

Médecin du GIGN

X. DONNE, E. LE GONIDEC

Le *Spécial Air Service*, ou SAS, créé en 1941, est historiquement la première unité d'intervention. Initialement dédiée aux opérations profondes en territoire ennemi, ses missions se sont rapidement orientées, après la guerre, vers le contre-terrorisme. Actuellement, cette unité reste la référence pour beaucoup de pays. En 1965, la police de Los Angeles a mis en place le SWAT (*Special Weapons And Tactic*), groupe d'intervention spécialisé dans la maîtrise d'individus dangereux, qui a été rapidement suivie par les polices d'autres grandes villes américaines, sur un mode très décentralisé. L'Europe n'a envisagé, quant à elle, de se doter d'unités spécialisées qu'après la prise d'otage de la délégation israélienne aux Jeux olympiques de Munich de 1972, qui a mis en évidence l'impréparation des forces de police classiques face à ce genre d'événement, au terme d'un assaut au bilan effroyable. L'Allemagne a mis ainsi en place, en 1974, le *Grenzeschutzgruppe 9* (GSG 9), suivie par la France qui a créé le Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale (GIGN) la même année, puis le groupe Recherche Assistance Intervention Dissuasion (RAID) en 1985.

1. Missions du GIGN et modalités du soutien médical

Le GIGN, initialement unité de contre terrorisme, a rapidement vu ses prérogatives s'élargir vers des missions de police spécialisées, avant de devenir un outil global dédié à la résolution des crises. Une typologie des missions du GIGN peut ainsi être esquissée :

Centre médical de Satory, Quartier Moncey, RP 1313, 78013 Versailles, France.

Correspondance : Tél. : 01 39 02 90 55. Fax : 01 39 02 90 59. E-mail : xavier.donne@gmail.com

- Missions de police judiciaire :
 - arrestations domiciliaires d'individus dangereux ;
 - arrestations en milieu ouvert d'individus dangereux ;
 - concours techniques aux unités de police judiciaire ;
 - transfèrements judiciaires de détenus à hauts risques ;
 - interpellations en flagrant délit d'individus dangereux agissant en bande organisée.
- Résolution de crises de portée locale :
 - arrestations de forcenés armés, retranchés avec ou sans prise d'otage, agissant le plus souvent dans un cadre familial ;
 - prises d'otages crapuleuses, généralement consécutives à un braquage mal conduit ;
 - interpellations dans le cadre d'enlèvements ou de manœuvres d'extorsions de fonds, à l'occasion d'échange ou en flagrant délit ;
 - résolutions de mutineries en milieu pénitentiaire.
- Opérations de contre-terrorisme (éventuellement conjointes avec les opérations spéciales) :
 - arrestations domiciliaires ou en milieu ouvert de terroristes ;
 - contre-terrorisme maritime ;
 - contre-terrorisme avion (PIRATAIR) ;
 - contre-terrorisme en ambiance NRBC (centrales nucléaires en particulier) ;
 - prises d'otages de masse.
- Opérations à l'étranger :
 - renfort d'ambassades, à titre de protection ou dans le cadre de la cellule interministérielle de négociation ;
 - opérations de contre-terrorisme en renfort d'unités étrangères ;
 - libération d'otages.

La grande diversité des missions du GIGN, retrouvée à l'identique au RAID, montre une variabilité importante du risque, de faible pour les arrestations domiciliaires à très élevé pour les opérations de contre-terrorisme. Une réflexion sur les modalités du soutien médical opérationnel a donc été conduite dès la création de ces unités. Les expériences des unités étrangères ne sont pas nécessairement utiles en raison des différences de culture autour de la médicalisation de l'avant. Ainsi, l'étude de Jones et al., en 1996, a montré que les solutions retenues dans 150 villes américaines pour le soutien médical des interventions des SWAT étaient assez univoques, reposant dans 69 % des cas sur un dispositif préventif avec des moyens civils (1). Il soulève d'emblée le problème de l'intervention en milieu non sécurisé, puisque 38 % des unités interrogées déclaraient avoir eu un blessé sérieux en intervention dans les 24 derniers mois.

Depuis 2001 et le renforcement de la lutte contre le terrorisme, les retours d'expériences montrent la prise en compte de cette problématique par l'intégration d'une composante santé, le plus souvent paramédicale, dans les unités d'intervention (SWAT, GSG 9, SAS). Une sous-division « *Tactical Emergency Medecine* » a également été créée au sein de l'*American College of Emergency Physician* en Californie. Le GIGN, unité militaire, s'est en toute logique tourné vers le Service de santé des armées pour assurer son soutien opérationnel, en s'appuyant sur les binômes médecins et infirmiers du centre médical de Satory.

2. Exercice de la médecine d'urgence au sein du GIGN

La spécificité de l'exercice de la médecine d'urgence au sein du GIGN peut être abordée sous deux angles différents : l'approche épidémiologique, traditionnelle, qui nous permet de mieux cibler les compétences techniques médicales requises, tandis qu'une approche plus tactique du support médical permet de montrer les qualités opérationnelles recherchées.

2.1. Approche épidémiologique

En 2003, un travail de thèse a permis de recenser les pathologies observées lors des interventions du GIGN entre 1990 et 2001 (2). La pathologie traumatique en intervention, qui représentait 32 % des lésions observées, a été très largement dominée par la traumatologie périphérique par balle. Cette prééminence s'explique aisément par le port de protections balistiques efficaces (gilet et casque pare-balles). Un seul cas de plaie thoracique, mortel, a été observé. Les autres lésions traumatiques observées étaient des traumatismes fermés, généralement bénins, consécutifs à des chutes ou à des accidents de trajet. La répartition des armes en cause dans les blessures par balle correspondait en toute logique à celle des armes détenues en France. Les armes de chasse arrivaient donc en tête des agents vulnérants, suivies des armes de poing et enfin des armes de guerre. En entraînement, la distribution des traumatismes était différente, puisque les accidents de parachutisme, d'aérocordage et les chutes de grande hauteur étaient les plus fréquents. On retrouvait surtout des traumatismes graves de membres inférieurs et des polytraumatismes.

Bien qu'aucun travail de synthèse ne soit disponible, les pathologies constatées par retour d'expérience chez les tiers lors d'intervention du GIGN sont généralement graves et variées. Nous pouvons ainsi recenser, sur les cinq dernières années et de manière non exhaustive :

- plusieurs plaies crâniocérébrales et thoraciques par arme à feu (autolyse) ;
- des pendaisons ;
- une défenestration criminelle (enfant de 6 mois) ;
- des plaies par balles de membres et du thorax (tir de riposte) ;
- des traumatismes crâniens ;

- un syndrome coronarien aigu suite à une arrestation ;
- un asthme secondaire à l'emploi de gaz lacrymogènes en milieu confiné ;
- des états d'agitation ;
- un blast avec polycrissage sur usage d'explosifs.

La pathologie rencontrée est donc variée, dominée par les lésions balistiques des membres par projectiles d'armes de chasse. Il suffit toutefois d'une opération majeure pour modifier cette répartition, au profit par exemple des blessures par projectiles à haute vitesse.

2.2. Approche tactique

Au-delà des compétences techniques en médecine d'urgence, le GIGN attend de ses médecins des aptitudes opérationnelles très spécifiques, qui leur permettront d'assurer leur mission dans les conditions difficiles d'un assaut, tout en organisant un dispositif de soutien médical crédible lors d'une crise importante. Le médecin du GIGN est amené à intervenir à deux niveaux :

- le soutien immédiat des groupes d'assaut, dans le cadre d'un assaut d'urgence ou délibéré ;
- l'anticipation de la période de postcrise immédiate avec prise en compte médicale des blessés, gendarmes ou tiers, par les secours civils territorialement compétents (SAMU, pompiers).

Le soutien des groupes d'assaut est l'aspect le plus dimensionnant de la fonction de médecin du GIGN, quelle que soit la catégorie d'intervention. Il a pour objectif de médicaliser les blessés dans les meilleurs délais, y compris dans des conditions non sécurisées sous un feu adverse. Les contraintes sont donc nombreuses, le médecin devant être capable d'amener sa technicité au cœur de l'action, avec les moyens de protection et les capacités de défense en rapport. Il doit également être en mesure de travailler dans des conditions difficiles de lumière, d'ambiance sonore et de danger. L'équipe médicale est généralement intégrée dans les colonnes d'assaut ou stationnée à proximité immédiate de celles-ci. Le médecin doit donc être en mesure d'utiliser tout moyen de transport, de déposer ou de franchissement rendu nécessaire par la configuration des lieux et la tactique retenue. L'hélicoptère est ainsi une éventualité courante, justifiant d'un entraînement et d'une condition physique en adéquation. Cette méthode est couramment utilisée en contre-terrorisme maritime, dans les mutineries en milieu pénitentiaire et plus généralement dans les configurations d'accès difficile. La mission type comprend un assaut de nuit dans un bâtiment, après effraction par explosif et avec emploi fréquent de gaz lacrymogènes. Le médecin doit donc être capable de réaliser les premiers soins dans un contexte particulièrement hostile, dans une quasi obscurité, gêné par ses protections balistiques et le port du masque à gaz. Au-delà des contraintes physiques, il faut donc savoir adapter ses pratiques médicales à la situation, en hiérarchisant parfaitement les gestes techniques pour éviter toute mise en condition superflue susceptible de gêner

l'extraction. En situation d'opération importante de type contre-terrorisme, l'engagement simultané de plusieurs équipes médicales dans les différentes colonnes d'assaut rend nécessaire une coordination au niveau du poste de commandement tactique. Ce rôle doit être joué par un médecin issu d'une unité d'intervention et rompu à la problématique de celle-ci.

La période de postcrise immédiate correspond à la phase de transition entre l'assaut et la prise en compte définitive des victimes par les structures civiles d'aval. Cette phase est une spécificité importante du fonctionnement du service médical du GIGN puisqu'elle permet à celui-ci de bénéficier systématiquement d'un relais précoce par des moyens médicaux civils adaptés de type SAMU. Rarement problématique dans les crises locales où elle a pour objectif de s'assurer de l'absence de dangerosité des individus interpellés et de piégeage des locaux, elle devient un objectif à part entière dans les opérations plus importantes et justifie à ce titre d'une réflexion dédiée. Le médecin du GIGN doit donc être capable d'organiser un relais rapide, y compris en ambiance mal sécurisée, de son action médicale par une structure civile prépositionnée en zone de sécurité. Il doit être en mesure de recenser les moyens disponibles et de réfléchir à leur déploiement en accord avec le directeur civil des secours médicaux et le responsable des opérations de reprise, au terme d'une réflexion tactique souvent difficile. L'interface avec les secours civils est donc primordiale, garantie d'un relais efficace en cas de blessé grave. Cette interface peut se limiter à une prise de contact téléphonique ou une évaluation des disponibilités dans les opérations de police judiciaire. Dans les crises locales, des équipes de pompiers et de SMUR sont généralement présentes et le médecin du GIGN doit aider le directeur des secours médicaux (DSM) à prendre ses dispositions en l'informant au mieux de l'évolution de la situation et des options tactiques retenues. Une bonne connaissance de la carte sanitaire locale et du mode de fonctionnement des SAMU est alors indispensable, pour pouvoir anticiper d'éventuelles montées en puissance. Dans le cas d'opérations majeures de contre-terrorisme, l'importance de la collaboration avec les structures civiles prend tout son sens, puisqu'il faudra organiser un plan rouge en zone sécurisée, parallèlement à l'opération de reprise et au soutien des groupes d'assaut. La coordination des différents services devient donc primordiale et le médecin du GIGN, formé aux concepts de la médecine de catastrophe, doit donc être un interlocuteur crédible face aux autorités sanitaires locales.

3. Compétences requises et formations souhaitables

Nous venons de voir que le champ des compétences requises pour un médecin du GIGN est assez large, allant de techniques militaires très spécifiques à des qualités relationnelles lui permettant de traiter avec les autorités sanitaires, en passant par une authentique technicité en médecine d'urgence. Le **tableau 1** résume ces compétences et les cursus de formation correspondants, tel qu'ils sont ou devraient être pratiqués.

Tableau 1 –

Compétence	Cursus de formation initiale	Formation continue
Médecine d'urgence	CAMU Passage BSPP ou BMPM	Gardes en SAMU ou BSPP Activité en service d'urgence
Techniques opérationnelles	Formation interne GIGN Stage CITERA - COS Brevet de parachutiste militaire	Entraînements Sauts d'entretien
Organisation du soutien médical de la phase d'assaut	Stage commandement des opérations de secours (BSPP)	Entraînements réguliers
Organisation des phases de postcrise ou de reprise	Capacité de médecine de catastrophe	Exercices conjoints
Interface avec les autorités sanitaires	Pratique SAMU	Activité en SAMU

BSPP : Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris

BMPM : Bataillon des Marins Pompiers de Marseille

COS : Commandement des Opérations Spéciales

CITERA : Centre d'Instruction aux Techniques de Réanimation de l'Avant

4. Conclusion

Exercice particulier de la médecine d'urgence s'il en est, le soutien médical d'une unité d'intervention telle que le GIGN se démarque largement de celui d'une unité militaire plus traditionnelle. Les missions, fréquentes et diversifiées, se déroulent pour la plupart d'entre elles au cœur d'un système de secours d'urgence civil performant. Ce paramètre permet aux équipes médicales de se concentrer sur l'essence même de leur mission, le soutien des groupes d'assaut, et d'y déployer l'indispensable capacité d'adaptation que le GIGN attend d'elles.

Références bibliographiques

1. Jones JS, Reese HK, Kenep G, Krohmer J. Into the fray: integration of emergency medical and special weapons and tactics (SWAT) teams. *Prehospital Disaster Med* 1996 ; 11 : 202-6.
2. Forel A. Compétences requises pour les médecins intervenant au sein des unités d'intervention des forces de maintien de l'ordre. Exemple du GIGN. Lyon : Thèse de Médecine ; 2003. n° 240.