la santé a réuni un groupe d'experts, sous la présidence conjointe du Professeur Geneviève Barrier et du Professeur Frédéric Rouillon, afin de rédiger ce guide de protocole de prise en charge médicale des victimes comprenant tant la gestion de l'urgence que le suivi à long terme.

Ce document s'adresse à tous les praticiens, notamment les médecins généralistes, qui peuvent être appelés à participer à des opérations de secours en cas d'afflux de victimes ; il doit constituer une base de référence pour des actions de formation.

Se présentant comme un outil de travail pragmatique, il répond aux objectifs suivants :

- améliorer la qualité de la prise en charge des victimes afin de sauver autant que possible les vies humaines et limiter les séquelles des blessés ;
- mettre à la disposition de tous les professionnels de santé des procédures formalisées, harmonisées et validées ;
- garantir la cohérence des interventions en assurant leur qualité et leur sécurité ;
- prendre en compte tant les aspects somatiques que psychologiques et sociaux en s'adaptant à la logique de la médecine de catastrophe ;
- assurer la continuité de la prise en charge des victimes en clarifiant les passages de relais pour éviter les points de rupture ; cette prise en charge intègre les trois étapes que constituent les secours immédiats des premières 24 heures, les soins à court terme et le suivi médical à long terme ;
- respecter la logique d'intervention de chaque institution (sanitaire, judiciaire, sociale...), notamment la conciliation des enjeux de sécurité sanitaire et de qualité des soins avec la réalisation des actes nécessaires à l'enquête judiciaire.

1^{re} partie

Les événements traumatisants et leurs répercussions sur les victimes

Les diverses situations

La complexité qui caractérise nos sociétés se décline en une multiplication des risques collectifs majeurs, des menaces qui ne cessent de se diversifier, provoquant des situations de crises qui doivent susciter, dans une logique de prévoyance, une culture du risque collectif.

Les événements visés par cet ouvrage consistent en la réalisation brutale, dans un même temps et en un même lieu, d'un risque plus ou moins aléatoire, qui provoque des atteintes graves à la personne, accompagnées ou non de destructions matérielles, concernant au moins 10 blessés et nécessitant par son ampleur ou son impact la mise en œuvre de mesures spécifiques.

Ces événements donnent parfois l'impression de se ressembler mais en réalité ils ne se déroulent jamais de la même manière : en fonction de la nature du fait générateur, ils peuvent être classés selon la liste suivante qui, étant donné le caractère imprévisible de certains événements, ne saurait être exhaustive.

Les infractions pénales

Leur origine peut être une violence sociale : agressions, blessures volontaires, homicides volontaires, infractions écologiques (incendies de forêts, pollutions volontaires...).

Les attentats terroristes

Le risque est ici de nature politique, voire idéologique, et consiste en des actes criminels individuels ou collectifs, dirigés contre un Etat, perpétrés dans le but de générer la souffrance et la terreur des populations et des Etats. Il peut s'agir de détournements d'avions, de prises d'otages, de meurtres, d'accidents provoqués, d'explosions, de bioterrorisme...

Les accidents collectifs

Ces événements concernent principalement les risques technologiques ou industriels, destructions d'équipements collectifs, accidents collectifs du travail, accidents de transports aériens, maritimes, ferroviaires ou routiers...

Les catastrophes naturelles

Il s'agit des risques majeurs naturels et environnementaux : séismes, éruptions volcaniques, cyclones, raz-de-marée, inondations, canicules, avalanches, incendies de forêts, graves intempéries...

Le risque nucléaire, radiologique, biologique ou chimique (NRBC)

Le risque peut être ici d'origine humaine, matérielle ou la combinaison de plusieurs de ces facteurs. Il peut être un risque industriel ou un acte criminel.

La menace nucléaire ou radiologique consiste en la survenue d'un événement exposant les victimes à une contamination ou une irradiation.

Le risque biologique concerne l'exposition de la population à des agents pathogènes (charbon, bactéries de la peste, de la tularémie ou de la brucellose, agents des fièvres hémorragiques virales, virus de la variole, toxine du bacille botulique...) pouvant entraîner des syndromes infectieux, des épidémies ou des pandémies.

La gravité des attentats ou accidents mettant en œuvre des matières chimiques (agents sous forme de vapeur, de liquide, de poudre, d'aérosol, de gaz...) est liée à la dangerosité des produits, à leur mode

de contamination insidieux et évolutif et à leur persistance. Des dispositifs s'appliquent pour les expositions chimiques perpétrées en milieu urbain contre une population civile à forte densité,

se trouvant à l'air libre ou dans un site semi-ouvert (métro, grand magasin, administration ouverte au public...).

[retour sommaire](#)

Les victimes

Qu'est-ce qu'une victime ?

"On entend par victimes des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un état membre, y compris celles qui proscrirent les abus criminels de droit". (Déclaration des Nations-Unies pour les principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité signée le 29 novembre 1985).

Les répercussions d'un événement traumatisant sur un individu

Les conséquences d'attentats et d'accidents collectifs à l'égard des victimes peuvent être, à la fois, physiques, psychologiques et matérielles.

Les séquelles physiques (acouphènes, brûlures, handicaps...) sont souvent spécifiques à la nature de la catastrophes (explosion, incendie...) ; elles vont changer la vie quotidienne de l'intéressé(e).

Le traumatisme consécutif à un événement catastrophique confronte le sujet à la réalité de la mort, ce qui est à l'origine de l'effraction psychique. Ce traumatisme est lié à un affect particulier, l'effroi, qui est le signe de l'impréparation du sujet surpris par la brièveté et la violence de l'événement. Celui-ci est vécu dans un état intense de peur, de sidération, assorti d'un sentiment massif d'abandon.

Les troubles aigus (ASD : Acute Stress Disorder, Etat de stress aigu) regroupent les critères cliniques suivants (DSM4) :

- l'exposition à un événement traumatique caractérisé par la mort ou la menace de mort ;
- l'atteinte à sa propre intégrité physique ou celle des autres, l'effroi ;
- les symptômes de dissociation qui peuvent aller de la déréalisation à la dépersonnalisation ;
- la répétition traumatique (notamment les images et les rêves récurrents, les flashback) ;
- l'évitement persistant de stimuli associés au souvenir du traumatisme, des symptômes d'anxiété persistants ou de réactivité accrue (c'est-à-dire difficultés d'endormissement, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice) ;
- une détresse cliniquement significative et/ou une altération dans les activités sociales, professionnelles ou autres domaines de la vie.

Par convention, selon le DSM4, les troubles durent un minimum de deux jours à un maximum de quatre semaines. Cependant le DSM4 ne prend pas en considération deux symptômes fréquemment associés : l'état dépressif et les somatisations.

En cas d'événement grave, les réactions de stress peuvent se superposer au traumatisme psychique mais ne se réduisent pas. A long terme, seuls les symptômes post-traumatiques perdurent. Les symptômes post-traumatiques à long terme peuvent s'organiser de façon différente. En fonction des événements vécus, du contexte, des aménagements défensifs et de l'organisation préalable de la personnalité, ils prennent des formes diverses et s'organisent autour de l'un ou l'autre des symptômes pré-cités, même si l'on considère communément que le symptôme central pathognomonique qui signe la névrose traumatique est la répétition.

A ce tableau symptomatique se surajoute un vécu significatif d'un traumatisme : le sentiment de perte d'une intégrité physique, d'une continuité narcissique, de perte des repères quotidiens, le sentiment d'inquiétante étrangeté, la honte, la culpabilité, la confrontation avec sa propre violence, l'envahissement angoissant de pulsions mortifères non intégrables, un sentiment intense d'abandon...

La victime et son environnement

Les victimes doivent être prises en charge d'une manière globale. La prise en charge suppose une continuité dans le temps, une bonne coordination entre les différents intervenants et un accompagnement dans les différentes étapes de leur reconstruction. En effet, toute rupture dans la prise en charge est néfaste pour la victime et peut être source de victimisation.

Certaines victimes subissent des répercussions majeures dans leur vie familiale et relationnelle ainsi que dans leur activité professionnelle. Il convient de prendre en compte tout ces aspects dans l'élaboration d'un soutien personnalisé.

Les proches des victimes (victimes indirectes) peuvent aussi en subir les conséquences et nécessiter éventuellement un accompagnement spécifique.

Le médecin généraliste joue ici un rôle privilégié par la prise en charge médicale globale qu'il apporte au blessé, par la prise en charge chronologique qui permet d'assurer la continuité des soins et par sa connaissance de la famille qui donne l'occasion d'apporter à chacun des proches les soins et le soutien dont ils ont besoin.

2^e partie

La prise en charge médicale des victimes

L'organisation des secours médicaux

Les différents plans

Etant donné la diversité des situations de réalisation des risques collectifs majeurs, les gouvernements ont engagé un important travail interministériel afin de mettre en place sur la totalité du territoire national un ensemble de moyens unifiés.

Le plan rouge

Institué par le décret n°88-622 du 6 mai 1988 et présenté dans une circulaire du 19 décembre 1989, il organise, en cas d'événement pouvant entraîner de nombreuses victimes, les procédures de secours d'urgence à engager, notamment la prise en charge pré-hospitalière des victimes sur les lieux mêmes de l'événement.

Sous la responsabilité du préfet, le plan rouge départemental prévoit les procédures d'urgence à engager pour remédier aux conséquences de l'événement, détermine les moyens notamment médicaux à affecter à cette mission et précise les responsabilités des différents intervenants.

Le plan blanc

Présenté dans la circulaire n°2002-284 du 3 mai 2002, le plan relatif à l'afflux de victimes dans les établissements de santé organise les principes généraux sur la base desquels chaque établissement de santé doit élaborer son plan d'accueil, appelé "plan blanc".

Sous la responsabilité du directeur de l'établissement hospitalier concerné, le plan blanc est établi en fonction du rôle que l'établissement est en mesure d'assurer dans une situation d'exception en fonction du potentiel dont il dispose. Il s'inscrit dans un schéma départemental qui doit répondre à une organisation zonale, placée sous la responsabilité d'un préfet de zone, pour faire face aux risques spécifiques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques.

Ainsi, pour chaque établissement de santé, sont prévus : une cellule de crise, les modalités de l'adaptation des moyens de l'établissement à la prise en charge de l'afflux de victimes (transfert et rappel des personnels, mise en disponibilité des lits, libéralisation des blocs opératoires, mobilisation des moyens de transports, renforcement des télécommunications...), l'accueil des victimes, de leurs familles, des médias, la logistique matérielle...

Le plan blanc est constitué d'un ensemble de fiches réflexes mis à jour régulièrement. Des fiches annexes concernent les risques spécifiques NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique).

L'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique

Le plan gouvernemental Piratome définit l'organisation nationale en cas d'alerte radiologique ou nucléaire.

Servant de base à l'élaboration de l'annexe nucléaire des plans blancs, la circulaire n°277 du 2 mai 2002 organise dans les établissements de santé la prise en charge des victimes le 1^{er} jour de l'événement.

Sont ainsi définies des mesures préventives à mettre en place dès la survenue d'un événement entraînant un rejet d'isotopes radioactifs et les modalités de la prise en charge des victimes classées en 3 catégories selon la gravité de leurs atteintes : organisation d'une noria pour évacuer les victimes hors de la zone de contamination, établissement d'un poste médical avancé, accueil dans les établissements de santé, moyens de décontamination, moyens de protection du personnel, disponibilité de moyens thérapeutiques (antidotes)...

Un guide national pour l'intervention médicale en cas d'événement nucléaire ou radiologique complète cette circulaire et propose aux professionnels un ensemble de fiches pratiques.

Le plan Biotox

Réservé aux situations de risque biologique, le plan Biotox définit les responsabilités respectives de chaque département ministériel concerné et fixe les grands axes d'actions : prévention, surveillance, alerte, intervention en cas de crise.

Dans le cadre du plan Biotox, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) a établi des recommandations thérapeutiques pour les personnes exposées à un agent infectieux en diffusant d'une part des fiches de protocole à l'intention des professionnels de santé et d'autre part des notices d'information sur les médicaments à l'intention des personnes traitées.

La circulaire n°2002-284 du 3 mai 2002 relative aux plans blancs incite les établissements de santé à établir une annexe spécifique fixant une procédure d'alerte adaptée.

Le dispositif relatif aux risques chimiques

L'organisation des secours doit être élaborée en cohérence avec les autres plans d'urgence : les établissements prévoient également une annexe spécifique aux risques chimiques dans leur plan blanc. Sont ainsi prévus les moyens de décontamination, les moyens de protection du personnel, les services réquisitionnés, les moyens thérapeutiques (antidotes), l'organisation des urgences. Des fiches de protocole thérapeutique d'urgence sont disponibles sur le site internet du Ministère de la santé.

La circulaire n°700 du 26 avril 2002 prévoit les moyens de secours à employer face à une action terroriste mettant en œuvre des matières chimiques : missions des échelons nationaux, zonaux, départementaux et locaux, déclenchement du plan Piratox, modalités particulière d'intervention des services de police et de gendarmerie, prise en charge des victimes sur les lieux de l'événement, prise en charge hospitalière.

L'organisation des secours médicaux

L'organisation des secours médicaux en cas d'afflux

de victimes (Plan blanc) permet, avec l'aide de tous les acteurs sanitaires, d'assurer la meilleure qualité des soins à la population dans les meilleurs délais. Tout sinistre d'une certaine ampleur pouvant affecter de nombreuses victimes doit entraîner le déclenchement des plans correspondants.

Réception et vérification de l'alerte

Dès la connaissance de l'événement, par des appels provenant de la police ou de la gendarmerie, des sapeurs-pompiers, d'un hôpital, d'un médecin, ou de particuliers, le médecin-régulateur de garde au SAMU doit procéder à une vérification de ces informations auprès des services compétents. Une fois cette vérification faite, et si l'événement le justifie, le Plan blanc est déclenché par le directeur de l'établissement.

Mise en place de la cellule préfectorale de crise (COD, Centre Opérationnel Départemental) et envoi immédiat d'un véhicule médicalisé sur le site du sinistre

Cette cellule interministérielle est composée :

- du préfet ou de son représentant ;
- du Directeur départemental des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou de son représentant ;
- du procureur de la République ou de son représentant ;
- du directeur médical du SAMU.

La cellule d'urgence, dont les participants sont toujours les mêmes pendant toute la durée du traitement des victimes, est en relation permanente, pour ce qui concerne l'organisation des soins avec le CODISC (Centre opérationnel de la direction de la sécurité civile), avec le médecin Directeur des secours médicaux (DSM) sur le site, avec les établissements de santé susceptibles de recevoir et/ou de traiter les victimes ainsi que les autorités sur place.

Cette cellule assure la coordination constante de tous les acteurs, qu'il s'agisse des liaisons avec les autres services de l'Etat (justice, police, sapeurs-pompiers, DDASS, etc.), les collectivités territoriales (maire), les personnels de santé sur le terrain, les établissements de soins ou les ambulances chargées d'acheminer et de traiter les victimes sur le site du sinistre ou dans le lieu d'hospitalisation.

Cette coordination est essentielle. Toute action individuelle non coordonnée peut entraîner un dysfonctionnement de la structure dont le résultat peut être très dommageable pour une ou plusieurs victimes, voire pour les auteurs.

Une coordination parfaite des moyens est le gage de l'efficacité et de la rapidité des secours.

En attente des premiers bilans, le médecin régulateur, en coordination avec la DDASS, met en alerte les établissements de santé locaux, ce qui lui permet de faire un recensement des lits et de dresser la liste des spécialistes disponibles. Il doit recenser aussi les lieux de consultations aptes à accueillir les blessés légers et les personnes "impliquées" dans l'événement, même si ces dernières ne se plaignent pas immédiatement de troubles particuliers.

Toutes ces personnes, identifiées et répertoriées, devront en effet être examinées par un médecin et disposer d'un certificat médical initial pour pouvoir ultérieurement faire valoir leurs droits.

Arrivée d'une équipe médicale sur le site

Le premier médecin arrivé sur place devra transmettre immédiatement au SAMU un premier bilan et une première appréciation du nombre et de la gravité des blessés.

Il se rangera sous l'autorité du Commandant des Opérations de Secours (COS) qui est le représentant du préfet du département.

Le ramassage dans le centre de tri dont le lieu aura été choisi par le responsable local des sapeurs-pompiers en charge de la sécurité du dispositif sera sous la responsabilité de ce dernier. Le tri et le transport des blessés seront sous la responsabilité du Directeur des Secours Médicaux (DSM).

Les médecins arrivés sur place individuellement se mettront à la disposition du DSM dès son arrivée. C'est le DSM qui organisera les soins dans le centre de tri des blessés. La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) se mettra à la disposition du DSM. Le DSM attribuera à chaque blessé une équipe soignante et sera en relation constante avec la régulation du SAMU auquel il transmettra les bilans médicaux dès qu'ils auront été faits. En retour, le médecin régulateur lui désignera un lieu d'hospitalisation pour chaque blessé en fonction des nécessités thérapeutiques.

Si nécessaire, un Poste médical avancé (PMA) est installé.

Tous les personnels de santé mis à la disposition du SAMU dans cette circonstance agiront sous la direction du DSM qui leur désignera leur tâche. Dès lors, ils deviendront "collaborateurs occasionnels du service public".

Evacuation sanitaire des blessés

Le transport des victimes diffère selon qu'il s'agit d'urgences absolues mettant immédiatement en jeu la vie des blessés ou bien d'urgences relatives.

Le DSM désignera l'équipe de transport médicalisé qui aura la charge des blessés jusqu'à leur arrivée à destination qui sera décidée par le SAMU. Le DSM est la seule personne ayant en sa possession toutes les informations nécessaires à la meilleure dispensation des soins. Il doit rester le maître de la logistique de l'évacuation sanitaire jusqu'à ce que le dernier blessé ait quitté le centre de tri sur le site du sinistre.

Accueil des blessés à l'hôpital

L'accueil hospitalier sera déterminé par la gravité des blessures. Les blessés sont classés dans le centre de tri en 4 catégories formant 2 groupes :

Urgences absolues

EU : extrême urgence : blessés très graves devant être hospitalisés en urgence dans un centre disposant des services nécessaires et d'un service de réanimation.

U1 : blessés graves mais dont la vie n'est pas immédiatement en danger. Ils nécessitent des soins intensifs immédiats, mais peuvent être opérés dans les six heures.

Urgences relatives

U2 : blessés sérieux, dont l'état nécessite une hospitalisation.

U3 : blessés légers ne nécessitant que des soins ambulatoires, ou malades "impliqués" c'est-à-dire sans blessure corporelle mais avec une atteinte psychologique sérieuse.

Le transport de tous les blessés sera organisé par le DSM. Le premier groupe sera transporté sur les lieux d'hospitalisation en ambulances de réanimation, les suivants en ambulances médicalisées en fonction de la disponibilité des véhicules restants.

Victimes décédées

En liaison avec les médecins légistes présents sur les lieux à la demande de l'autorité judiciaire, il est procédé à un recensement précis des corps des personnes décédées qui sont acheminées, sur réquisition du procureur de la République au dépositaire le plus proche installé à cet effet.

Levée de l'alerte

Après l'évacuation et l'hospitalisation de tous les blessés, les autorités sur place signalent à la cellule de crise la levée de l'alerte qui se fera dans l'ordre inverse de l'alerte :

- sur le site,
- à la régulation du SAMU.

Le SAMU, en liaison avec la DDASS :

- transmet l'information à toutes les structures mises en pré-alerte;

RÉGULATION		A remplir par le Médecin chef PMA		En. destiné au DSM	
<input type="checkbox"/> FC	<input type="checkbox"/> H	Age :		PMA - Patient	
PATHOLOGIES DOMINANTES :				N°	
(A remplir en majuscule)				Victime accompagnée par :	
				N°	
N° 0010104				N°	
N°				N°	
N°				N°	
N°				N°	
IDENTIFICATION		A remplir par secouriste		En. destiné à la victime	
NOM				SIGNES PARTICULIERS à identifier	
PRÉNOM					
DATE NAISSANCE					
NATIONALITÉ					
ADRESSE					
Personne à prévenir				(A remplir en majuscule)	
RELAN MÉDICAL		A remplir par le médecin		En. destiné à la victime	
ÉTAT CLINIQUE INITIAL :					
Groupe :		FC :	FB :	SpO ₂ :	Temp. :
TA :		Soll :		O ₂ -exp. :	
TRAITEMENT :				DIAGNOSTIC	
ÉVOLUTION :				(A remplir en majuscule)	
Amélioration <input type="checkbox"/> Aggravation <input type="checkbox"/> DCD au PMA <input type="checkbox"/>					
TRANSPORT :					
- Moyen :				Identifié / Signet du Médecin du PMA	
- Auto <input type="checkbox"/> Casco <input type="checkbox"/> Motocycle <input type="checkbox"/>					
- Hélicoptère <input type="checkbox"/>					
- Hélicoptère <input type="checkbox"/>					
- Service :					
ÉVACUATION		A remplir par COT évacuateur		A compléter par COT évacuateur	
Moyen de transport :				PMA - Patient	
Hôpital :				N°	
Service :					
UA <input type="checkbox"/> UR <input type="checkbox"/>				Horaires de départ :	
N° 010104					

- dresse la liste des victimes:

CUMP 75
SAMU DE PARIS-SMUR NECKER
 149, RUE de Sévres
 75730 PARIS CEDEX 15

N° Tri :

FICHE INDIVIDUELLE VICTIME OU IMPLIQUE ENFANT

IDENTIFICATION - STRATEGIE	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance Nationalité Age Nom Prénom Adresse FME Pays Code postal Téléphone Tél.	Noms N° régulation Intervenant Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/>
	Victime directe (blessé physique) <input type="checkbox"/> U/G <input type="checkbox"/> U/R <input type="checkbox"/> Impliqué direct (sans événement) <input type="checkbox"/> Impliqué indirect (témoin, au marge de l'événement) <input type="checkbox"/> L'enfant était-il accompagné (d'adulte - proche) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Situation de l'accompagnant Impliqué <input type="checkbox"/> Blessé <input type="checkbox"/> DCD <input type="checkbox"/> préciser N° régl. accompagnant	TYPE D'EVENEMENT Plan de secours <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Post-immédiate <input type="checkbox"/> Evénement unique <input type="checkbox"/> Evénement répété <input type="checkbox"/> Nature de l'événement Soins individuels <input type="checkbox"/> Information parents <input type="checkbox"/> Défusing <input type="checkbox"/> Soins collectifs <input type="checkbox"/> Groupe <input type="checkbox"/> Type de résolution : préciser Date événement Heure Date examen Heures
SEMIOLOGIE	Atteinte sensorielle Atteinte sensorielle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser Bruit auditif oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Faiblesse sensorielle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser Signes neurovégétatifs Sueur <input type="checkbox"/> Tremblement <input type="checkbox"/> Boursois <input type="checkbox"/> Atteinte psychologique Anxiété oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Angoisse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Etat physiologique Absence d'expression <input type="checkbox"/> Agressivité auto <input type="checkbox"/> hétéro <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Enrouement affectif <input type="checkbox"/> Évanouissement <input type="checkbox"/> Troubles du comportement Aucune réaction <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation <input type="checkbox"/> Inhibition <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Reviviscence diurne <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Rêve répétitif <input type="checkbox"/> Phobie d'évitement <input type="checkbox"/> Conduite ondulante <input type="checkbox"/> Réclusion <input type="checkbox"/> Collage <input type="checkbox"/> Hypervigilance <input type="checkbox"/> Hyperactivité <input type="checkbox"/> Panivité <input type="checkbox"/> Trouble de la concentration Trouble du caractère, distorsion de la relation à l'adulte Hypermaturité <input type="checkbox"/> Hypersexualité <input type="checkbox"/> Ambiguïté <input type="checkbox"/> Instabilité <input type="checkbox"/> Idiosyncrasie <input type="checkbox"/>	Comportement de l'enfant durant l'entretien Jeux répétitifs (peut répondre de façon stéréotypée) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> préciser Nature du récit de l'événement Factuel exclusif <input type="checkbox"/> Amnésie partielle <input type="checkbox"/> Émotionnel exclusif <input type="checkbox"/> Amnésie totale <input type="checkbox"/> Factuel et émotionnel <input type="checkbox"/> Mélanges <input type="checkbox"/> Verbalisation Spontanée <input type="checkbox"/> Provocative <input type="checkbox"/> Logorrhée <input type="checkbox"/> Ressenti au moment de l'événement (répétitif) Peur <input type="checkbox"/> Dépersonnalisation <input type="checkbox"/> Horreur <input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Impuissance <input type="checkbox"/> Culpabilité <input type="checkbox"/> Toute puissance <input type="checkbox"/> E choc <input type="checkbox"/> Déréalisation <input type="checkbox"/> préciser Réaction immédiate à l'événement Adapté <input type="checkbox"/> Mouvement automatique <input type="checkbox"/> Sédation <input type="checkbox"/> Fuite panique <input type="checkbox"/> Agitation incoordonnée <input type="checkbox"/> Traitement médicamenteux Traitement médicamenteux oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Traitement administré sur indication de la CUMP <input type="checkbox"/> Traitement antérieur à l'événement <input type="checkbox"/> préciser
	DIAGNOSTIC - ORIENTATION	REACTIFS Stress adapté <input type="checkbox"/> Stress dépassé <input type="checkbox"/> Stress différé <input type="checkbox"/> Début de ESTP <input type="checkbox"/> Réaction phobique ou obsessionnelle <input type="checkbox"/> État anxieux <input type="checkbox"/> Réaction hystérique <input type="checkbox"/> Réaction confusionnelle <input type="checkbox"/> Bouffée délirante <input type="checkbox"/> Réaction maniaque <input type="checkbox"/> Réaction

2. La prise en charge médicale des victimes

Fiche individuelle victime ou impliqué adulte

CUMP 75
SAMU DE PARIS-SMUR NECKER
 149, RUE de Sévèr
 75730 PARIS CEDEX 15

N° Tri :

FICHE INDIVIDUELLE VICTIME OU IMPLIQUE ADULTE

ORIENTATION - STRATEGIE	Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance: _____ Nationalité: _____ Age: _____ Nom: _____ Prénom: _____ Adresse: _____ Ville: _____ Pays: _____ Code postal: _____ Tel: _____	SCISS: _____ N° régulation: _____ Intervenant: _____ Psychiatre <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/>
	Victime directe (blessé physique) <input type="checkbox"/> UA <input type="checkbox"/> UR <input type="checkbox"/> Impliqué direct (dans l'événement) <input type="checkbox"/> Impliqué indirect (démun, en marge de l'événement) <input type="checkbox"/> Famille - proche (personne agitée) <input type="checkbox"/> Sauveteur - intervenant <input type="checkbox"/> Préciser: _____	Type d'intervention: Plan de secours <input type="checkbox"/> Immédiate <input type="checkbox"/> Post-immédiate <input type="checkbox"/> Nature de l'événement: Soins individuels <input type="checkbox"/> Informations <input type="checkbox"/> Défusing <input type="checkbox"/> Soins collectifs <input type="checkbox"/> Groupe de parole <input type="checkbox"/> Debriefing <input type="checkbox"/> Date événement: _____ Heure: _____ Date examen: _____ Heure: _____
SEMIOLOGIE	Antécédents somatiques: Antécédents somatiques oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser: _____ Bruit auditif oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Plaie(s) somatique(s) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Préciser: _____ Anxiété psychologique: Anxiété oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Etat thyroïdien: Absence d'expression <input type="checkbox"/> Exalté, euphorique <input type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> Agressivité <input type="checkbox"/> Pleurs <input type="checkbox"/> Violence <input type="checkbox"/> Troubles du comportement: Accus <input type="checkbox"/> Trouble de l'alimentation <input type="checkbox"/> Inhibition <input type="checkbox"/> Trouble du sommeil <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Reviviscence diurne <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Rêve répétitif <input type="checkbox"/> Phobie d'événement <input type="checkbox"/>	Nature du récit de l'événement: Factuel exclusif <input type="checkbox"/> Amnésie partielle <input type="checkbox"/> Emotionnel exclusif <input type="checkbox"/> Amnésie totale <input type="checkbox"/> Factuel et émotionnel <input type="checkbox"/> Mutisme <input type="checkbox"/> Verbalisation: Spontanée <input type="checkbox"/> Provoquée <input type="checkbox"/> Logorrhée <input type="checkbox"/> Ressenti au moment de l'événement (syndrome): Peur <input type="checkbox"/> Dépersonnalisation <input type="checkbox"/> Horreur <input type="checkbox"/> Abandon <input type="checkbox"/> Impuissance <input type="checkbox"/> Culpabilité <input type="checkbox"/> Toute puissance <input type="checkbox"/> Echec <input type="checkbox"/> Déréalisation <input type="checkbox"/> Préciser: _____ Réaction immédiate à l'événement: Adapté <input type="checkbox"/> Mouvement automatique <input type="checkbox"/> Sidération <input type="checkbox"/> Fuite panique <input type="checkbox"/> Agitation incoordonnée <input type="checkbox"/>
	BEACIDBI: Stress adapté <input type="checkbox"/> Stress déposé <input type="checkbox"/> Stress diffus <input type="checkbox"/> Débat de ESTP <input type="checkbox"/> Réaction phobique ou obsessionnelle <input type="checkbox"/> Etat anxieux <input type="checkbox"/> Réaction hystérique <input type="checkbox"/> Réaction confusionnelle <input type="checkbox"/> Bouffée délirante <input type="checkbox"/> Réaction maniaque <input type="checkbox"/> Réaction mélancolique <input type="checkbox"/>	Traitement médicamenteux: Traitement médicamenteux oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Traitement administré sur indication de la CUMP <input type="checkbox"/> Traitement antérieur à l'événement <input type="checkbox"/> Préciser: _____
DIAGNOSTIC - ORIENTATION	Autre(s) remarque(s) du patient: _____ Autre(s) remarque(s) du soignant: _____	
	BESS: Heure d'évacuation: _____ Lieu d'orientation: _____ CAT (remplir à l'usage): _____	

Accidents collectifs, attentats, catastrophes naturelles :
 Conduite à tenir pour les professionnels de santé

Les soins immédiats

On entend par "soins immédiats" ceux qui doivent être pratiqués dans les 24 heures qui suivent l'événement.

Aspects somatiques

Les pathologies présentées par les blessés sont très diverses et concernent toutes les disciplines médicales : traumatologie, orthopédie, pneumologie, ORL...

Etant donné la particularité des atteintes en cas de blast auriculaire ou de brûlure grave, sont présentés ci-dessous quelques repères essentiels pour prendre en charge les victimes, les premiers gestes étant déterminants pour la suite.

La prise en charge des blessés graves

Un tri spontané se fait bien souvent avant même l'arrivée des secours.

- Les victimes valides, avec peu d'atteinte somatique mais souvent une blessure psychique importante, s'enfuient à distance de l'événement. Elles sont ensuite regroupées dans un lieu confortable choisi par le commandant des opérations de secours. Ces blessés seront catégorisés par les médecins d'urgence, traités dans un Poste Médical Avancé "léger" (PMA) et acheminés vers les hôpitaux par les moyens de transport simples. Il est important que soient dépistés à ce stade les atteintes ORL pouvant évoluer vers des complications retardées (blast pulmonaire). C'est dans ce Poste Médical Avancé léger que les membres de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique pourront aussi prendre en charge le traumatisme psychique.
- Les blessés graves, incarcérés ou polytraumatisés qui n'ont pas pu s'écarter du risque. Ce sont les médecins des SMUR qui assurent la réanimation directement sur le site ou dans un PMA "lourd" rapidement installé sur les lieux. Il s'agit de blessés dont la gravité nécessite une prise en charge de niveau "réanimation chirurgicale". L'anesthésiste réanimateur (et parfois le chirurgien) est nécessaire sur le terrain.

Les gestes pratiqués sont :

- l'anesthésie générale,

- l'hémostase des hémorragies des membres, voire l'amputation de sauvetage,
- la ventilation mécanique après intubation des malades dans le coma et les patients présentant une contusion pulmonaire, un blast thoracique ou un épanchement pleural. Ceci peut nécessiter l'exsufflation ou la pose de drains thoraciques,
- le remplissage vasculaire rapide des chocs hémorragiques ou du choc hypovolémique des grands brûlés. Ceci nécessite parfois la mise en place de voie veineuse profonde,
- les gestes habituels pratiqués pour la mise en condition, le monitoring, le transport des blessés pris en charge par les SMUR.

Un médecin "régulateur" en position de Directeur des secours Médicaux ou au contact de ces derniers organisera avec le SAMU départemental l'acheminement de chacun de ces blessés vers le service ou le plateau technique adapté. Les patients les plus graves dont le pronostic est chirurgical ou dont les lésions nécessitent la technologie hospitalière ne doivent pas rester trop longtemps au Poste Médical avancé. Un "circuit court" doit être organisé afin qu'ils puissent recevoir à l'hôpital les soins les plus adaptés.

Les prises en charge spécifiques

La prise en charge ORL

La prise en charge ORL est très importante en cas de sinistre ou accident avec explosion. La reconnaissance médicale immédiate des atteintes de l'oreille doit permettre une meilleure prise en charge thérapeutique, une évaluation initiale du dommage et un moindre retentissement psychologique du préjudice subi par la victime.

Se souvenir

- L'oreille est l'un des premiers organes lésés par un blast.
- Rechercher systématiquement des lésions.
- Les séquelles de l'atteinte de l'appareil auditif sont au premier plan des plaintes fonctionnelles futures.

Identifier un blast auriculaire

- Rechercher plaies du pavillon, otorragie...

- **Otoscopie** : à pratiquer chaque fois que cela est possible :
 - état du conduit : plaie, sang, débris.
Pas de nettoyage intempestif,
 - état du tympan s'il est visible. Perforation ou non, plus souvent dans la moitié inférieure, triangulaire, à bords déchiquetés, hémorragiques. Perforation totale possible. L'existence d'une perforation tympanique doit faire suspecter une atteinte d'autres organes, en particulier pulmonaire, dont l'expression clinique peut être retardée et l'évolution parfois dramatique.

Suspecter un traumatisme sonore

- Uniquement sur des signes subjectifs : hypoacousie, plénitude de l'oreille, oreille cotonneuse, acouphènes, vertiges (plus rarement).

Conduite à tenir

- Personne "impliquée" sans lésion diagnostiquée :
 - s'assurer de l'inscription de la victime sur la liste des impliqués,
 - mentionner l'atteinte auriculaire sur le certificat médical initial : signes fonctionnels, signes objectifs, nécessité d'un bilan fonctionnel spécialisé,
 - nettoyer les plaies,
 - appliquer un pansement propre dans le conduit. Ne pas mettre de goutte,
- En cas de blast auriculaire diagnostiqué (voir identification ci-dessus) :
 - la surveillance médicale nécessite une hospitalisation,
 - mentionner le blast sur la fiche médicale initiale.
- En cas de suspicion de traumatisme sonore isolé :
 - le mentionner sur la fiche médicale initiale,
 - assurer une consultation spécialisée dans les 24 heures pour bilan anatomique et fonctionnel complet et mise en route éventuelle d'un traitement dit de soutien cochléaire.

La prise en charge des grands brûlés

Rappel : la brûlure est la destruction partielle ou complète de la peau et parfois des tissus sous-jacents par un processus thermique, chimique ou radiologique.

Le brûlé est grave lorsque l'étendue et la profondeur des lésions cutanées ou l'association à d'autres lésions (inhalation de fumées) exportent la réaction inflammatoire locale à l'ensemble de l'organisme.

La brûlure est grave si elle est étendue, profonde (nécessitant des greffes) ou si elle atteint des zones fonctionnelles (mains, articulations, face).

Les soins immédiats consistent principalement à :

Soustraire à l'agent nocif :

- Refroidir la brûlure (sans refroidir le brûlé) :
 - toujours dans des lésions de petite surface,
 - ne pas dépasser 20 % de la surface corporelle,
 - éviter chez le malade inconscient ou choqué,
 - au-delà d'1/4 d'heure suite à l'événement,
 - lorsqu'on ne dispose pas de moyens de réchauffement.
- Laver les lésions chimiques et absorber les vésicants par du talc ou des gants spéciaux.

Evaluer la gravité des brûlures

- Etendue : exprimée en % de la surface corporelle totale, règle des 9 (Tête et cou = 9 %, MS = 9 %, MI = 2x9 %, Tronc = 4x9 %) ; plus la face palmaire de la main de la victime qui représente à elle seule 1 % de sa surface. Les lésions chimiques n'apparaissent que de façon retardée.
- Profondeur :
 - superficielles (souples, exsudantes, très douloureuses, phanères adhérentes, vitropression positive),
 - profondes (indolores, vitropression négative, phanères non adhérentes, peu exsudantes)
- Localisations dangereuses : face, périnée...
- Lésions associées : intoxication (CO, CN), inhalation de fumées, lésions traumatiques.

Mettre en place un traitement adapté

- Oxygénation si brûlures >10 % de la surface corporelle ou si inhalation de fumées.
- Intubation des malades inconscients, présentant une détresse respiratoire ou des troubles de la voix dans un contexte d'inhalation de fumées ainsi que des brûlures profondes de la face et du cou avec nécessité d'évacuation longue.
- Perfusion de Ringer-lactate ou de sérum physiologique si lésions > 10 % chez l'enfant et >15 % chez l'adulte
 - 1^{re} heure : 20 ml par kg de poids,
 - lorsque les lésions ont été examinées : 2 ml/kg/% de brûlures pour les 8 premières heures.
- Analgésie par de la Morphine (1mg/ml) 2 à 3 mg par injection IV (titrer).
- Envelopper dans des champs propres ou stériles.
- Dépister les lésions circulaires profondes justifiant une escarrotomie.
- Réchauffer le patient.
- Vérifier la vaccination antitétanique.

Les pathologies pneumologiques

Lors d'un afflux important de victimes à la suite d'une explosion, tout blessé qui a des signes d'atteinte auriculaire doit être considéré comme suspect d'atteinte pulmonaire. Une rupture tympanique signe la présence d'un blast entraînant de possibles lésions pulmonaires graves qui ne se manifesteront parfois qu'après un délai de quelques heures. Ces lésions peuvent être un œdème pulmonaire parfois hémorragique, des ruptures alvéolaires, bronchiolaires voire trachéales entraînant un emphysème interstitiel, un pneumothorax ou un pneumomédiastin. Le pronostic de ces blessés est sévère car les lésions alvéolaires sont constantes dans ces cas. Cela impose leur hospitalisation immédiate et prioritaire après un transport médicalisé afin de pratiquer un bilan radiologique complet. Les lésions laryngo-trachéales souvent associées imposent une grande prudence pendant le transport où l'oxygénation sera réalisée au masque.

Aspects psychologiques et psychiatriques

Une prise en charge psychologique et psychiatrique doit être assurée immédiatement aux victimes d'attentat ou d'accident collectif.

Les psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie des Cellules d'Urgence Médico-psychologique dispensent ces soins. Selon les circonstances, ils peuvent recevoir le renfort de volontaires médicaux et paramédicaux.

Conditions de la délivrance des soins

Quand ?

Les soins ont lieu systématiquement dans les minutes ou les heures suivant l'événement.

A qui ?

Les soins sont proposés aux victimes. En cas de refus, leur importance est soulignée et une information est délivrée sur les conséquences psychopathologiques éventuelles et les personnes susceptibles de prodiguer des soins. Parfois, l'état mental des victimes (état de conscience modifié en général) rend nécessaire les soins sans que le patient puisse y consentir.

Dans certaines situations, des sauveteurs pourront également nécessiter des soins médico-psychologiques.

Pourquoi ?

Leur but est de déceler, d'apaiser la souffrance psychique et de traiter les états pathologiques qui peuvent se manifester par :

- sidération, pouvant s'accompagner d'actes automatiques ;
- angoisse à divers degrés, avec parfois agitation, logorrhée ;
- déstructuration de la conscience : états oniroïdes ou confusionnels.

Où ?

Les soins peuvent avoir lieu :

- sur le terrain, à proximité de l'événement.

Après l'arrivée des pompiers et du SAMU, la Cellule d'Urgence Médico-psychologique (CUMP) a établi un (ou plusieurs) Poste d'Urgence Médico-psychologique (PUMP), dirigé par le psychiatre coordonnateur des soins, travaillant sous l'autorité du Directeur des Services Médicaux (DSM).

Ce psychiatre coordonnateur a pour mission l'organisation des soins médico-psychologiques, et il contribue à la gestion globale de la crise générée par l'événement.

Tout volontaire médical ou paramédical (psychologue, infirmier) doit au préalable demander des instructions au psychiatre dirigeant le PUMP. Il aura à s'occuper d'individus isolés ou en petits groupes, ou à rechercher dans la zone délimitée par le périmètre de sécurité de la police les sujets égarés, errants, ou figés dans leur sidération. Il peut être appelé au Poste Médical Avancé (PMA) pour s'occuper d'un blessé physique nécessitant une intervention médico-psychologique. Les soins médico-psychologiques seront si possible dispensés dans le PUMP.

- Dans le centre d'accueil des impliqués

Il est souhaitable que la CUMP soit présente dans le centre d'accueil des personnes "impliquées" afin de repérer les victimes nécessitant des soins.

- A l'hôpital

Un volontaire ou un membre de la CUMP peuvent prêter leur concours au médecin responsable du Service d'Accueil des Urgences (SAU) ou du service hospitalier où a été admise la victime évacuée

pour des blessures physiques ou pour des troubles psychiques.

- Dans un cabinet de consultation médicale

Parfois, la famille amène une victime non vue sur place et qui présente des troubles. Une visite à domicile pourra être nécessaire.

Nature des soins

La possibilité pour la victime de raconter à sa manière l'épreuve traversée a un effet apaisant en soi. Il faut savoir qu'on obtient le résultat inverse à celui recherché si l'on tente de "dédramatiser" ou "déculpabiliser".

Selon les cas, il s'agira de :

- calmer les angoissés, les agités : leur parler, contenir leur souffrance, solliciter un récit de l'événement qu'ils ont traversé. Parfois, la prescription d'un anxiolytique à demi-vie courte est indiquée ;
- s'occuper des personnes en état d'hébétéude ou de sidération, en tentant d'établir avec eux un contact verbal, voire physique, en évitant toute sollicitation trop insistante. Dans la plupart des cas, ces personnes doivent faire l'objet de soins spécialisés ;
- diriger les personnes présentant des altérations graves de la conscience et/ou du comportement vers le PMA pour évacuation sur un hôpital. Un examen et une surveillance médicales sont nécessaires, de même qu'une prescription à visée sédative qui peut être utile dans certains cas ;
- confier les sujets présentant des symptômes sévères à un spécialiste.

Constatations médicales initiales

Quel que soit le lieu où est vue la victime, il faudrait qu'un médecin établisse un recueil des manifestations cliniques immédiates et émette des remarques sur les troubles pouvant survenir par la suite. En pratique, le nombre de médecins sur le terrain n'est pas suffisant, et on utilisera très souvent dans ce premier temps la fiche de tri, à renseigner systématiquement, qui indique la présence d'un choc émotionnel ou de troubles psychiques réactionnels éventuels.

Mais, dans les plus brefs délais, un certificat circonstancié et complet pouvant intégrer les données de la fiche clinique initiale sera rédigé et remis au patient après une consultation de suite.

Il s'agit d'une pièce essentielle si des troubles séquellaires devaient donner lieu à indemnisation et réparation. Ce certificat doit être rédigé même pour des personnes ne présentant qu'une symptomatologie à minima (stress adapté) et ne nécessitant pas de soins dans l'immédiat : un traumatisme psychique peut avoir une expression clinique retardée.

Nécessité de prévoir un relais ultérieur

Chaque victime vue dans cette phase immédiate doit être répertoriée de manière à pouvoir être jointe ultérieurement. Une information écrite doit lui être remise concernant l'éventualité de troubles différés et comportant une liste de lieux de soin et d'assistance médico-juridique où s'adresser si nécessaire. Des explications orales sont données sur l'utilité de ce document.

Aspects médico-légaux

En France, les dommages corporels provoqués par un tiers donnent lieu à une prise en charge indemnitaire, que ce tiers soit identifié ou non. Par contre, l'indemnisation des dommages corporels consécutifs à une catastrophe naturelle est exclue.

Cette réparation pécuniaire est en général intégrale selon les termes des articles 1382 et suivants du code civil. Parfois certaines victimes bénéficient d'un contrat individuel leur garantissant une indemnité, souvent forfaitaire, en cas de sinistre corporel.

Dans tous les cas, les assurés sociaux ont droit aux prestations classiques dans le cadre de la maladie ou de l'accident de travail, mais également à des aides spécifiques : allocations handicapés, classement COTOREP.

En cas d'attentat, des dispositions particulières viennent améliorer la prise en charge des victimes.

Le suivi médico-légal de la victime peut apparaître secondaire, car non vital ; il importe néanmoins de sauvegarder à tout prix les droits des blessés afin d'éviter des situations inextricables ultérieures qui peuvent constituer de véritables survictimation.

■ Au moment des faits

L'évaluation du dommage corporel et donc des séquelles traumatiques trouve toute sa substance dans la description des premières constatations médicales, c'est donc avec le plus grand soin que doit être rédigé "le certificat médical initial" (voir modèle ci-après).

La délivrance de ce document est un droit de la victime. Ce document doit être exhaustif, complet et prudent dans ses conclusions, c'est-à-dire qu'il doit laisser la porte ouverte à la description ultérieure des lésions passées inaperçues ou à des complications tardives.

Le certificat médical initial doit comporter impérativement :

- l'identité du médecin signataire;
- l'identité de la victime;
- la date et l'heure de l'examen;
- les conditions dans lesquelles les lésions se sont produites;
- les doléances physiques et psychiques du patient, en reprenant ses mots;
- une description attentive des lésions anatomiques;
- une description de tous les retentissements fonctionnels, en n'omettant aucune des grandes fonctions;
- une analyse situationnelle rapide : personne âgée, mère de famille, handicap antérieur, etc. ;
- si possible, inclure dans le CMI un pantin permettant de localiser les lésions, voire des photographies. Pantin : voir fichier 71 ;
- les éventuelles lésions dentaires ou des prothèses, mais aussi ORL.

Le CMI se termine en faisant des réserves sur les complications possibles et les lésions qui ont pu passer inaperçues initialement.

Le certificat est conclu par la fixation d'une période "estimée" de l'incapacité totale de travail (l'ITT) pour toutes les victimes, sans exception.

Le nom du médecin, de la victime, la date de l'examen et la signature du médecin

figurent sur chaque page.

Le médecin doit conserver un double du certificat médical dans le dossier.

Modèle de certificat médical initial

Certificat médical initial	
<i>(à remplir pour toute personne "impliquée", c'est-à-dire personne sans atteinte corporelle apparente mais avec une atteinte psychologique).</i>	
Nature et lieu des faits :	
Date des faits : ... / ... / ...	
Je soussigné, Docteur....., en intervention d'urgence sur les lieux, certifie avoir examiné :	
Nom et prénom :	
Date de naissance : ... / ... / ...	
Adresse :	
Ville :	
Se plaignant de :	
.....	
.....	
.....	
Avoir constaté (faire une description aussi précise que possible des lésions apparentes):	
.....	
.....	
.....	
Retentissements fonctionnels :	
Fonction atteinte (entourer oui ou non) :	
Vision :	oui non
Audition :	oui non
Marche :	oui non
Préhension :	oui non
Retentissement psychologique apparent :	oui non
Les blessures constatées justifient, sous réserve de complications ultérieures ou de lésions passées inaperçues, une ITT de jours.	
Observations éventuelles :	
.....	
Signature :	

Les soins à court terme

La notion de "court terme" varie selon les pathologies, les types de lésions, leur sévérité. Cette période thérapeutique active peut durer quelques jours, quelques semaines, voire quelques mois.

Aspects somatiques

Il s'agit souvent du suivi des séquelles traumatologiques, physiologiques, du traitement des douleurs persistantes ; ici encore la prise en charge spécifique des troubles auditifs et des brûlures graves sont précisées.

La prise en charge ORL : évolution et prise en charge des lésions de l'appareil auditif à court et moyen terme

Lésions de l'oreille externe

Elles font suite aux plaies du pavillon et du conduit auditif externe avec un risque particulier, dans ce dernier cas, de sténose cicatricielle. Leur traitement est chirurgical, faisant appel à différents procédés de réparation et calibrage.

Lésions de l'oreille moyenne

Perforations tympaniques

Les perforations de la membrane tympanique dues à une explosion nécessitent une surveillance. Ces perforations ont bien souvent leurs bords déchiquetés, parfois même invaginés à l'intérieur de la caisse du tympan. Il existe donc un risque de formation de cholestéatome dont on connaît la dangerosité à moyen terme. Ce caractère particulier plaide souvent en faveur d'une intervention chirurgicale précoce, intervention visant à nettoyer la caisse du tympan d'éventuels débris épidermiques et à mettre en place un greffon aponévrotique (myringoplastie) afin d'obtenir la cicatrisation du tympan.

La cicatrisation spontanée est également possible en un laps de temps dépendant de la surface de la perforation. Pour certains et en l'absence de risque cholestéatomateux, l'intervention ne se fera que six mois après le traumatisme initial, après les phases inflammatoires peu propices à une bonne cicatrisation.

La persistance d'une perforation expose l'oreille au risque infectieux. L'infection se caractérise par une otalgie, une otorrhée purulente, et nécessite

un traitement adapté antibiotique à la fois général et local par produits non ototoxiques.

Les lésions de la chaîne ossiculaire

Les lésions de la chaîne ossiculaire à type de fracture ou de luxation sont assez rares. Elles sont à l'origine d'une surdité de transmission supérieure à 30 décibels. Leur réparation nécessite toujours une intervention chirurgicale associant myringoplastie et ossiculoplastie.

Lésions de l'oreille interne

Les séquelles auditives

Les surdités de perception, passé un délai de quelques semaines, sont définitives, au-delà de toute possibilité thérapeutique médicale ou chirurgicale. L'handicap sera fonction du caractère unilatéral ou bilatéral de la surdité et de l'importance de cette dernière. Les troubles les plus fréquents sont les difficultés de compréhension et tout particulièrement en milieu bruyant.

Les surdités partielles feront l'objet d'un appareillage auditif. Les cophoses unilatérales, ou surdité totale unilatérale, peuvent bénéficier d'un appareillage à ancrage osseux, le son étant alors transmis à l'oreille saine par voie osseuse. Les cophoses bilatérales peuvent faire l'objet d'un implant cochléaire.

Les acouphènes et l'hyperacousie

L'évolution des acouphènes et de l'hyperacousie est variable, toujours longue. Cette évolution suit bien souvent celle des séquelles psychologiques. La prise en charge des acouphènes à moyen terme a pour but d'obtenir une habitude, faire rentrer en quelque sorte l'acouphène dans le "bruit de fond physiologique" afin qu'il ne soit plus ressenti comme élément agressif et traumatisant. C'est une prise en charge à la fois médicale par discussions, explications, parfois aidées de traitement médical dont le plus approprié semble être le Rivotril à faible dose, et psychologique par séances de psychologie comportementale. En parallèle, la restauration de l'audition par un appareillage permet de diminuer l'importance des acouphènes. L'appareillage enfin, peut être couplé à un masqueur d'acouphènes.

Les troubles de l'équilibre

Les séquelles vestibulaires sont de constatation peu fréquente. Leur persistance rentre soit dans un syndrome déficitaire objectif non compensé, soit dans un ensemble complexe de séquelles à prédominance psychologique. Dans le premier cas le traitement passe par une rééducation vestibulaire afin d'obtenir une compensation centrale.

Séquelles et aspect médico-légal

L'aspect médico-légal des séquelles de l'appareil auditif pose deux questions : celle de la détermination de la consolidation et celle de la détermination de leur importance.

Les séquelles des lésions des oreilles externe et moyenne sont susceptibles d'évoluer et ont la particularité d'être accessibles à un traitement chirurgical mais dont le résultat n'est pas forcément favorable dans tous les cas. Aussi, le praticien doit rester prudent dans la décision de consolidation et doit dans tous les cas émettre des réserves quant aux possibilités évolutives. L'incapacité résiduelle est d'ordre fonctionnel (surdité de transmission) et esthétique.

Les séquelles auditives des lésions de l'oreille interne sont fixées en général rapidement et leur consolidation peut être déterminée à trois mois. Le taux d'incapacité sera déterminé par l'audiogramme.

Acouphènes et hyperacousie posent plus de problèmes, à la fois dans l'évaluation de leur possibilité évolutive et dans la quantification de leur importance de façon objective. Ils ne doivent néanmoins pas être sous-estimés, leur reconnaissance médicale et médico-légale constituant également un acte thérapeutique.

La prise en charge des grands brûlés

Destination du patient

Les brûlures superficielles de moins de 10 % de la surface corporelle peuvent être traitées à titre externe. La prise en charge de la douleur au moment des pansements, la prise en charge psychologique doivent cependant être assurées. Toute brûlure non cicatrisée (ou en voie de cicatrisation à 15 jours doit être examinée par un spécialiste).

Les brûlures plus étendues ou profondes ou siègant à des endroits dangereux sur le plan vital ou fonctionnel seront hospitalisées.

Principes des soins

Soins locaux

- les pansements seront refaits tous les jours ou tous les 2 jours. Le produit le plus utilisé est la Silver-sulfadiazine ;
- les brûlures profondes sont excisées et greffées le plus vite possible ;

- les brûlures superficielles guérissent en 15 jours ;
- les brûlures mal codifiées ne montrant pas de signes de cicatrisation sont greffées secondairement (21j).

Soins généraux

- équilibre hydro-électrolytique du patient ;
- analgésie ;
- apport calorique par nutrition entérale dès que la lésion dépasse 25 % de la surface corporelle ;
- contrôle de l'infection : par des soins locaux adaptés, une antibiothérapie ciblée et de durée la plus courte possible, un contrôle de l'environnement (eau, air, visites...) ;
- contrôle de l'ambiance thermique : chambre à 28-30°.

Soins de kinésithérapie

Ils doivent être entrepris dès la phase initiale et être poursuivis pendant des mois après la sortie du centre. Ils consistent à lutter contre la rétraction cicatricielle par des orthèses, des cures de position, des mobilisations passives puis actives ; à lutter contre l'hypertrophie par des massages et le port d'orthèses compressives ; à lutter contre l'inflammation et le prurit.

Prise en charge psychologique

Elle concerne le malade et sa famille et vise à lutter contre la dépression secondaire et à reconnaître et traiter les éléments évocateurs d'une névrose post traumatique.

Les pathologies pneumologiques

On trouve constamment des lésions alvéolaires chez les victimes de blast aériens porteurs de lésions tympaniques. Dès l'hospitalisation, la réanimation doit donc être entreprise de façon préventive car l'aggravation clinique du blessé peut être brutale. Un bilan laryngo-trachéal par laryngoscopie sera préalable au bilan radiologique (scanner et si possible IRM) ce qui permettra de prendre les mesures de ventilation appropriées en cas de besoin. La constatation de lésions laryngées constitue un signe d'appel très sérieux en faveur de lésions alvéolaires et impose donc la prudence. En raison du risque d'embolie gazeuse, on évitera si cela est possible la ventilation mécanique pendant le bilan radiologique. Si elle est absolument nécessaire, on privilégiera la jet ventilation à haute fréquence.

Aspects psychologiques et psychiatriques : le suivi du psycho-traumatisme (soins post-immédiats, dans les jours qui suivent)

Toutes les victimes devraient être revues dans les jours suivant l'événement. C'est un temps essentiel de la prise en charge, facile à réaliser si elles sont hospitalisées ou s'il y a nécessité d'un arrêt de travail, plus difficile si elles sont rentrées chez elles et ont repris leurs activités. C'est le moment le plus propice à l'établissement du certificat médical initial circonstancié. Il faut faire un certificat médical circonstancié fixant la durée de l'Incapacité Totale de travail (ITT), y compris pour les personnes qui ne travaillent pas (dont les enfants). Les soins peuvent avoir lieu dans des endroits très différents selon les situations, les souhaits des intéressés, et/ou de leur entourage, les suggestions des services d'aide conventionnés aux victimes et des associations de victimes (qui assurent parfois des soins post-immédiats) : centre de consultation, hôpital, cabinet privé, lieu mis à disposition par une mairie, etc. Ils sont prodigués par des médecins ou des psychologues formés à la psychotraumatologie. Souvent, les troubles immédiats se sont améliorés; d'autres symptômes peuvent avoir fait leur apparition : troubles du sommeil, céphalées, nervosité, irritabilité, etc.

À tous les stades de la prise en charge, les victimes doivent être orientées dans leurs démarches médicales, sociales et judiciaires.

Les entretiens (premiers soins)

Ils sont individuels ou collectifs et correspondent à deux types de situations cliniques :

- La victime est encore fragile émotionnellement, "sous le choc", sa souffrance est très perceptible.

On choisira une méthode d'entretien lui évitant de revivre l'événement. Ce dernier sera l'objet de remarques générales, on se contentera de ce que le sujet veut bien en dire spontanément. Les symptômes actuels, eux, seront l'objet d'une enquête sémiologique rigoureuse. L'entretien individuel peut être assimilé à un premier entretien en psychiatrie, il visera à établir une relation apaisante favorisant la parole. Des prescriptions médicamenteuses adaptées et prudentes sont parfois nécessaires et un arrêt de travail délivré si besoin (être attentif aux situations rentrant dans le cadre des accidents du travail). Il est possible,

parfois, d'organiser des groupes de parole, avec des victimes d'un même événement, dans lesquels chacun dira ce qu'il a spontanément envie de dire. Le travail collectif est stimulant et il atténue le sentiment de solitude des victimes. Comme dans les soins immédiats, on évitera de porter des jugements dans un sens ou dans l'autre (pas de dédramatisation, de déculpabilisation, de cautionnement d'hypothèses accusatrices, etc.).

- La victime a utilisé avec un certain succès ses propres mécanismes de défense et a récupéré une bonne assise psychologique.

Le débriefing individuel paraît possible, centré sur l'événement et son élaboration. Il ne peut être pratiqué que par un soignant connaissant cette technique. Les faits, les émotions, les pensées qui se sont succédés sont reparcourus, mis en relation avec des éléments de la vie et de l'histoire du sujet. Il faut avoir du temps devant soi pour entreprendre ce type d'entretien qui ne supporte ni la hâte, ni l'interruption avant terme. Si, à un moment, on a le sentiment que l'événement est revécu dans le présent, au lieu d'être repensé dans le passé, il vaut mieux abandonner la méthode et s'employer à limiter le débordement émotionnel imminent.

Le débriefing collectif est réservé aux groupes constitués : les gens se connaissent, ont l'habitude de travailler ensemble, et devront le faire à nouveau après l'événement. Il est destiné à soigner autant le groupe que les individus. Il est l'affaire de spécialistes confirmés.

Après cette rencontre, quelle que soit sa forme, il est souhaitable de programmer un entretien individuel, soit à court voire à très court terme, soit quelques jours après : les questions posées lors de la rencontre initiale (individuelle ou collective) doivent pouvoir être évoquées avec le même thérapeute.

Dans la pratique, ce n'est pas toujours réalisable : on se contente souvent de revoir ceux qui en ont le plus besoin.

Les soins ultérieurs

Certaines victimes nécessitent trois ou quatre entretiens, à réaliser de préférence avec le même thérapeute ; pour d'autres, la prise en charge semble devoir être plus longue, il faudra généralement les orienter vers un autre praticien.

Aspects médico-légaux

Pendant la période d'évolution des lésions, période moins aiguë, la prise en charge médico-légale doit se poursuivre et prendre en compte les éléments suivants :

Constitution du dossier de réparation

Il doit permettre au blessé de réunir :

- les certificats médicaux complémentaires décrivant l'évolution lésionnelle ;
- les comptes rendus d'hospitalisations ;
- les radiographies ;
- les avis d'arrêt de travail ;
- l'ITT ;
- les documents médicaux en relation avec un état antérieur susceptible d'interférer avec les lésions traumatiques ;
- la mise en cause et déclaration du sinistre aux organismes indemniateurs, assureurs, Fonds de garantie, etc.

Information de la victime

- Possibilité d'aides exceptionnelles de secours matériels d'urgence :
 - charte du 1/1/1991 concernant l'aide matérielle d'urgence pour les victimes d'accident d'avion ou de transports publics ;
 - aides exceptionnelles d'urgence de l'État (Ministère de l'Intérieur), des collectivités territoriales et des organismes sociaux dont la coordination devrait s'appuyer sur la commission d'action sociale d'urgence (CASU).
- Provisions sur indemnisation :
 - indemnisation provisionnelle des assureurs ;
 - indemnisation des victimes d'attentats (loi du 9 septembre 1986) : versement de provisions par le Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme www.fgt.fr ;
 - indemnisation des victimes d'infractions pénales (loi du 6 juillet 1990) : versement de provisions sur décision de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) par le Fonds

de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'infractions.

- Dispositifs spécifiques de solidarité :

Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) :

- reconnaissance de la qualité de personne handicapée ;
- attribution d'allocations : allocation d'éducation spéciale, allocation aux adultes handicapés, allocation compensatrice "tierce personne".

Présentant les principaux dispositifs, cette liste n'est pas exhaustive.

Les soins à long terme

La notion de "long terme" vise ici la prise en charge des aspects séquellaires ; elle peut s'étendre sur plusieurs années.

Aspects somatiques

Cette étape peut concerner la chirurgie réparatrice, la rééducation fonctionnelle, les cures thermales, l'adaptation d'appareillages et d'aides techniques, le suivi du handicap...

La prise en charge ORL

Elle ne se différencie pas de celle des soins apportés à court terme (voir page 23).

La prise en charge des grands brûlés

La sortie de l'hôpital est suivie d'une longue période de rééducation en centre spécialisé puis en ambulatoire. La sortie du centre de rééducation se fait progressivement, c'est un traumatisme pour le brûlé qui est confronté à sa nouvelle image qu'il doit accepter et à son effet sur l'entourage.

L'évolution cicatricielle se fait sur 1 à 2 ans où disparaissent progressivement les signes inflammatoires, le prurit, la couleur rouge et l'hypertrophie. Cette évolution est aidée par la poursuite de la kinésithérapie, par des soins dermatologiques importants, par le port d'orthèses compressives et par des cures thermales réalisées une à deux fois par an.

Ce n'est que lorsque la cicatrice sera froide que pourra être envisagée la chirurgie réparatrice. Les interventions plus précoces ne sont en effet décidées que par des problèmes fonctionnelles. Ce n'est qu'à ce moment que la consolidation devra être déclarée.

Les pathologies pneumologiques

La rééducation fonctionnelle respiratoire de ces blessés est indispensable afin de récupérer et/ou de conserver leurs capacités ventilatoires. Elle sera fonction non seulement des lésions pulmonaires initiales constatées, mais aussi de l'ensemble des lésions qui auront imposé une hospitalisation et une ventilation mécanique prolongée en réanimation.

Aspects psychologiques et psychiatriques

Certaines victimes développent rapidement un syndrome de répétition traumatique et nécessitent d'emblée des soins qui vont se prolonger. Le bon interlocuteur leur est proposé précocement par les intervenants des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ou d'autres acteurs, médicaux ou non médicaux (voir ci-dessous).

D'autres victimes peuvent croire être psychiquement indemnes de l'événement. Lorsque les troubles apparaissent, de manière très variable, divers intervenants ont à les conseiller sur une démarche thérapeutique à entreprendre :

- services sociaux, associations conventionnées d'aide aux victimes, médecine du travail ;
- services hospitaliers médicaux ou chirurgicaux ;
- médecins de famille ;
- répondants SAMU, cellules SVP ;
- etc.

Ainsi la mission de tout professionnel devant une victime présentant une détresse est de reconnaître l'existence de cette détresse, de l'informer sur de possibles prises en charge, et proposer des orientations de soins.

Les orientations se feront vers :

- les médecins de famille, qui eux-mêmes peuvent orienter éventuellement la victime vers un spécialiste ;
- les centres médicaux avec une consultation de psychotraumatologie ;
- les centres médico-psychologiques de secteur ;
- les psychiatres libéraux connus pour leur compétence dans ce champ.

Soins Proposés

Les soins proposés sont des psychothérapies et des chimiothérapies :

- **Psychothérapies** avec appoint éventuel de techniques de relaxation.

C'est l'essentiel du soin :

- Psychothérapies dites de "soutien" ou "d'accompagnement", effectuées par un généraliste ou un spécialiste, dans les cas peu sévères ou si les autres méthodes ont échoué.
- Recours à des techniques psychothérapeutiques éprouvées :
 - psychothérapies psychodynamiques,
 - thérapies cognitivo-comportementales,
 - techniques utilisant l'hypnose.

■ Chimiothérapies

Elles sont parfois nécessaires du fait de l'intensité de la symptomatologie, mais en aucun cas elles ne dispensent d'un travail psychothérapeutique :

- **Les anxiolytiques :**
 - Benzodiazépines : déconseillés en prescription continue, ont leur intérêt au coup par coup à faible dose pour enrayer la montée de l'anxiété (le patient les porte sur lui).
 - Non benzodiazépines, surtout le soir pour les troubles du sommeil dus à l'anxiété.
 - Les bêta-bloquants non cardio-sélectifs peuvent être utiles pour traiter certaines manifestations adrénergiques de l'anxiété.
- **Les antidépresseurs :** prescrits parfois sur des durées prolongées, leur efficacité est généralement moyenne, mais non négligeable. Certains Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine (IRS) ont montré qu'ils étaient actifs sur "l'état de stress post-traumatique".
- **Les hypnotiques à action courte :** ils sont parfois utilisés pour favoriser l'endormissement, ou le ré-endormissement après un cauchemar du milieu de la nuit.
- **Les neuroleptiques sédatifs :** ils peuvent être utilisés à faible dose pour apaiser une anxiété diurne massive, ou en prise vespérale lorsque les cauchemars ne laissent pas de répit.

Lorsque ces prescriptions s'avèrent nécessaires, des cothérapies peuvent être instituées.

Famille du patient :

Parfois, la famille du patient doit être associée au travail thérapeutique.

L'accompagnement médico-social

Les interférences du milieu professionnel et des organismes sociaux nécessitent très souvent de travailler en concertation avec un travailleur social (assistant(e) social(e), éducateur, etc.). Le thérapeute devra intervenir auprès d'interlocuteurs qui vont peser sur le destin de son patient : médecins du travail, médecins-conseils de la sécurité sociale (particulièrement si l'événement entre dans le cadre des accidents du travail), médecins des assurances, experts etc.

Accompagnement médico-judiciaire

Le bon déroulement des procédures judiciaires revêt une importance fondamentale dans le processus de reconnaissance de la souffrance de la victime, contribuant indirectement à l'efficacité des soins.

La nécessité fréquente d'attendre un certain nombre d'années pour établir le bilan des séquelles considérées comme définitives, implique deux démarches.

Etablissement de certificats ou attestations à intervalles réguliers

Cela est établi tout au long de l'évolution par les soignants médecins (parfois les psychologues) constatant l'état de la victime et décrivant la nature des soins prodigués.

Accompagnement

Il faut un accompagnement à ce moment toujours vécu dans l'anxiété que représente l'expertise (ceci est vrai même pour les expertises demandées par la Sécurité sociale). Un soutien spécialisé pour cette échéance doit être envisagé avec la présence d'un médecin au fait de cette pathologie. Sa présence assure le respect du principe du contradictoire tout en facilitant la communication des pièces médicales et l'expression des doléances des victimes. Le médecin traitant du patient est le mieux à même de remplir ce rôle.

Aspects médico-légaux

L'expertise, la consolidation constituent un temps essentiel de la prise en charge. La réparation monétaire est aussi importante que la façon dont elle est menée, et des conditions dans lesquelles l'évaluation séquentielle va se réaliser. Plusieurs notions doivent être rappelées aux victimes et aux intervenants à leurs côtés.

La consolidation

La rédaction du certificat de consolidation va être le point de départ du processus indemnitaire, il convient donc de bien évaluer la décision de consolider. Rappelons à cet égard que :

- la consolidation n'est pas la guérison ;
- elle n'est pas en général la fin de l'arrêt de travail ;
- elle n'est pas non plus la fin des soins, mais seulement des soins actifs susceptibles de modifier les séquelles.

Le contradictoire

Sauf cas exceptionnel, l'évaluation des séquelles doit se faire dans le respect du débat contradictoire, c'est-à-dire que les parties – régleur, victime et ses représentants – doivent tenter de trouver un accord consensuel sur les séquelles, leur nature, leur importance et la façon dont elles doivent être qualifiées. Le contradictoire est valable tant pour la fixation des séquelles médicales que pour l'évaluation de la réparation pécuniaire.

Le respect du contradictoire suppose un équilibre des compétences en présence, c'est ainsi que la victime doit être informée, qu'elle peut, qu'elle doit se faire assister par un médecin-conseil de victime et par un conseil avocat tout au long de la procédure, fut-elle amiable.

La loi prévoit de privilégier la voie amiable pour la résolution des problèmes indemnitaires dans un souci de rapidité et d'efficacité. Pour diverses raisons, cette voie peut échouer et la victime a toujours le droit de demander au tribunal de désigner un expert judiciaire pour évaluer le dommage et pour fixer les indemnités. Cette procédure judiciaire est également contradictoire et la victime a intérêt à s'y faire assister.

L'expertise médicale

C'est un moment crucial pour la victime qui doit y être préparée et rassurée par ses conseils. La victime va devoir raconter son parcours thérapeutique, exposer ses doléances et se faire examiner par l'expert médecin.

L'expert, dans ses conclusions, propose et quantifie des chefs de préjudice selon un barème qui n'est qu'indicatif, ses conclusions serviront de bases pour indemniser la victime.

La victime doit être informée :

- des conditions de l'expertise ;
- des possibilités de contestations d'une expertise en amiable et en judiciaire ;
- des possibilités offertes d'être assistée tout au long de la procédure indemnitaire et des modalités de cette assistance.

La tierce personne

La victime qui perd son autonomie a droit à une assistance par tierce personne, cette assistance pouvant être transitoire ou définitive. Les victimes doivent savoir que la tierce personne doit être prise en charge le temps nécessaire, non seulement pour subvenir aux besoins essentiels (se nourrir, se laver, etc.), mais également pour remettre la victime le plus rapidement possible de ses conditions de vie antérieure.

Modèle de certificat médical consolidé

Certificat médical de consolidation
(à remplir pour tout impliqué.)

Nature et lieu des faits :
Date des faits : ... / ... / ...

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir examiné :
Nom et prénom :
Date de naissance : ... / ... / ...
Adresse :
Ville :

Ayant été victime le / / d'un accident, ayant entraîné :
(Rappeler les lésions initiales principales)

.....
.....
.....

Les soins actifs ont été achevés le / /
Les activités professionnelles ont été reprises le / /
Il présente à titre séquentiel :
(Rappeler les séquelles avec si possible une description précise des symptômes cliniques et les principales données de l'examen clinique)

.....
.....
.....

La consolidation médico-légale
peut être considérée comme acquise le / /

Signature :

Après l'indemnisation et la consolidation

L'aggravation

En cas de blessures corporelles, l'indemnisation ne clôt pas le dossier définitivement puisque la victime peut, pendant en général une période trentenaire, (à vie en matière d'accident de travail), faire valoir ses droits à une indemnisation complémentaire. Soit il s'agit d'une aggravation, et c'est à la victime d'en faire la preuve, soit il s'agit d'un poste de préjudice non évalué lors de la première expertise.

Les soins après consolidation

La prise en charge de ces soins reste possible à condition qu'il s'agisse de soins en rapport avec les séquelles et nécessaires pour éviter l'aggravation. En général, il s'agit de la rééducation d'entretien, des cures thermales, d'une psychothérapie de soutien, mais aussi des produits d'orthopédie et de prothèses.

Modalités de recours ultérieur

Même lorsqu'il a été procédé à l'indemnisation de la victime, celle-ci conserve la possibilité de revenir en aggravation. Le dossier de dommage corporel est clos trente ans après la dernière consolidation en droit commun. En matière d'accident du travail, il n'y a pas de limite dans le temps à la réouverture du dossier.

En cas d'aggravation, la victime doit réunir son dossier d'aggravation auquel il est préférable de joindre un certificat médical descriptif de l'aggravation ; celui-ci doit être adressé à l'organisme indemnisateur qui devra diligenter une expertise ayant pour objet :

- d'établir la réalité de l'aggravation ;
- d'évaluer le nouvel état séquellaire.

En cas de refus de rouvrir le dossier, la victime peut saisir le tribunal.

Rappel déontologique et réglementaire

Le secret professionnel

Il s'agit d'une disposition législative fondamentale dans l'exercice des professions médicales et paramédicales qui garantit aux malades l'absolue confidentialité sur tout ce qui concerne leur maladie mais aussi au-delà de tout ce que peut avoir à connaître un praticien à l'occasion d'un soin.

Sauf cas exceptionnel, sur lequel nous reviendrons, le praticien ne peut en aucune circonstance dévoiler à un tiers des éléments du dossier de son patient.

Le secret professionnel n'appartient pas au médecin, ni même au malade, il est absolu ; ceci a pour conséquences :

- Le médecin ne peut délivrer aucune attestation sollicitée par un tiers, assureur, employeur, etc., sans l'accord formel du patient. Il est conseillé dans ce cas de remettre l'attestation au patient

qui la transmettra ou non à ce tiers.

- Il existe la notion de secret partagé : il s'agit pour une équipe (médecin, secrétariat médical, etc.) d'échanger des informations nécessaires au traitement, toute information qui n'a pas de lien direct avec ce traitement restant couverte par le secret.

Communication du dossier et délivrance des certificats médicaux

Communication du dossier médical

La dernière disposition législative du 4 mars 2002 rend beaucoup plus limpide la communication du dossier médical :

- le dossier médical du patient lui appartient personnellement ;
- ce dossier doit lui être remis personnellement s'il le réclame ;
- il n'est plus nécessaire de nommer un médecin traitant destinataire des pièces médicales du dossier, mais le patient peut toujours s'adresser à son médecin traitant.

Concrètement, le patient s'adresse au chef de service ou au directeur de l'hôpital par courrier.

Le patient peut soit consulter son dossier à l'hôpital ou demander qu'on lui adresse des photocopies.

Les délais légaux pour la production des informations sont de 8 jours pour les dossiers de moins de cinq ans, deux mois si la prise en charge est plus ancienne.

Délivrance des certificats médicaux

Tout médecin est dans l'obligation de délivrer au patient qui le demande une attestation des constatations cliniques faites, des explorations complémentaires réalisées et des traitements administrés, cependant :

- le médecin ne doit attester que d'éléments objectifs vérifiables ;
- il doit refuser de se prêter à des manœuvres en vue d'obtenir des avantages indus ;
- il doit se garder de mettre en cause un tiers sur la seule base des déclarations de son patient ;
- tous les certificats doivent être remis "en mains propres" au patient qui les communique à un tiers ;
- le médecin traitant ne doit pas adresser de certificat à un quelconque organisme (sauf accident du travail), un autre praticien sans l'accord écrit du patient.

Responsabilité des professionnels de santé

Tous les professionnels de santé peuvent être amenés à participer aux secours lors d'un événement entraînant de nombreuses victimes.

L'aide médicale urgente (articles L6311-1 à L6314-1 du code de la santé publique)

Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires, présidé par le préfet, veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population.

L'aide médicale urgente a pour objectif, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

- En cas de catastrophe, outre l'intervention des services d'urgence (SAMU (15), police (17), pompiers (18)), tout professionnel de santé peut être amené à participer aux secours : il peut être volontaire, ou sollicité, ou requis dans les cas d'urgence nécessité.
- Un professionnel de santé ne peut pas s'abstenir d'intervenir.

Selon le code de déontologie médicale, tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui apporter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires (décret du 6 septembre 1995 article 9).

De façon générale et comme pour tout citoyen, le défaut de porter assistance à personne en péril est sanctionnée par le délit de l'article 223-6 du code pénal : *"Quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende"*.

Dès l'arrivée des secours, le professionnel de santé se met à la disposition du directeur des secours médicaux (DSM). Dès lors, il devient "collaborateur occasionnel du service public". Le régime de la responsabilité sans faute de l'administration s'applique alors pendant toute la durée de la mission, c'est-à-dire depuis la mise à disposition du directeur des secours médicaux jusqu'à la levée de l'alerte. Le professionnel de santé n'engage donc pas sa responsabilité personnelle en prodiguant des soins aux blessés car il collabore à une activité d'intérêt général placée sous la responsabilité du préfet représentant l'État. La participation aux secours dans le cadre du plan blanc constitue une collaboration occasionnelle au service public.

3^e partie

La coordination
des différents
intervenants,
la mission de chacun

L'autorité administrative

Le dispositif mis en place pour faire face à un événement faisant un nombre important de victimes relève de l'autorité du Préfet de département.

Le Préfet de département

Dans le cadre d'une politique interministérielle coordonnée au niveau national, le Préfet de département :

- arrête le plan rouge départemental relatif à l'organisation des secours en cas de nombreuses victimes ;
- est responsable du schéma départemental des plans blancs élaborés par chaque établissement de santé du département ;
- déclenche le plan rouge en cas d'événement occasionnant de nombreuses victimes et désigne le directeur des secours médicaux ;
- met en place une cellule de crise si les événements le justifient ;
- assure la direction de l'ensemble des opérations de secours ;
- s'assure que les établissements de santé ont mis en œuvre leur plan blanc ;
- est responsable de la cellule d'information des familles de victimes, du public et des médias ;
- organise, après l'événement, une réunion de bilan et d'évaluation de l'organisation des secours.

Le Commandant des opérations de secours (COS)

Agissant sous l'autorité du Préfet, le Commandant des Opérations de Secours est le directeur départemental des services d'incendie et de secours ou son représentant.

Avec le Directeur des opérations de secours (DOS) :

- il assure l'organisation des secours et coordonne la mise en œuvre des moyens ;
- il veille avec le Commandant des Opérations de Police et de Gendarmerie (OPG) à ce que les opérations de secours médicaux se coordonnent avec les actions de sécurité publique et de police judiciaire.

Le Directeur des secours médicaux (DSM)

Ce rôle est confié soit à un médecin du SAMU, soit un médecin de sapeur-pompier :

- il assure la responsabilité de tous les professionnels de santé ;
- il prend les décisions d'ordre médical ;
- il organise les soins dans le centre de tri ;
- il est responsable du tri et du transport des blessés, de la logistique générale de l'évacuation sanitaire.

Le Médecin-régulateur du SAMU

- il vérifie l'information au moment du premier appel ;
- il recense les lits et les spécialistes disponibles ;
- il désigne les lieux d'hospitalisation pour chaque blessé.

Ces actions sont coordonnées avec la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

Le Directeur de l'établissement de santé

- il déclenche le plan blanc dans son établissement ;
- il informe le Préfet, le Directeur départemental

des affaires sanitaires et sociales et le Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

- zone de défense Sud : AP Hôpitaux de Marseille ;
- zone de défense Sud Est : Hospices civils de Lyon ;
- zone de défense Sud Ouest : CHU de Bordeaux.

Le Préfet de zone

Il existe 7 zones de défense en métropole. Dans chacune d'entre elles ont été désignés 1 voire 2 établissements de santé de référence, dont la mission essentielle est de définir une organisation zonale notamment pour les risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques (NRBC) :

- zone de défense Est : CHU de Nancy et Strasbourg ;
- zone de défense Nord : CHU de Lille ;
- zone de défense Ouest : CHU de Rennes et Rouen ;
- zone de défense de Paris : AP/HP Hôpitaux Pitié-Salpêtrière et Bichat ;

Le délégué de zone pour les affaires sanitaires et sociales, sous l'autorité du Préfet de zone, coordonne ces actions.

Les services de police judiciaire

En ce qui concerne la prise en charge des victimes, ce sont eux qui tiennent la liste des victimes et sont responsables du dépôt mortuaire.

[retour sommaire](#)

L'autorité judiciaire

L'enquête judiciaire

Le procureur de la République compétent sur les lieux de survenance de l'accident ou de l'attentat est avisé des faits par les services de police ou de gendarmerie. Si les faits à l'origine de l'événement collectif peuvent constituer une infraction pénale, (la plupart du temps, hormis en cas de catastrophe naturelle), le procureur de la République assure la direction et le contrôle d'une enquête pénale diligentée par les services de police et de gendarmerie, en lien avec l'officier de police judiciaire désigné comme responsable des opérations. Le procureur de la République peut se déplacer sur les lieux. L'officier de police judiciaire lui rend compte des différentes investigations et reçoit ses instructions.

L'enquête vise :

- à recueillir les éléments de preuve de la commission d'une ou plusieurs infractions ;
- à identifier des personnes responsables de la commission de cette (ces) infraction(s) ;
- à identifier et dénombrer les victimes ;

- à déterminer l'ampleur du préjudice de chaque victime.

Si l'enquête exige des investigations longues et complexes (expertises, auditions multiples, reconstitution) ou des mesures attentatoires aux libertés (contrôle judiciaire, détention provisoire), le procureur de la République peut demander l'ouverture d'une information judiciaire et saisir le juge d'instruction qui reprendra la direction de l'enquête pénale.

Si l'enquête diligentée par le parquet ou par le juge d'instruction permet non seulement de déterminer la commission d'une ou plusieurs infractions mais aussi d'en identifier l'auteur, la procédure sera renvoyée pour jugement devant la juridiction compétente : cour d'assises ou tribunal correctionnel.

L'indemnisation des victimes d'attentats

■ Le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme

Le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme, créé par l'article 9 de la loi du 9 septembre 1986, indemnise toutes les victimes, quelle que soit leur nationalité, d'actes de terrorisme survenus en France, à compter du 1^{er} janvier 1985.

Pour les actes de terrorisme survenus à l'étranger, le Fonds de Garantie indemnise les victimes de nationalité française.

Le Procureur de la République en France ou l'autorité diplomatique ou consulaire à l'étranger informe le Fonds de Garantie d'un attentat et de l'identité des victimes. Dans ce cas, le Fonds de Garantie contacte directement les victimes pour leur indemnisation.

Toute personne qui s'estime victime d'un acte de terrorisme peut adresser directement au Fonds de Garantie une demande d'indemnisation. L'indemnisation est totalement indépendante de la procédure pénale.

Si les conditions sont réunies, l'indemnisation couvre les dommages corporels des personnes blessées et, pour les personnes décédées, les préjudices moraux et économiques des ayants droit.

Les pièces à réunir en vue d'une demande d'indemnisation sont les justificatifs relatifs à l'acte de terrorisme, à l'état civil de la victimes, à ses dommages.

Les victimes ou leurs ayants droit adressent leur demande d'indemnisation par lettre recommandée avec accusé de réception au Fonds de Garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions : 64, rue DeFrance – 94682 Vincennes Cedex.

Le Fonds de Garantie est tenu, dans un délai d'un mois à compter de la demande, de verser une provision qui peut être, pour les blessés, renouvelée en fonction de la situation médicale.

Le Fonds de Garantie ordonne des expertises médicales afin d'établir les préjudices subis par les victimes. Lorsque l'état de la victime est consolidé, le médecin traitant établit un certificat de consolidation qui doit être adressé au Fonds de Garantie et éventuellement aux organismes sociaux.

La proposition d'indemnisation intervient dans les 3 mois suivant la présentation, par la victime ou ses ayants droit, de la justification des préjudices subis.

■ Le Ministère de la défense

Les victimes d'actes de terrorisme commis depuis le 1^{er} janvier 1982 :

- bénéficient, déductions faites des indemnisations versées par le Fonds de Garantie et les organismes sociaux, des droits et avantages accordés aux victimes civiles de guerre par le Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre;
- ont la qualité de ressortissant de l'Office national des anciens combattants (ONAC);
- bénéficient d'avantages sociaux spécifiques.

Pour en savoir plus, consultez le site de SOS Attentats : www.sos-attentats.org

La protection des victimes

La loi a progressivement reconnu aux victimes d'infraction pénale un certain nombre de droits au cours de la procédure pénale, traditionnellement centrée sur l'auteur des faits. Elle demande à l'institution judiciaire mais aussi aux enquêteurs et de manière générale à l'ensemble des partenaires publics d'accueillir et de prendre en charge le mieux possible les victimes qui demandent de l'aide, en coordination avec le secteur associatif.

Dès l'enquête, la place de la victime a été renforcée.

■ **L'accueil et l'information des victimes** a été améliorée dans les services d'enquête et dans les juridictions.

- La victime peut porter plainte dans n'importe quel service de police ou de gendarmerie du territoire.
- Elle a connaissance du nom du fonctionnaire qui a reçu sa plainte.
- Ce dernier doit l'informer de son droit à réparation et doit lui offrir les services d'une association d'aide aux victimes pour un accompagnement juridique et psychologique. Les juridictions ont en effet été incité à développer leur rapport avec un réseau associatif, conventionné, en partie financé par le ministère de la justice.

- La victime de dommage corporel (physique et psychologique) peut être prise en charge dans des unités médico-judiciaire qui l'accompagnent tout en recueillant les éléments nécessaires à l'établissement de la vérité et à la détermination de son préjudice.

■ **Dans des situations exceptionnelles**, notamment celles d'un accident collectif ou d'un attentat, le procureur de la République peut saisir lui-même le service d'aide aux victimes pour accompagner les victimes.

Il peut aussi animer directement ou avec le ministère de la Justice un comité coordonnant l'intervention de la juridiction, du barreau, des assureurs, des collectivités territoriales, de l'autorité préfectorale et des associations en vue de l'indemnisation rapide des victimes, de leur information sur les développements judiciaires et les conséquences juridiques de la catastrophe, de leur soutien juridique, social et psychologique.

■ **La victime doit être informée** de la suite donnée par le procureur de la République à l'enquête pénale diligentée suite aux faits qu'elle a subis : classement sans suite, ouverture d'information, poursuites devant le tribunal correctionnel.

Si le parquet ne souhaite pas mettre en mouvement l'action publique, la victime a la possibilité de le faire elle-même, en citant directement l'auteur des faits devant le tribunal correctionnel ou en portant plainte et se constituant partie civile devant le doyen des juges d'instruction.

■ **Au cours de l'information judiciaire**, le juge d'instruction est dorénavant amené à mieux prendre en compte la situation de la victime. La partie civile s'est vue reconnaître un contrôle plus important sur le **déroulement de l'information judiciaire**.

Ainsi, le juge d'instruction a dorénavant l'obligation de donner un certain nombre d'informations aux victimes :

- il doit informer toute victime identifiée de son droit de se constituer partie civile ;
- la partie civile peut bénéficier de l'aide juridictionnelle, en fonction de ses ressources, afin d'être assistée d'un avocat au cours de la procédure ; par son intermédiaire, elle a accès aux pièces du dossier ;

- la partie civile mineure peut se voir désigner un administrateur *ad hoc* pour la représenter, si les représentants légaux sont défunts ;
- elle est informée tous les six mois de l'état d'avancement et des délais prévisibles de l'instruction ;
- elle est informée de son droit de demander la clôture de l'information ;
- elle peut exercer un certain nombre de voies de recours contre les décisions du juge d'instruction. Il ne se concentre plus uniquement sur l'établissement de la vérité et sur la recherche des auteurs de faits constituant des infractions pénales : il doit prendre en compte les intérêts de la victime ;
- la partie civile peut demander au juge d'instruction de procéder à tout acte, en présence de son avocat, excepté les actes de coercition sur la (les) personne(s) mise(s) en examen ;
- le juge d'instruction doit diligenter des investigations complètes sur le préjudice de la victime, sur l'impact des faits sur sa situation personnelle.

Au cours de l'audience, la partie civile peut défendre ses intérêts

La partie civile peut se défendre seule, ou être assistée d'un avocat, et à ce titre, bénéficier de l'aide juridictionnelle, en fonction de ses ressources. Les victimes d'attentat bénéficient de l'aide juridictionnelle sans condition de ressources. Elle peut demander l'aide d'un interprète.

Elle peut être accompagnée par le service d'aide aux victimes.

La partie civile mineure, le cas échéant, est représentée par l'administrateur *ad hoc*.

Elle peut demander le huis clos, c'est-à-dire la non publicité des débats.

La loi a simplifié la constitution de partie civile à l'audience de jugement, les victimes pouvant se constituer devant les services enquêteurs, par télécopie ou lettre recommandée avec accusé de réception près de la juridiction saisie.

La partie civile défend uniquement ses intérêts civils. Elle ne peut faire appel que sur ce fondement.

Cependant, la juridiction (parquet et siège) prend en compte la situation de la victime pour statuer sur la culpabilité et la peine du prévenu ou de l'accusé. Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 15 juin 2000, les jurés qui composent les cours d'assises, dans leur serment, sont invités à prendre en considération les intérêts des victimes pour statuer sur l'action publique.

Les présidents du tribunal correctionnel et de la cour d'assises doivent indiquer à la partie civile la possibilité qu'elle a de saisir la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) pour obtenir l'indemnisation de son préjudice, indépendamment des recours qu'elle pourra exercer contre les personnes reconnues coupables.

La commission d'indemnisation des victimes d'infractions

Le recours aux assurances ou à un procès ne garantissant pas toujours aux victimes d'infraction une réparation effective de leurs préjudices, ces dernières peuvent en effet obtenir, sous certaines conditions, une indemnisation totale ou partielle de leur préjudice en adressant une requête auprès de la CIVI présente dans chaque tribunal de grande instance.

Peuvent saisir la CIVI, dans un délai de trois ans après les faits ou d'un an à compter de la dernière décision de justice, que l'auteur des faits ait été identifié ou non, qu'il ait été jugé ou non, les personnes de nationalité française pour un fait commis en France ou à l'étranger, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne et les étrangers en situation régulière (sauf accords internationaux bilatéraux) sur le territoire français au moment de la survenance de l'infraction pour un fait commis en France.

Seront intégralement indemnisées, quelles que soient leurs ressources, les victimes ayant perdu un proche décédé à la suite d'une infraction, celles ayant subi un préjudice corporel grave ayant entraîné une incapacité temporaire totale d'au moins 1 mois ou une invalidité permanente ; celles ayant subi une agression sexuelle ou un attentat à la pudeur quel que soit leur préjudice corporel.

Pourront bénéficier d'une indemnisation partielle, sous conditions de ressources, si elles n'ont pas obtenu une indemnisation par d'autres moyens et si leur situation psychologique ou matérielle a été considérablement aggravée par la commission de l'infraction, les victimes d'un dommage corporel ayant entraîné une ITT inférieure à 1 mois et les victimes de certaines infractions aux biens (vols, escroqueries...).

Après le procès

Si une ou plusieurs personnes ont été condamnées pour les faits subis par la victime, le juge de l'application des peines peut prendre en compte la situation de la victime pour aménager cette peine, afin d'assurer sa sécurité et l'indemnisation de ses préjudices. Les associations d'aide aux victimes sont représentées devant la juridiction nationale de l'application des peines qui statue en appel sur les demandes de libération conditionnelle.

De manière générale, la loi du 15 juin 2000 a assuré une protection plus importante de la dignité des victimes d'infraction pénale en prévoyant la répression de la diffusion sans l'accord de la victime de l'image des circonstances d'un crime ou d'un délit portant gravement atteinte à sa dignité, ainsi que la diffusion de l'identité d'une victime mineure ou bien encore de l'image d'une victime d'agression sexuelle.

Les services hospitaliers : rôle et mission du SAMU

Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont chargés de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (voir en annexe les références des textes législatifs et réglementaires). Ils participent notamment à la mise en œuvre des plans ORSEC et des plans d'urgence destinés à porter secours à de nombreuses victimes.

Afin d'assurer ces missions et de répondre dans les plus brefs délais aux demandes d'aide médicale urgente, les SAMU sont dotés d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRRA). Ces CRRA sont facilement accessibles à la population grâce à un numéro d'appel unique gratuit, le 15.

Travaillant en collaboration avec les services d'incendie et de secours, le CRRA est interconnecté avec le centre de traitement de l'alerte des sapeurs-pompiers.

Tout appel arrivant au centre 15, fait d'abord l'objet d'une première réponse par le permanencier. Après avoir pris les coordonnées de l'appelant, il passe l'appel au médecin régulateur. Ce dernier, après avoir évalué la gravité de l'état du patient, détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée.

En cas d'urgence vitale, il fera appel au Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ce dernier a pour but d'assurer la prise en charge du patient, par une équipe hospitalière, sur les lieux mêmes de la détresse.

Tout au long de l'intervention, le médecin du SAMU veille au bon déroulement de l'opération et prépare l'accueil de la victime dans un établissement de santé public ou privé.

Par ailleurs, les épidémiologistes hospitaliers peuvent apporter une aide précieuse dans la prise en charge des victimes, notamment en ce qui concerne l'évaluation des risques en cas de contamination et pour analyser a posteriori l'intervention des secours.

Les cellules de l'urgence médico-psychologique (CUMP)

Le réseau de l'urgence médico-psychologique, mis à la disposition des directeurs de SAMU et intégré comme tel à la chaîne des secours, permet la prise en charge précoce sur le terrain ou en post-immédiat du psycho-traumatisme lié aux événements catastrophiques.

Dans le cadre d'une approche globale de santé publique, il intervient, en complément de la prise en charge des blessures physiques, comme un service de prévention des pathologies observées chez les blessés ou les impliqués (souffrance psychique, troubles psychologiques avec séquelles graves, stress post-traumatique...).

Le réseau de l'urgence médico-psychologique est composé de médecins psychiatres, assistés de psychologues et infirmiers formés à la prise en charge du traumatisme psychique et prêts à intervenir lors de catastrophes ou d'accidents collectifs auprès des victimes, mais aussi auprès des sauveteurs (équipes SAMU, pompiers, secouristes, polices).

- Au niveau national, le comité national de l'urgence médico-psychologique, placé auprès du Ministre chargé de la santé, définit les objectifs, veille à la cohérence du dispositif, précise les méthodes d'intervention des équipes, supervise leur formation et évalue les actions entreprises.
- Au niveau interrégional, 7 cellules permanentes, rattachées aux SAMU de Lille, Paris, Nancy, Lyon, Toulouse, Nantes et Marseille, mettent en place un dispositif d'intervention opérationnel aux niveaux interrégional et départemental.
- A l'échelon départemental, un psychiatre praticien hospitalier, référent départemental, constitue une liste de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers psychiatriques, définit un schéma-type d'intervention et organise des formations à l'attention des professionnels du département.

La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), déclenchée par un médecin régulateur du SAMU, assure :

- des missions de régulation, de conseil téléphonique ;
- des interventions immédiates sur le terrain où les intervenants sont placés sous l'autorité du directeur des secours médicaux pour pratiquer les soins psychiatriques d'urgence, effectuer le tri et l'orientation des victimes et impliqués, informer et conseiller les victimes et les impliqués sur les aides auxquelles elles pourront recourir si besoin.

Les soins post-immédiats peuvent consister en des consultations de psycho-traumatisme, des séances par petits groupes de 10 à 15 personnes victimes, des séances de débriefing à l'attention des personnels de secours.

Par la suite, cette action peut être relayée si nécessaire par les services de psychiatrie ou les associations conventionnées d'aide aux victimes.

Les secteurs psychiatriques et pédopsychiatriques

Le service public de lutte contre les maladies mentales est organisé en France autour de la notion de sectorisation.

Ce principe a été posé dès 1960. En pratique, il n'a commencé à se généraliser et n'a donné à une planification qu'à partir de 1974. Il a une assise légale et un financement unifié depuis décembre 1985.

La notion de secteur implique que dans une aire géodémographique donnée, une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et de personnels infirmiers et socio-éducatifs, est en charge de l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale en santé mentale. Cette équipe intervient en intra-hospitalier comme en extra-hospitalier (notions de continuité des soins et de prise en charge globale).

L'objectif de la sectorisation est :

- d'offrir aux malades des soins au plus près de leur lieu de résidence afin de les séparer le moins possible de leur famille et de leur milieu (notions de proximité et de maintien dans la communauté) ;

- d'éviter chaque fois que possible l'hospitalisation en offrant une gamme diversifiée d'alternatives à l'hospitalisation et de soins ambulatoires (notion de diversification des équipements et des modes de prise en charge) ;
- de promouvoir des actions précoces, notamment en faveur de certains groupes de population comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées ou dans le domaine de la périnatalité (notions de prévention et d'action ciblées).

A cette fin ont été institués trois types de secteurs de psychiatrie, rattachés à des hôpitaux publics ou participant au service public hospitalier :

- les secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes) qui desservent en moyenne une population de 70 000 habitants ;
- les secteurs de psychiatrie-infanto-juvénile, correspondant en moyenne à trois secteurs de psychiatrie générale ;
- des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui desservent en moyenne une population de 2 000 personnes détenues.

Les secteurs de psychiatrie peuvent être dotés d'équipements ou services diversifiés : services d'hospitalisation à temps plein, à temps partiel, autres structures alternatives...

En psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs disposent pratiquement tous d'un centre de consultation (centre médico-psychologique) ; 87 % des secteurs utilisent un hôpital de jour, 57 % d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, 43 % seulement ont des lits d'hospitalisation complète.

Les équipes de secteur de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile fournissent l'essentiel des professionnels inscrits sur la liste départementale des volontaires de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe (CUMP). Ces équipes ont également un rôle important de relais pour les patients nécessitant une prise en charge après l'intervention des CUMP.

Les Unités Médico-Judiciaires

La situation des Unités médico-judiciaires (UMJ) est précisée dans la circulaire DH/AF 1/98/N° 137 du 27 février 1998.

L'UMJ est placée sous la tutelle du Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, tout en travaillant au quotidien au service de la justice.

Cette unité fonctionne 24H/24 et a une double mission de service public :

- d'une part, assurer des consultations aux victimes d'agressions ou de violences demandant notamment, sur réquisition, des certificats médico-légaux constatant les lésions subies ;
- d'autre part, effectuer sur réquisition, les examens médicaux judiciaires aux prévenus appréhendés par la police ou la gendarmerie.

L'hôpital assume son rôle de service public (médical, social, psychologique) en délivrant les soins nécessaires que requiert l'état de la personne et sa responsabilité est entière dans ce domaine. Pour l'hôpital, la victime "est un patient" qui doit être pris en charge comme les autres, c'est pourquoi l'UMJ doit se situer au contact du service des urgences et s'intégrer dans celui-ci.

Le rôle du médecin légiste de l'UMJ, généralement requis, consiste à constater les lésions et à rédiger un certificat fixant une Incapacité Temporaire de Travail (ITT). Les deux fonctions médicales et judiciaires doivent être clairement séparées, la première appartient au service des urgences, la seconde au médecin légiste.

Les psychologues

Qu'ils exercent à titre libéral ou dans le cadre d'une structure (dans un établissement de santé, une administration, une entreprise, une association...), les psychologues cliniciens occupent une place privilégiée parmi les professionnels intervenant auprès des victimes d'attentats ou d'accidents collectifs.

Afin d'améliorer l'accueil aux urgences des personnes victimes de violences, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) a publié le 21 octobre 2001 une circulaire sur l'accueil aux urgences dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique.

Dans un objectif de bâtir une politique globale d'aide aux victimes, le renforcement des moyens d'accueil des services d'urgence a constitué en l'affectation d'une centaine de postes de psychologues en leur donnant pour mission :

- d'apporter aide et soutien aux personnes victimes de violences et à leurs proches ;
- de créer des liens avec les secteurs de psychiatrie, les services sociaux et les associations d'aide aux victimes ;
- de sensibiliser les équipes hospitalières à l'importance de la qualité de l'accueil des personnes victimes.

La circulaire précise par ailleurs les conditions de réalisation des constatations et actes médico-légaux et préconise l'établissement de conventions santé/justice pour mieux coordonner les interventions sanitaires et judiciaires.

Les professionnels libéraux

Selon les règles présentées dans les chapitres précédents, les professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, prothésistes, infirmiers...) sont appelés à participer à la chaîne de prise en charge des personnes victimes, selon les besoins qui se présentent dans les 3 temps identifiés : les soins immédiats, les soins à court terme, les soins à long terme.

Rôle des médecins généralistes

Les médecins généralistes peuvent être amenés à intervenir aux différents moments de ces événements, et dans des cas de figure variés.

- Dans les suites immédiates d'un accident collectif ou d'une catastrophe :
 - les médecins généralistes sont parfois les premiers intervenants médicaux. Ce peut être le cas notamment en zone rurale, lorsque les unités d'intervention sont éloignées du lieu du sinistre (ex. : collision multiple de véhicules). Dans ce cas, il leur revient de faire un premier bilan de la situation, d'alerter les ressources locales d'urgence (SAMU) et d'effectuer les premiers constats, voire les premiers gestes sur les victimes. Disposer de fiches de tri normalisées sera un appoint précieux ;
 - d'autre part, les médecins généralistes sont parfois médecins de sapeurs-pompiers. Ils endossent alors la fonction de Directeur des secours médicaux (cf. page 34) ;
 - enfin, ils peuvent être sollicités, voire réquisitionnés, dans le cadre de l'organisation des secours ; ils sont alors amenés à s'intégrer dans le dispositif d'urgence, à la disposition des responsables officiels.

■ Dans les suites à court terme :

- les médecins généralistes peuvent être amenés à voir ou revoir des accidentés dont l'état n'a pas ou plus nécessité de prise en charge par les dispositifs d'urgence, ou même des patients qui l'auraient récusée. Ils devront alors veiller à relever des lésions ou séquelles, physiques ou psychiques, qui n'auraient pas été apparentes au moment du sinistre (par exemple, le risque de décompensation psychique secondaire). Il pourra ainsi être nécessaire de compléter les constats initiaux, y compris à l'aide d'investigations complémentaires. Il s'en suivra un plan d'orientation, d'aide et de suivi. Le certificat initial prend ici toute son importance, de même que les premiers éléments du dossier de réparation ;
- dans le même ordre d'idées, les généralistes pourront être confrontés aux répercussions

psychiques des sinistres sur l'entourage proche de l'accidenté, soit du fait de l'impact direct du sinistre lui-même, soit en raison de la gravité de l'atteinte de l'accidenté lui-même. Les interactions familiales peuvent en être altérées et nécessiter un soutien ou une prise en charge spécifique.

■ Dans les suites à long terme :

Mis à part la prise en charge spécialisée des séquelles, dont ils devront être informés, les médecins généralistes devront assurer le soutien psychologique de leurs patients, mettre en œuvre des moyens leur permettant de restaurer leur équilibre existentiel, veiller à leur réadaptation en cas de handicap, voire à leur réinsertion (aide médico-sociale). Le processus de réparation s'appuiera sur le prononcé de la consolidation, qui souvent échoit aux généralistes.

[retour sommaire](#)

Les interventions sociales

Selon le moment (dans l'urgence, dans le court ou plus long terme), les aides qui peuvent être nécessaires aux personnes atteintes ou à leur entourage sont de diverses natures. Les besoins peuvent être immédiats et concerner les aspects élémentaires de la vie quotidienne : nourriture, hébergement, habillement, hygiène...

Ils peuvent être d'ordre financier lorsque les revenus de la personne ou de la famille sont mis en cause par suite de l'événement (perte d'emploi ou d'activité rémunératrice), ou lorsque des charges inhabituelles sont à assumer en lien direct avec la situation exceptionnelle (ex : factures d'électricité exorbitantes en cas de détérioration durable des fenêtres du domicile pendant la période hivernale). Ils peuvent être liés à l'altération de l'état de santé des victimes (besoin d'appareillage, d'aide à l'autonomie, aménagement du domicile, etc).

Il est important que les personnes puissent exprimer leurs difficultés sociales auprès d'un intervenant social qualifié, à même d'établir une relation de confiance, d'analyser avec la personne sa situation et ses besoins, de lui donner l'information nécessaire et de l'aider à obtenir les aides auxquelles elle peut prétendre.

Aussi est-il essentiel lorsque des difficultés d'ordre social sont exprimées par une victime elle-même ou repérées par un praticien de santé, qu'un contact avec un intervenant social compétent lui soit proposé.

Un travailleur social quelque soit l'organisme auquel il appartient (assistant(e) social(e) polyvalent(e) de secteur, rattaché(e) à un établissement scolaire, hospitalier ou à une entreprise, travailleur social d'un centre communal d'action social ou d'un organisme de protection sociale etc) a pour mission de renseigner les personnes sur les aides qu'elles peuvent solliciter et de les appuyer dans les démarches à accomplir pour les obtenir.

Des services associatifs (associations d'aide aux victimes, associations caritatives ou de solidarité) peuvent aussi servir de relais vers les organismes sociaux.

Les aides mobilisables en faveur des victimes directes et de leur entourage également affecté relèvent de multiples organismes :

3. La coordination des différents intervenants, La mission de chacun

- conseils généraux ;
- centres communaux et intercommunaux d'action sociale ;
- office national des anciens combattants ;
- organismes de protection sociale (caisses d'assurance maladie et caisses d'allocations familiales) ;
- services de l'Etat (DDASS).

En cas d'événement collectif touchant un nombre important de personnes, une cellule de crise est mise en place sous l'autorité du préfet et une coordination des interventions sociales immédiates instituée si nécessaire. Celle-ci peut être confiée aux services déconcentrés de l'Etat (DDASS), notamment en matière de secours financiers d'urgence ou d'hébergement provisoire. Des modalités d'accès simplifiées peuvent être mises en place en accord avec les différents organismes concernés (imprimé unique, guichets d'accueil de proximité...).

A plus long terme, des aides spécifiques destinées aux personnes handicapées peuvent être indispensables :

- pour les enfants : allocation d'éducation spéciale et ses compléments éventuels, orientation scolaire (éducation spéciale en établissement scolaire ordinaire ou en établissement spécialisé), aides humaines ou techniques pour l'intégration scolaire ; information et orientation à rechercher auprès de la Commission de l'Education Spéciale (CDES) ;
- pour les adultes : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, attribution de l'allocation aux adultes handicapés (à partir de 80 % d'invalidité reconnue), de l'allocation pour tierce personne, orientation vers un établissement spécialisé (foyer, Centre d'aide par le travail, maison d'accueil spécialisée, rééducation professionnelle) ; aides humaines et techniques pour la vie autonome ; information et orientation à rechercher auprès de la Commission d'orientation et de reclassement professionnel des adultes handicapés (COTOREP).

[retour sommaire](#)

Les associations

Les réseaux associatifs sont particulièrement actifs dans l'accompagnement des personnes victimes, que ce soit le dispositif des associations d'aide aux victimes ou la diversité des associations de victimes. Leurs interventions doivent être coordonnées afin que se développe leur complémentarité au bénéfice des victimes et que soit évités tant une superposition de services de même nature que des renvois successifs d'une association à l'autre.

Les associations d'aide aux victimes : le dispositif de l'INAVEM

Le ministère de la Justice a soutenu dès le début des années 1980 la création des premières associations d'aide aux victimes. Ces associations sont regroupées depuis 1986 au sein de l'**Institut national d'aide aux victimes et de médiation**

(**INAVEM**). Ses principaux objectifs sont d'une part, la définition et l'évaluation des missions d'aide aux victimes, et d'autre part, la coordination et le soutien aux associations d'aide aux victimes. Les associations d'aide aux victimes sont aujourd'hui au nombre de 150. Elles animent 500 permanences d'accueil, reçoivent 150 000 victimes et réalisent 25 000 médiations chaque année. Leurs objectifs sont la reconnaissance de la victime et de ses droits, l'apaisement des conflits, la lutte contre l'isolement des victimes et la diminution du sentiment d'insécurité.

Les associations d'aide aux victimes sont ouvertes à tout public, leurs prestations sont gratuites et elles interviennent en toute confidentialité. Elles proposent une écoute privilégiée pour identifier les difficultés des victimes (sentiment d'isolement, souffrance psychologique, méconnaissance du droit...). Elles répondent aux besoins des victimes par un soutien psychologique, une information sur les droits (organisation judiciaire, procédures et

systèmes d'indemnisation...), un accompagnement dans les démarches (préparation aux expertises, audiences de jugement...), et par une orientation si nécessaire vers des services spécialisés (avocats, services sociaux et médico-psychologiques, assurances...). Des actions particulières sont mises en œuvre en faveur des enfants victimes ainsi qu'auprès des victimes et familles de victimes d'accidents collectifs.

Les associations d'aide aux victimes proposent un soutien psychologique aux victimes et à leurs proches depuis la commission des faits jusqu'à la fin de la procédure pénale ou durée équivalente, généralement sous forme d'entretiens individuels. Des groupes de parole ou des débriefings collectifs peuvent être organisés suite à un accident collectif.

Un numéro national a été créé en octobre 2001. Ce numéro azur (0810 09 86 09 - prix d'appel d'une communication locale), est financé par le Ministère de la Justice, conformément à la décision du Conseil de Sécurité Intérieure du 19 avril 1999. Ce numéro national est destiné à renforcer l'accès des victimes aux associations du réseau INAVEM ainsi qu'à toutes structures ou services d'aide aux victimes.

INAVEM :

1, rue du Pré Saint-Gervais
93691 Pantin cedex
Tél. : 01 41 83 42 00
Fax : 01 41 83 42 24
e-mail : contact@inavem.org

Les associations de victimes

Les associations de victimes sont constituées par des victimes ou familles de victimes dans les cas notamment d'accidents collectifs. Elles ont pour objet d'apporter un soutien moral actif aux victimes (rencontres, commémorations...), de défendre leurs intérêts dans le cadre de la procédure pénale, d'améliorer les conditions d'accueil et d'information des victimes ainsi que la prévention des risques collectifs et individuels.

L'association SOS ATTENTATS

Créée en janvier 1986, SOS ATTENTATS est une association sans but lucratif qui regroupe des victimes du terrorisme et leurs familles.

Elle est agréée comme organisation non gouvernementale (ONG) auprès de l'ONU.

Sa mission est de soutenir les victimes du terrorisme dans les domaines juridique, social et psychologique et de lutter contre le terrorisme.

Présente aux côtés des victimes, l'association :

- informe, oriente et accompagne les victimes dans toutes leurs démarches sociales, administratives et juridiques;
- organise des rencontres et des groupes de parole;
- fournit des conseils relatifs aux procédures d'expertises médicales;
- participe aux procédures judiciaires et aux procès;
- contribue aux frais juridiques;
- organise des cérémonies commémoratives.

SOS ATTENTATS est le porte-parole des victimes d'attentats auprès des instances officielles, participe à l'élaboration de textes législatifs ou réglementaires et mène des études épidémiologiques sur les conséquences sanitaires des attentats.

Elle oriente ses actions vers plusieurs objectifs :

- améliorer la prise en charge médicale des victimes,
- faire évoluer l'expertise médicale,
- harmoniser les droits des victimes,
- développer la coopération judiciaire internationale et notamment européenne,
- lutter contre l'impunité des crimes de terrorisme,

SOS ATTENTATS :

Hôtel National des Invalides
75007 Paris
Tél. : 01 45 55 41 41
Fax : 01 45 55 55 55
e-mail : contact@sos-attentats.org

Les autres associations

Les associations caritatives (Croix Rouge, Secours Populaire, Secours Catholique...) interviennent régulièrement auprès des victimes d'accidents collectifs ou de catastrophes naturelles.

Parfois une association spécifique est créée pour regrouper les personnes victimes d'un événement particulier et défendre collectivement leurs intérêts.

Les autres intervenants

Les assureurs

De nombreuses personnes bénéficient d'un contrat d'assurance individuel leur garantissant quelle que soit l'origine du sinistre, une indemnité en cas de dommage corporel. Ces indemnités, dont le montant et les modalités sont fixées par contrat, peuvent se cumuler avec la réparation des victimes en cas d'accidents collectifs ou d'attentats. Le médecin traitant est dans l'obligation de délivrer à la victime les certificats médicaux nécessaires à l'obtention de ces indemnités.

Les médias

Il convient de concilier le droit à l'information des journalistes et la confidentialité des renseignements nominatifs.

Un "point médias", distinct de la cellule de crise, accueille les journalistes.

Le directeur des secours médicaux veille à ce que l'information donnée émane de la seule source autorisée, à savoir lui-même ou son représentant au sein de la cellule de crise. Pour informer les médias de manière satisfaisante, il s'adjoint, en tant que de besoin, le concours d'un médecin. Communications ou conférences de presse sont effectuées à rythme régulier, sous la coordination de la cellule préfectorale.

Une grande vigilance doit permettre de garantir le respect des droits des victimes : droit à l'image, respect de l'intimité, secret médical...

Les personnes extérieures au dispositif des secours

Les impératifs d'efficacité de l'organisation des secours médicaux et de sécurité sanitaire impliquent que tous les professionnels intervenant dans le cadre d'événements collectifs soient placés sous l'unique autorité du Préfet.

Un professionnel de santé, dès lors qu'il est volontaire, sollicité ou requis pour porter son aide dans les cas d'urgence nécessitant, se met à la disposition du directeur des secours médicaux :

il devient alors collaborateur occasionnel du service public et n'engage pas sa responsabilité personnelle.

Ainsi, il n'y a pas de place pour l'action individuelle de professionnels indépendants, de personnes pouvant avoir un intérêt personnel à intervenir auprès des victimes : médecins, avocats, psychologues, commerçants...

Le risque de dérives sectaires : la pénétration des sectes sur les lieux de catastrophes

Actuellement les sectes cherchent à étendre leur prosélytisme sur un nouveau "terrain de chasse", celui de l'humanitaire et de l'aide aux victimes.

Lors de chaque catastrophe naturelle ou accidentelle, l'on assiste à l'intervention massive, systématique et organisée de plusieurs sectes qui, sous prétexte d'aider matériellement les victimes, les entraînent dans la mécanique de l'embrigadement.

Les motivations des sectes

Les catastrophes offrent aux sectes l'opportunité, en un temps record, sous couvert d'altruisme et d'aide humanitaire :

- d'élargir leur territoire ;
- de récupérer de nouveaux adeptes ;
- d'étendre leur pouvoir ;
- d'acquérir une honorabilité, une respectabilité, une reconnaissance sociale par le biais d'une action en apparence désintéressée et altruiste ;
- de renforcer leur "vitrine" : leurs interventions sur les lieux de catastrophes leur fournissent une "vitrine" attractive et commercialement très porteuse. Les sectes se servent d'images réalisées lors d'attentats montrant leurs adeptes en action (telles celles du 11 septembre à New York par exemple ou celles d'inondations ou de l'explosion de l'usine AZF) comme "spot publicitaire" pour vendre leur doctrine ;

- changer l'opinion publique : une secte qui aide, qui soulage, ne fait plus peur. Les catastrophes donnent l'occasion aux sectes de passer de l'autre côté de la barrière ; elles ne sont plus des groupes nocifs ou nuisibles, elles sont reconnues comme faisant partie intégrante des sauveteurs, des sauveurs.

Sur les lieux de catastrophes

Sur les lieux de catastrophes, les sectes apportent une aide matérielle très efficace et rapide :

- elles disposent de gros moyens financiers et sont parfaitement équipées (groupes électrogènes, tentes de survie, moyens de déblaiement, etc) ;
- elles disposent aussi de gros moyens humains. Les adeptes peuvent se déplacer par centaines très rapidement ;
- elles sont organisées, efficaces, toujours disponibles, disciplinées, obéissant à un seul leader (pas de rivalité de pouvoir).

Prises en charge par les sectes, les victimes vont alors se satisfaire d'une présence chaleureuse et vont passer à côté d'une aide psychologique adéquate que seuls peuvent donner les professionnels compétents formés à la victimologie et aux traumatismes de catastrophes.

La survictimation des victimes

Lors de la catastrophe, les victimes directes ou indirectes ont perdu tous leurs repères et sont en demande urgente d'aide.

■ Dans un premier temps :

- elles vont accepter avec plaisir et soulagement l'aide matérielle qui leur est donnée, s'en remettre aux mains de ceux qui les aident, sans toutefois pouvoir repérer dans la pression de l'urgence d'où vient cette aide et ce qu'elle cache ;
- mises en confiance par la gentillesse de leurs "sauveteurs", elles acceptent aveuglément le soutien affectif, le réconfort et la chaleur qui leur sont apportés.

■ Dans un deuxième temps :

- les victimes qui auront reçu beaucoup d'aide et de chaleur vont se sentir redevables ;

- elles auront une dette envers leur sauveur ;
- du sentiment de reconnaissance naîtra l'obligation de remercier et de garder des liens avec leur sauveur longtemps après la catastrophe.

■ Dans un troisième temps :

La manipulation mentale nécessaire pour que tout futur adepte adhère à la doctrine ne peut fonctionner qu'après une mise en état de faiblesse physique et psychique de la proie visée par le manipulateur.

Lors des catastrophes, cette mise en état de faiblesse est déjà effectuée. Après l'aide matérielle et affective, la secte va apporter une aide "spirituelle" et va reconstruire les victimes, les aider à retrouver des repères, un but et un sens à la vie selon la doctrine de la secte :

- la société et le monde sont mauvais, enfermés dans la matière, dans le matériel ;
- nous, nous sommes bons, investis d'une "mission divine" par des "entités supérieures" ;
- notre mission est de sauver le monde et de créer avec les élus le monde utopique futur (une sorte de paradis sur terre).

Les catastrophes sont pour les sectes l'occasion d'expérimenter leur doctrine. C'est la mise en application de leurs croyances :

- les catastrophes sont en petit ce que la fin du monde est en grand ;
- les catastrophes donnent un sens à la réalité de la doctrine : elles justifient la doctrine ;
- les catastrophes sont une punition divine et donc la preuve que le monde est mauvais.

Face à cette invasion sectaire insidieuse et massive sur les lieux de catastrophes qui se répète à chaque drame, il est essentiel que tous les professionnels ou associations intervenants soient informés et restent vigilants.

Textes législatifs et réglementaires

Code de la santé publique

VI^e partie : Établissements et services de santé /
Livre III - Aide médicale urgente et transports
sanitaires

Loi n°87-565 du 22 juillet 1987

relative à l'organisation de la sécurité civile,
à la protection de la forêt contre l'incendie et
à la prévention des risques majeurs

Loi n°96-369 du 3 mai 1996

relative aux services d'incendie et de secours

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987

relatif au Comité départemental d'aide médicale
urgente et des transports sanitaires (JO du 1.12.87),
modifié par le décret 95-1093 du 5 octobre 1995

Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987

relatif aux missions et à l'organisation des SAMU
(JO du 17.12.87)

Décret n°88-622 du 6 mai 1988

relatif aux plans d'urgence, pris en application de la
loi n° 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisa-
tion de la sécurité civile, à la protection de la forêt
contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs,
modifié par le décret n°2000-571 du 26 juin 2000
et par le décret n°2001-470 du 28 mai 2001

Circulaire n°89-21 du 19 décembre 1989

relative au contenu et aux modalités d'élaboration
des plans destinés à porter secours à de nombreuses
victimes, dénommés "plans rouges"

Circulaire DH/DGS n°97-383 du 28 mai 1997

relative à la création d'un réseau national
de l'urgence médico-psychologique en cas
de catastrophe

Circulaire DGAS/SD1 n°2000-501

du 3 octobre 2000

relative aux dérives sectaires

Circulaire n°700/SGDN/PSE/PPS du 26 avril 2002

relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens
de secours et de soins face à une action terroriste
mettant en œuvre des matières chimiques

Circulaire DHOS/HFD/DGSNR n°277 du 2 mai 2002

relative à l'organisation des soins médicaux en cas
d'accident nucléaire ou radiologique

Circulaire DHOS/HFD n°2002/284 du 3 mai 2002

relative à l'organisation du système hospitalier en
cas d'afflux de victimes

[retour sommaire](#)

Bibliographie

Ouvrages

Carli P., Riou B.

Eds. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte
Paris : Arnette : 688-98

Carli P., Riou B.

Eds Urgences médico-chirurgicales de l'adulte, chapitre
« *La responsabilité médico-légale en médecine
d'urgence* »
par Marx J.S et Barrier G.

À paraître

De Clercq M., Lebigot F.

Les traumatismes psychiques
Paris, Masson, 2001

Guide national

*Intervention médicale en cas d'événement nucléaire
ou radiologique*

Ministère de la santé, de la famille et des personnes
handicapées

Rapports, brochures

Rapports annuels

du Conseil National d'Aide aux Victimes

Décembre 2000 et janvier 2002

Ministère de la Justice/Direction des Affaires
Criminelles et des Grâces

**Plan blanc de l'Assistance Publique-Hôpitaux
de Paris**

Avril 1998

Cabinet du directeur général - Direction
de la Politique Médicale

**Les politiques publiques de gestion des risques
collectifs et des situations de crise**

Mai 2000

Institut des Hautes Études de Sécurité Intérieure
(IHESI), DESS "Ingénierie de la Sécurité".

Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des victimes de catastrophes et d'accidents collectifs

Ministère de la Justice - Direction des Affaires Criminelles et des Grâce

Articles

Decour B., Questel F., Dauchy S.

Victimes d'attentats : quelle aide psychologique et juridique ?

La Revue du Praticien - Médecine Générale, 17 décembre 2001, Tome 15, n° 558, p. 2210

Barrier G.

Emergency medical services for treatment of mass casualties

Critical care medicine, 1989, volume 17, n° 10

Martel C.

Qu'en est-il de l'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec ?

Santé mentale au Québec - 2000 - xxv - 1 - 45-73

Arendt M., Elklit A.

Effectiveness of psychological debriefing

Acta Psychiatr Scand 2001;104: 423-37

Hageman I., Andersen H.S., Jorgensen M.B.

Post-traumatic stress disorder : a review of psychobiology and pharmacotherapy

Acta Psychiatr Scand 2001 ; 104: 411-22

Journaux

Paroles de victimes, journal de l'Association SOS ATTENTATS

Lettre d'information (Inavem), de l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation

Adresses

Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions

64, rue DeFrance 94482 Vincennes Cedex

Tél. : 01 43 98 77 00 - 0800 05 63 63

Télécopie : 01 43 65 66 99

E-mail : www.fgti.fr

Service téléphonique

Numéro Azur d'aide aux victimes d'infractions pénales

Depuis le 23 octobre 2001, le Ministère de la Justice a confié à l'INAVEM la gestion d'un numéro national d'aide aux victimes, le N° Azur **0 810 09 86 09**, disponible du lundi au samedi de 10 h à 22 h (prix d'appel local).

Associations

Association d'aide aux victimes

Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM)

1, rue du Pré Saint-Gervais 93691 Pantin Cedex

Tél. : 01 41 83 42 00 - Télécopie : 01 41 83 42 24

E-mail : contact@inavem.org

En savoir plus sur l'INAVEM :

www.justice.gouv.fr/region/inavemabis.htm

Association de victimes

SOS ATTENTATS

Hôtel des Invalides 75007 Paris

Tél. : 01 45 55 41 41 - Télécopie : 01 45 55 55

www.sos-attentats.org

Ce service téléphonique permet de renforcer l'accès des victimes d'infractions pénales aux services compétents, de mieux faire connaître l'existence des associations d'aide aux victimes et de les orienter le cas échéant vers les services spécialisés.

Adresses Internet

Site du Ministère chargé de la santé :

www.sante.gouv.fr

Site du Ministère de la Justice :

www.justice.gouv.fr

Recherche de textes de lois, de décrets ou de circulaires :

www.legifrance.gouv.fr

Liste des experts

Présidents

Professeur Geneviève BARRIER
ancien directeur du SAMU de Paris

Professeur Frédéric ROUILLON
chef du service de psychiatrie de l'hôpital
Albert Chenevier, Créteil

Experts

Professeur François LEBIGOT
psychiatre, hôpital d'Instruction des Armées
de Percy, Clamart

Professeur Pierre CARLI
directeur du SAMU de Paris

Docteur Philippe RONDET
ORL, Gentilly

Docteur Samuel BENAYOUN
médecin expert

Madame Françoise RUDETZKI
déléguée générale de l'association
SOS ATTENTATS

Madame Irène STOLLER
magistrat

Monsieur Jacques CALMETTES,
président de l'INAVEM

Monsieur Patrick LE BAS
Chargé de mission accidents collectifs, INAVEM

Représentants de l'administration

Haut Fonctionnaire de Défense

Docteur Philippe HROUDA
président du comité national
de l'urgence médico-psychologique

Docteur Ilana POLAC

Ministère de la Justice

- Direction des Affaires Criminelles et des Grâces

Monsieur Philippe METTOUX,
Madame Charlotte CAUBEL, Madame Marielle THUAU

Ministère de la santé, de la famille
et des personnes handicapées

- Direction générale de la santé (DGS)

Madame Marie-Hélène CUBAYNES,

Madame Laurence PRÉVOT,

Docteur Sylvia GUYOT

Docteur Nicolas POSTEL-VINAY

- Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins (DHOS)

Docteur Dominique PETON-KLEIN,

Madame Marie-Odile MOREAU,

Madame Evelyne BONNAFOUS

- Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Madame Solange ALIDIÈRES

Ont également participé à la rédaction du guide

Professeur Louis CROCQ

Docteur Nathalie PRIETO

Monsieur Jean-Pierre JOUGLA

Madame Sonya JOUGLA

Docteur Hervé CARSIN

Docteur Yves GERVAIS

Docteur Daniel JANNIÈRE

Coordination des travaux

- Direction générale de la Santé,
sous-direction santé et société, bureau SD6D

Madame Laurence PRÉVOT

Suivi de l'édition

- Direction générale de la Santé,
cellule communication

RETROUVEZ LES GUIDES SUIVANTS :



**Femmes victimes
de violences conjugales,
le rôle des professionnels
de santé**



**Le Praticien face
aux violences sexuelles**



**Accidents collectifs,
attentats, catastrophes
naturelles :
conduite à tenir pour
les professionnels de santé**

SUR LE SITE :
www.sante.gouv.fr

Direction générale de la Santé

8, avenue de Ségur
75007 Paris

Tél. 01 40 56 60 00