

INSTITUT NATIONAL D'ÉTUDES DE LA SÉCURITÉ CIVILE

ATELIER D'AUTO-FORMATION

MÉDECINE DE CATASTROPHE

analyse des méthodes et pratiques utilisées
dans les pays membres
de l'Union Européenne

NAINVILLE-LES-ROCHES 10, 11, 12 février 1999

SOMMAIRE

I. ALLOCUTIONS D'ACCUEIL	page	4
II. FONCTIONNEMENT DE L'ATELIER	page	14
III. EXPOSÉ DE GRANDS TEMOINS		
catastrophe de Furiani	page	18
catastrophe de Bradford	page	27
IV. SYNTHÈSE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE	page	34
V. SYNTHÈSE DES TRAVAUX DES SOUS-GROUPES	page	48
VI. DIFFERENTS TYPES DE CATASTROPHES		
TGV D'Eschede (Allemagne)	page	60
Herald of Free Interprise (Belgique)	page	67
N'Sam (Cameroun)	page	76
VII. PRESENTATION DU PROGRAMME 1999		
Espagne	page	92
Suède	page	93
Pays-Bas	page	97

VIII. SYNTHÈSE DES TRAVAUX DE L'ATELIER	page	105
IX. ALLOCUTIONS DE CLÔTURE	page	111
X. PRESENTATIONS LIBRES		
L'organisation des secours en Belgique en cas de catastrophe (<i>M. Seynaeve</i>)	page	118
L'organisation de la Santé dans la province de Liège en Belgique (<i>Mme Renard</i>)	page	123
L'enseignement de la médecine de catastrophe en France (<i>M. Nemitz</i>)	page	126
La mise en pratique, en France, de l'enseignement de médecine de catastrophe (<i>M. Viala</i>)	page	130
La Croix Rouge autrichienne (<i>M. Renner</i>)	page	133
L'hôpital militaire de campagne en Autriche (<i>M. Rosenmayr</i>)	page	137
Les coulées de boue de Sarno et Quindici en Italie (<i>Mme Volpini</i>)	page	140
L'unité spéciale de médecine de catastrophe en Grèce (<i>M. Pirros</i>)	page	142
La gestion de la catastrophe en Allemagne (<i>M. Geier</i>)	page	145
Les services d'urgence en Grande-Bretagne (<i>M. Macpherson</i>)	page	149
La gestion des urgences au niveau hospitalier en Grande-Bretagne (<i>M. Mason</i>)	page	151
L'aide médicale urgente aux Pays-Bas (<i>M. Kers</i>)	page	153
Les services d'urgence sanitaire à Madrid (<i>Mme Pardo-Sanchez</i>)	page	155
La formation de médecine de catastrophe des médecins militaires espagnols (<i>Mme Frutos</i>)	page	156

ALLOCUTIONS D'ACCUEIL

M. le Préfet VICTOR CONVERT
Président du conseil d'administration de l'INESC

M. PANAGIOTIS ALEVANTIS
représentant le chef de l'Unité "Protection civile"
DG XI - Commission européenne

Docteur PHILIPPE HROUDA
Haut-Fonctionnaire de Défense
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Santé

Médecin-colonel BERNARD VIALA
représentant le Directeur
de la défense et de la sécurité civiles.
Haut-Fonctionnaire de défense

Allocution de M. le Préfet Victor CONVERT

Président du conseil d'administration de l'INESC

Mesdames et Messieurs

Je suis très heureux de vous accueillir au nom du Ministre de l'Intérieur du Gouvernement français et en ma qualité de président du conseil d'administration de l'Institut national d'études de la Sécurité civile, qui vous hébergera pour cette session d'autoformation sur la médecine de catastrophe.

Cet Institut français existe depuis longtemps dans la mesure où l'essentiel de ses missions sont encore aujourd'hui consacrées à la formation initiale et continue des officiers de sapeurs-pompiers qui existe dans notre pays depuis environ cinquante ans.

Mais depuis près de quatre ans, il a été doté d'une capacité juridique qui lui donne d'autres missions.

A côté du département «Ecole nationale supérieure des officiers de sapeurs-pompiers», il y a désormais trois autres départements :

- ◆ le département «Formation supérieure des acteurs de la sécurité civile», par exemple les médecins,
- ◆ le département «Etudes et Recherche» en liaison avec l'Université,
- ◆ le département «Relations internationales».

Votre présence s'inscrit dans le cadre, à la fois, des missions du département «Formation supérieure des acteurs de la sécurité civile» et du département «Relations internationales».

Vous allez échanger vos expériences en matière de médecine de catastrophe. En tant que préfet, j'ai moi-même été confronté, à plusieurs reprises, à des événements de ce genre.

En France, dans son département, le premier responsable de la sécurité civile, après le maire de la commune, et dès lors que l'événement a une grande importance, c'est le préfet.

Je voudrais attirer votre attention sur un point important : la principale responsabilité du premier responsable des secours est de connaître la nature des secours nécessaires et, par conséquent, la nature de la catastrophe, le nombre des morts, celui des blessés et la nature des blessures.

Les mesures appropriées ne peuvent être prises si l'on n'est pas exactement informé et cette information est souvent difficile à obtenir. Parfois, des perturbations existent dans les réseaux de communication. Cette question de remontée de l'information, depuis les lieux même de la catastrophe, est quelque chose de primordial.

Le deuxième point sur lequel je voudrais attirer votre attention du fait de mon expérience, c'est l'information des populations, victimes ou proches des victimes de la catastrophe. Il y a souvent contradiction entre les délais nécessaires à l'évaluation des blessures et à la préparation des victimes et le désir, pour ceux qui regardent, de les voir évacuer rapidement.

Dans notre pays, pour l'opinion publique, un blessé bien soigné est d'abord un blessé rapidement évacué, ce qui n'est pas toujours vrai. Il faut donc trouver les moyens d'informer aussi leurs proches ainsi que le public qui assiste aux opérations de secours, pour éviter les problèmes d'opinion.

Voilà essentiellement les deux points sur lesquels je voulais me permettre d'attirer votre attention en ma qualité d'ancien préfet territorial.

Je vous souhaite un bon séjour au château de Nainville-les-Roches. Je vous remercie à l'avance pour tous les échanges qui auront lieu durant ces trois journées, ainsi que dans le courant de l'année, puisque votre programme se déroule sur plusieurs mois.

Allocution de M. Panagiotis ALEVANTIS

**représentant le chef de l'Unité Protection civile
DG XI - Commission Européenne**

Je ferai une description très brève de ce que nous faisons dans le domaine de la protection civile et de la médecine de catastrophe, au niveau de la Communauté.

Vous savez que les catastrophes arrivent depuis longtemps. Nous devons agir au niveau communautaire, parce que les catastrophes dépassent les frontières. J'ai ici quelques exemples de catastrophes assez importantes et ces données ne proviennent pas d'un système statistique européen mais d'une firme d'assurance privée.

Nous travaillons depuis 1985 à assurer la solidarité entre les peuples, comme cela est prévu dans le Traité de l'Union Européenne et nous avons mis en place un certain nombre de données pratiques :

- une petite cellule fonctionnant en réseau dans tous les pays, 24 heures sur 24,
- un manuel opérationnel pour les décideurs opérationnels,
- un vade-mecum,
- un système d'échange d'experts et d'exercices frontaliers annuel,
- la création du n° 112, numéro d'appel unique.

Un grand effort de recherche et de développement a également été financé par notre département auprès de la Commission.

En 1997, le Conseil des Ministres a adopté un plan d'action sur deux ans dans lequel nous avons lancé quelques projets majeurs :

- le projet d'échange d'experts, continuation de l'ancien système,
 - un projet sur la gestion des crises piloté par l'Allemagne,
 - un projet sur l'information du public,
 - un projet constitué de plusieurs petits projets sur des risques spécifiques.
- D'autres projets concernent le nucléaire et la pollution des eaux potables.

Les objectifs communs de tous les projets majeurs sont les suivants :

- faire l'inventaire et mettre en réseau les gens et les structures,
- établir des règles communes,
- promouvoir les meilleures pratiques ainsi que des recommandations.

Que s'est-il passé dans le domaine de la médecine de catastrophe ?

Beaucoup d'actions ont été menées au sein du programme de Recherche et de Développement sur la télé-médecine. Des actions ont eu lieu dans le domaine de la radioprotection et des incidents nucléaires, des cours universitaires ont été faits par l'Office Humanitaire de la Communauté (ECHO), il existe aussi une publication sur les structures de médecine de catastrophe sur papier.

Le dernier grand événement dans le domaine de la médecine de catastrophe a été l'organisation d'un atelier, en Suède, en 1996. Des propositions sont en train d'être mises en place dans le cadre de ce projet « médecine de catastrophe ».

Quelles sont les caractéristiques de ce projet ?

Un pays joue le rôle de leader aidé d'un groupe de pilotage au sein duquel participent les pays qui ont manifesté le plus grand intérêt. Les objectifs sont :

- dresser l'inventaire et mettre en réseau,
- arriver en fin d'année avec des spécifications pour un travail en commun,
- définir des lignes directrices pour le support psychologique et un plan pour les actions futures, pour être prêt dans le cadre du programme d'actions 2000 - 2004 que la Commission a proposé.

Vous avez l'architecture du projet - ce schéma est très apprécié par mon chef d'unité - et vous avez les différentes actions, leur inter-relation, le but étant la réalisation d'un rapport final par les Pays-Bas à la fin de l'année.

Quelles en sont les grandes étapes ?

- c'est d'abord ce premier atelier,
- un cours sera organisé par l'Espagne, ensuite, à partir de ses résultats,
- un atelier pour proposer des cours pilotes, en Suède,
- un atelier sur le support psychologique des intervenants, par une entité française,
- une grande conférence organisée par les Pays-Bas sur la gestion des catastrophes et l'aide médicale urgente,
- un exercice organisé par la France au mois de septembre,
- un cours pilote organisé par la Suède,
- le rapport final sur le programme d'actions.

Les Autrichiens proposeront une organisation de supports psychologiques par des volontaires au début de l'année 2000.

Les autres actions en cours sont les projets sur la télé-médecine financés au sein d'autres programmes, le grand programme d'actions sur 5 ans concernant la prévention des blessures adopté le 25 janvier 1999 qui sera mis en place progressivement.

Il s'agit, en conclusion, d'aider les Etats membres dans leurs efforts à établir un inventaire, un réseau d'experts, à définir une formation commune, des lignes directrices ou des supports psychologiques, un plan d'action pour les actions futures.

Au moment où l'Union Européenne devient une Union des citoyens, j'ai repris une phrase écrite par PERICLES et adressée aux Athéniens juste après une catastrophe durant la guerre du Péloponnèse : « Quand on est un grand Etat ou une grande Nation, il faut pouvoir faire face aux catastrophes avec calme et sérénité ».

Merci beaucoup pour votre attention.

Allocution de M. Philippe HROUDA

**Haut-Fonctionnaire de Défense
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Santé**

Monsieur le Président,
Monsieur le directeur,
Mesdames et messieurs,
Mes chers collègues,

Je suis très heureux d'être parmi vous, à l'occasion de l'ouverture de cet atelier européen qui vise à la recherche d'une harmonisation en médecine de catastrophe entre les pays concernés.

Le choix de l'Institut national d'études de la Sécurité civile pour donner le départ à cette action commune rappelle, s'il en était besoin, l'importance du rôle de la France dans le développement de la médecine de catastrophe. Comme vous le savez, le premier enseignement universitaire de médecine de catastrophe a été créé en France en 1981 à la suite de l'engagement de médecins français dans le cadre d'un tremblement de terre.

Ces médecins s'y étaient engagés en ordre dispersé, mais il s'agissait de professionnels de l'aide médicale urgente (médecins des hôpitaux publics, médecins des services d'incendie et de secours, médecins des armées).

Et tout comme aujourd'hui, ce premier enseignement de médecine de catastrophe a été organisé par ces médecins sous forme d'un atelier d'autoformation, en tout cas pour la première session. Par référence à cette première expérience française, on peut dire aujourd'hui que le succès et l'efficacité de la méthode sont démontrés puisque l'on dénombre aujourd'hui, en France, une dizaine de facultés habilitées à enseigner la médecine de catastrophe.

Autre signe, l'émulation ainsi engendrée a permis une refonte des plans de secours sanitaires et l'adoption d'une doctrine unique par l'ensemble des services publics français concourant à la gestion des accidents graves et des catastrophes. Cette évolution s'est faite en dix ans, de 1980 à 1990. Aujourd'hui, l'effort d'harmonisation des réponses publiques face à la catastrophe porte essentiellement sur l'espace européen.

Et pour ma part en tant qu'acteur et témoin de cette période, je voudrais souligner devant vous, mes chers collègues, la nécessité d'apporter systématiquement un éclairage de caractère médical à la démarche analytique que vous allez engager aujourd'hui.

Privés d'une analyse médicale forte, les travaux risqueraient de sortir du champ de la médecine de catastrophe proprement dite, qui est bien le sujet.

En effet, vous n'êtes pas sans savoir qu'au plan international, en matière d'organisation des secours sanitaires, deux grandes écoles cohabitent actuellement sur le terrain pré-hospitalier : d'une part, l'école paramédicale, celle des paramedics américains, qui est globalement celle adoptée par les pays anglo-saxons, je dirais, globalement, les pays du nord de l'Europe et, d'autre part, l'école que je qualifierais pour simplifier, d'école de l'Europe latine, qui repose sur la médicalisation systématique de la chaîne des secours pré-hospitaliers.

Je crois qu'il convenait d'attirer votre attention, vous, professionnels des secours, venus d'horizons différents, sur cette première difficulté que vous allez devoir affronter pour favoriser une approche médicale commune visant à l'atténuation des différences de doctrines, entre nos systèmes de références actuels.

Vos travaux à ce prix-là pourront déboucher sur une proposition qui aura la force subsidiaire, nécessaire à l'élaboration d'une recommandation de niveau européen.

A titre d'exemple, je citerai les difficultés rencontrées actuellement par certains pays pour définir, avec leurs voisins, des accords de coopération transfrontaliers en matière de secours à la population.

Pour conclure cette brève introduction, je voudrais ajouter que mon administration, le ministère français de la Santé est très attentif au travail que vous allez initier ces jours-ci, travail qui s'inscrit dans la perspective de l'interopérabilité, qui devra inéluctablement exister un jour, entre les services de secours médicalisés des différents pays de l'Europe.

Merci aux organisateurs et plus particulièrement à la délégation hollandaise et à la représentation européenne et je vous souhaite, Mesdames, Messieurs, mes chers collègues, un fructueux travail.

Allocution du Médecin-colonel Bernard VIALA

**représentant le Directeur
de la défense et de la sécurité civiles.
Haut-Fonctionnaire de défense**

Monsieur le Président,
Mesdames et messieurs,
Mes chers collègues

Monsieur le directeur de la défense et de la sécurité civiles m'a confié le redoutable honneur de le représenter pour l'ouverture de ce colloque, son agenda ne lui permettant pas d'être présent aujourd'hui.

Cet atelier d'autoformation sur les méthodes utilisées en Europe dans le domaine de la médecine de catastrophe est, si je ne me trompe, le premier organisé en ce domaine. A l'heure de l'Europe, nous ne pouvons, je crois, que nous réjouir de cette initiative de la Commission Européenne et du dynamisme de la DG XI représentée par M. Alevantis.

Au cours de ces quelques jours que nous allons passer ensemble, entre collègues, tous animés, je crois, par la même passion, à savoir celle de secourir nos concitoyens dans la détresse, je suis persuadé que les échanges de vue des uns et des autres seront certainement très fructueux. Le cadre de ce splendide château du 19^{ème} siècle et la remarquable organisation mise en place par M. Agostini et toute son équipe favoriseront d'ailleurs la réflexion sur la mise en place d'une stratégie commune d'intervention.

Chacun de nos pays, de par sa culture, ses moyens, sa structure, son environnement géographique et politique, ses propres risques particuliers, a développé une stratégie de secours. Il en va de même en ce qui concerne la médecine de catastrophe qui est une discipline ou un concept relativement récent comme le faisait remarquer le Haut-fonctionnaire de défense de la Santé.

Suivant le pays, le terme même de médecine de catastrophe ne recouvre pas toujours une idée identique et, en conséquence, cela se traduit par des approches différentes dans la mise en application, tant au niveau des moyens, de la coordination, des qualifications des personnels mises en oeuvre que de l'intégration des équipes médicales dans la chaîne des secours.

Le résultat, non pas de cette diversité, mais de cette grande richesse de pensée, est dans tous les enseignements qui sont distribués au sein de la Communauté Européenne.

Le but de ce premier colloque est, pour nous tous, de faire un bilan de ce qui existe dans nos différents pays, sans idée de vouloir privilégier telle ou telle doctrine et d'établir ainsi des points de comparaison. De la discussion jaillit la lumière. Et lors des sessions à venir, il va se dégager, sans aucun doute, des points de convergence.

En final, le but est d'harmoniser nos méthodes et nos moyens pour que des équipes européennes travaillant ensemble sur des catastrophes survenant soit en Europe, dans nos frontières ou à l'étranger, en cas de demande d'aide internationale, puissent avoir ensemble une efficacité maximale.

Je sais, évidemment, que le chemin sera assez long, mais pour paraphraser Paul Claudel, nous pouvons dire que nous n'irons pas au but un par un, mais tous ensemble.

Je terminerai simplement en vous remerciant d'avoir bien voulu nous rejoindre ici pour mettre en commun à la fois nos désirs et nos expériences.

FONCTIONNEMENT DE L'ATELIER

Présentation du déroulement des trois journées

Mme Claude HANSEN

**Psychosociologue
au Centre Académique de Formation Continue
Académie de Rouen**

Après ces présentations, nous allons écouter l'exposé de deux catastrophes intervenues, l'une en France et l'autre en Grande-Bretagne.

Ces deux catastrophes ont eu lieu dans un stade, mais il ne s'agit pas du tout de la même origine et vraisemblablement pas du tout du même traitement, ni de la même prise en charge des victimes. C'est là l'intérêt de ces deux présentations.

Cet après-midi sera consacré aux échanges. Je vous présenterai une synthèse des questionnaires que vous avez eu l'amabilité de remplir. Cela donne un aspect assez général qui laisse supposer que nous aurons beaucoup de travail, non seulement pendant ces deux jours, mais aussi durant les séminaires suivants, si nous voulons arriver à une réelle coordination car les notions, les concepts, les méthodes ne sont pas partagés par tous. Le travail sera fait à partir de la synthèse que je vous présenterai.

Sur la liste qui vous sera passée et dans laquelle vous voudrez bien inscrire vos préférences pour le travail de groupe qui suivra la synthèse, apparaissent les aspects organisationnels, médicaux, psycho-sociologiques et un quatrième domaine juridique et financier dont on a vu qu'il concerne bien l'ensemble de la Communauté Européenne, les systèmes d'assurance des Etats, des communes, des particuliers ou des associations étant des domaines incontournables.

Chaque groupe travaillera avec un binôme d'animateurs : un animateur français et un animateur d'un autre pays. Nous avons favorisé le bilinguisme de ces animateurs non français de façon à réfléchir sur la signification des mots et, derrière celle-ci, sur les réalités qu'ils recouvrent.

Je pense que la table ronde de cet après-midi servira à mieux comprendre les concepts compris derrière ces mots.

La deuxième journée sera consacrée à des discussions plus concrètes. Nous aurons, dans la matinée, trois exposés de catastrophes :

- la première concernera un seul pays et correspondra à la majorité des réponses que nous avons obtenues dans le questionnaire,
- au cours de la seconde évocation, on demandera au commandant QUINTYN de nous parler du soutien psychologique aux sauveteurs. Il est à l'origine du plan qui vient d'être mis en oeuvre en Belgique,
- la troisième catastrophe concernera l'intervention de plusieurs pays étrangers, au Cameroun.

Dans l'après-midi, des groupes de travail seront répartis par famille de méthodes. Pour faciliter ce travail nous profiterons du temps accordé aux présentations que vous avez souhaité faire. Ces présentations auront lieu demain après-midi et après-demain matin. Catherine DESFEMMES est responsable de cette organisation. Pendant ce temps, les animateurs de groupes se réuniront pour préparer le travail de l'après-midi.

Des rapporteurs seront désignés dans les groupes et interviendront dans la table-ronde de l'après-midi.

Pour la soirée, nous irons à Euro-Disneyland, nous y verrons l'organisation de la sécurité d'un établissement recevant un public très important.

Nous laisserons ensuite à nos confrères d'Espagne, de Suède et des Pays-Bas, qui, eux, sont en charge du travail ultérieur, le soin de nous dire comment ils conçoivent le travail qu'ils vont avoir à faire et comment ce que nous aurons vu pendant ces deux journées va les aider à construire les futurs séminaires.

De ce point de vue, il serait intéressant que vous tous puissiez participer à l'ensemble des séminaires, c'est-à-dire que vous soyez en mesure de poursuivre la réflexion tout au long de l'année sur ce sujet qui va nous occuper à partir d'aujourd'hui.

EXPOSÉS DE GRANDS TÉMOINS

LA CATASTROPHE DE FURIANI
par le Médecin-Lcl Digiambattista
médecin-chef du SDIS de Haute-Corse

LA CATASTROPHE DE BRADFORD
par le Docteur Sharpe
Bradford Royal Infirmary

La catastrophe de Furiani (Haute-Corse)

(Le Dr DIGIAMBATTISTA a été directeur des secours médicaux lors de la catastrophe de FURIANI).

Le 5 mai 1992, à Bastia, à l'occasion de la demi-finale d'un match de Coupe de France de football, une tribune provisoire où avaient pris place 10 000 spectateurs s'effondre, entraînant 3 000 personnes dans sa chute.

Le lendemain à 11 h 50 : 2 000 blessés
9 morts
plus de 700 évacuations dont 250 par voie aérienne

Afin de bien comprendre le déroulement des événements, il importe de faire un bref rappel de la situation.

La Corse est une île méditerranéenne de 120 km de long sur 70 km de large située à 300 km de Marseille. Peuplée de 220 000 habitants, elle connaît une véritable passion pour le football.

Et justement le 5 mai, l'équipe de football de Bastia affrontait l'Olympique de Marseille en demi-finale de Coupe de France.

Cette manifestation sportive survenait en même temps que le Tour de Corse Automobile et tous les moyens médicaux d'urgence étaient sur le « pied de guerre » (SAMU et services de santé de sapeurs-pompiers).

Le stade de Furiani, implanté au Sud de Bastia, est un stade ancien, vétuste, enclavé par de nombreux obstacles naturels ou artificiels (voie ferrée - étang). Il est desservi par une voie d'accès unique, étroite, permettant à peine le croisement de 2 véhicules.

Et, pour augmenter la capacité du stade, une tribune supplémentaire pouvant accueillir 10 000 personnes, avait été construite hâtivement en une semaine. Un dispositif préventif avait été mis en place dès 14 h.

I - Dispositif préventif

Ce dispositif préventif comportait :

- 1 P.M.A. (Poste Médical Avancé)
- 1 bâtiment désaffecté organisé en cellule de réanimation.

Le Commandant des Opérations de Secours (COS) avait été désigné parmi les officiers sapeurs-pompiers, tandis que la charge de Directeur des Secours Médicaux (DSM) avait été dévolue au directeur du SAMU.

A 19h40, soit une demi-heure avant le début du match, le dispositif de sécurité avait été renforcé par :

- 9 médecins
- 4 ambulances,
- un engin incendie,
- 200 gendarmes et policiers.

A 20h20, une partie de la tribune Nord contenant 10 000 spectateurs s'effondre, entraînant près de 3000 personnes dans sa chute. Il n'y a aucun mouvement de panique.

II - Phase d'improvisation

Le match est télévisé, ce qui permet une mobilisation immédiate des moyens insulaires, sapeurs-pompiers, médecins, Unité d'Instruction et d'Intervention de Sécurité Civile de Corte (UIISC5). Cette retransmission télévisée permet aussi une information sur tout le territoire national.

A 20h22, le COS demande les renforts suivants :

- le maximum d'ambulances sapeurs-pompiers de Haute-Corse,
- les hélicoptères de la Sécurité civile et de la Base aérienne militaire de Solenzara,

Il met également en alerte l'échelon zonal de Valabre.

A 20h26 : le Centre opérationnel départemental d'incendie et secours de Haute-Corse (CODIS 2B) contacte l'hôpital et demande un maximum de moyens médicaux avec mise en alerte des cliniques de la ville.

Le préfet, présent sur les lieux, déclenche le Plan Rouge (nombreuses victimes).

Tandis que les blessés moins sévèrement atteints essaient de se dégager de l'amas de ferrailles, les forces de l'ordre procèdent dans des conditions précaires à des évacuation « sauvages », sans aucune médicalisation.

Les médecins sont sollicités de toute part, et en même temps que les premières victimes sont dégagées, le directeur du SAMU, aidé de son équipe, entreprend déjà sur place des actes de réanimation et de mise en conditions des blessés.

Tout le monde se précipite vers le P.M.A. qui est submergé et pillé, les fiches médicales d'identification disparaissent.

En quelques instants, le stade n'a plus de liaison téléphonique : le central de Bastia surchargé d'appels est mis hors service, et tandis que tout le monde se mobilise pour dégager les victimes, les premiers renforts locaux arrivent et bloquent davantage la seule et unique voie d'accès au stade.

Le Commandant des Opérations de Secours essaie de préciser l'ampleur des dégâts. Il demeure isolé, car le D.S.M. est occupé à la médicalisation du relevage, attitude qui contribuera d'ailleurs au fait qu'il y ait eu si peu de décès.

Aucune comptabilité des victimes n'est effectuée car le PMA a été pillé et les premiers blessés sont évacués sans fiche.

Le D.S.M, seul anesthésiste-réanimateur sur les lieux, a procédé lui même à la médicalisation de l'avant, ce qui l'empêchera de se consacrer à la gestion opérationnelle de la catastrophe.

Faute d'une idée de manoeuvre cohérente, clairement exprimée et diffusée, l'action médicale telle qu'elle était prévue dans le dispositif préventif, arrive ainsi rapidement à saturation.

34 mn après l'effondrement de la tribune, alors que la nuit est déjà tombée, un hélicoptère de la Sécurité civile, emmenant à son bord le médecin-chef des sapeurs-pompiers, arrive en renfort.

Le COS et le médecin-chef se rejoignent aussitôt pour faire un premier bilan.

III - Phase d'organisation

La décision est prise de prendre en charge la situation, en reconstituant un nouveau binôme *Commandant des Opérations de Secours + Directeur des Secours Médicaux*.

Une idée de manoeuvre cohérente est alors exprimée avec :

- constitution immédiate d'un poste de commandement,
- arrêt des évacuations sauvages,

- création d'un nouveau centre de tri sur la pelouse et abandon du PMA et du bâtiment "réanimation" du dispositif préventif saturé.

Un entretien rapide avec le directeur du SAMU permet la décision conjointe d'une nouvelle distribution des rôles :

- le directeur du SAMU, seul anesthésiste-réanimateur présent sur les lieux, s'occupera de la médicalisation déjà entreprise,
- le COS et le médecin-chef sapeur-pompier, nouveau DSM, vont essayer de coordonner tous les moyens en présence.

Une réunion rassemble les responsables des forces de l'ordre (Gendarmes et C.R.S.) et le préfet afin de constituer un Etat-major. Le schéma opérationnel est le suivant :

- Désignation des responsables des différents chantiers de relevage (3 chantiers sont définis),
- Organisation d'un nouveau centre de tri sur la pelouse,
- Constitution d'une aire de poser d'hélicoptère (DZ) sur toute la moitié Ouest du stade, (la moitié « Est » étant réservée au nouveau PMA).

Trois points d'évacuation sont définis :

- Par voie ferrée (PEVF) à la gare de Furiani : Evacuations uniquement des éclopés et impliqués,
- Par voie aérienne (PEVA),
- Par voie routière (PEVR) par le seul accès au stade.

Chacun de ces postes est confié à un binôme *médecin + sapeur-pompier* habitué à travailler ensemble, afin de préserver une unité de doctrine.

Trois fréquences radio sont définies :

- Une pour les liaisons P.C. stade et CODIS
- Une pour les liaisons P.C. stade et les chantiers de relevage
- Une pour les liaisons médecin sapeur-pompier et médecin-chef SAMU.

Les trois niveaux d'action bien définis :

- ◆ SAUVER : tirer hors du péril.
- ◆ SECOURIR : effectuer les gestes élémentaires de survie.
- ◆ SOIGNER : effectuer les actes médicaux.

permettent de canaliser les intervenants vers les missions pour lesquelles ils ont été formés, plutôt que se disperser vers des activités où d'autres sont immanquablement plus compétents.

La distribution des rôles, en optimisant l'utilisation des compétences, permet une organisation rapidement efficace.

A 21h15, il n'y a plus aucune victime dans l'enchevêtrement de ferraille. La plupart des blessés ont été vus par un médecin lors du relevage.

A 21h37, le 1er hélicoptère Puma, en provenance de la base militaire aérienne voisine, se pose sur le stade.

Le conditionnement de blessés est réalisé de façon efficace par les médecins du SAMU qui maîtrisent bien les techniques de réanimation et qui sont aidés par de nombreux médecins arrivés en renfort.

Sur place, les journalistes, plus à la recherche du sensationnel que préoccupés par l'organisation de la gestion de la crise, entâcheront de nombreuses inexactitudes leur récit des événements. Malgré les demandes, aucun chargé de relations avec les familles ou avec la presse ne viendra rejoindre le P.C. ce qui majorera davantage l'angoisse des familles.

Le rétablissement des lignes téléphoniques vers la préfecture, le CODIS et l'hôpital de Bastia, ne sera effectif que vers 23 heures.

Au total, le P.C. Furiani gérera une grande partie de la crise avec seulement deux fréquences radio.

IV - Organisation du CME à l'aéroport de Bastia.

A 23h00 : une concertation générale montre que les possibilités d'hospitalisation dans l'île sont saturées. Le bilan, connu à ce moment là, fait état de :

- 3 morts, lors de la chute de la tribune,
- 600 blessés à évacuer.

Dès 20h48, il est décidé de constituer un Centre Médical d'Evacuation (CME) à l'aéroport de Poretta, situé à 10 km au sud de Furiani.

A l'aéroport de Poretta, une organisation comparable à celle du stade de Furiani, mais avec des conditions matérielles moins précaires, se met en place. Une sectorisation est mise en place avec hall d'arrivée pour les blessés graves et hall de départ pour les blessés légers :

- réception des blessés,
- création avec registre des entrées et sorties gérées par le pharmacien-chef,
- tri et renforcement du conditionnement avant évacuation,
- liaison radio directe avec la tour de contrôle.

A 00h25 le P.C. Furiani est transféré à l'aéroport tandis que 4 officiers resteront à Furiani pour gérer les évacuations restantes.

A 00h46 - Première évacuation par voie aérienne vers Marseille (5 blessés légers). Sans discontinuité, une quinzaine d'appareils civils et militaires suivront.

V. Evacuations secondaires en provenance de l'hôpital de Bastia

03h00 Les infrastructures de soins bastiaises sont saturées. De nombreux blessés ayant reçu des soins d'urgence à l'hôpital, ne peuvent être hospitalisés ou nécessitent des soins spécialisés justifiant leur transport sur le continent.

A partir de 03h10 : une nouvelle mission s'engage : le désengorgement des établissements hospitaliers de Bastia.

Ainsi à la noria de ramassage à partir de Furiani, s'ajoute une noria de transfert des établissements hospitaliers de Bastia vers l'aéroport de Poretta.

Or, vers 03h00 du matin, la plupart des journalistes ont quitté l'aéroport pour rédiger leur article destiné à la parution du matin. La phase de désengorgement de l'hôpital de Bastia passera complètement inaperçue, ce qui expliquera les critiques ultérieures d'observateurs continentaux qui ne comprendront pas pourquoi les opérations ont duré jusqu'à 11h00 du matin, alors que tout devait être terminé vers 03h00.

Malgré l'engagement appréciable de plusieurs avions de ligne, la venue de deux avions militaires gros porteurs, arrivés vers 04h00, permet l'évacuation d'un nombre important de victimes (89 victimes) dans des conditions optimales, montrant ainsi qu'il est plus rationnel d'attendre la venue de moyens aériens spécialisés que de procéder à des évacuations aériennes plus précoces, mais dans des conditions insuffisantes.

A partir de 04h00 du matin : le P.C. n'a plus aucune décision stratégique ou tactique à prendre.

A 11h00 : le dernier blessé quitte l'aéroport de Poretta.

VI - Bilan.

Le bilan, établi à ce moment là, fait état de :

- 760 blessés dont 80 % de trauma crâniens et rachidiens,
- 470 hospitalisations dont 250 sur l'île et 220 vers le continent,
- 9 morts (dont 3 décédés sur le stade et 6 en milieu hospitalier)

- Plus de 150 mouvements aériens (dont 130 rotations d'hélicoptères),
- Participations de 900 secouristes dont 150 sapeurs-pompiers et 60 médecins.

La catégorisation des victimes sera la suivante

Extrêmes urgences	- E U	5%
1 ^{ères} urgences	- U 1	25%
2 ^{èmes} urgences	- U 2	40%
Urgences relatives	- U 3	30%

chiffres conformes à la statistique de médecine de catastrophe.

VII- Organisation sur le continent.

Dès 21h00 une cellule de crise est réunie à Marseille, avec :

- régulation de crise,
- centre de tri à l'aéroport de Marignane,
- recensement de lits d'hospitalisation à Marseille, Toulon et Arles.

A 23h45, le centre de tri est en fonction. La gestion de la catastrophe, après avoir dépassé le stade loco-regional, devient nationale.

A partir de 05h40 arrivent à Marignane les premières victimes. Au fil des heures, le bilan transmis par Bastia s'alourdit entraînant le renforcement des équipes sur place à Marseille

Le dispositif final sera impressionnant : 66 ambulances et un poste médical avancé avec 35 brancards. Ce dispositif désactivé à 14 heures permettra l'accueil de la gestion de 144 blessés, leur répartition dans les hôpitaux de Marseille et sa région.

Le centre médical d'évacuation de Bastia-Poretta a donc été doublé d'un centre de réception à l'aéroport de Marseille - Marignane.

Ce dispositif double, complexe, engendré par la saturation des possibilités d'hospitalisation insulaires, a été rendu indispensable en raison du nombre des victimes transférées et du caractère évolutif des lésions initiales. Il a nécessité la mise en oeuvre d'un gigantesque pont aérien.

Comme beaucoup de temps s'est écoulé entre la chute de la tribune, le relevage et la catégorisation initiale et l'arrivée sur le continent, un second tri a donc été nécessaire pour réajuster la catégorisation établie au premier centre médical d'évacuation en Corse.

Malgré l'arrivée progressive des blessés à Marseille, quelques problèmes identiques à ceux rencontrés en Corse furent à signaler. En particulier,

l'insuffisance des moyens de communications, tant téléphoniques que radio, et l'insuffisance de fiches d'évacuation.

Le déchargement d'avions de ligne aménagés à la hâte posa également des difficultés et rallongea encore le délai avant acheminement vers les hôpitaux.

400 lits publics et privés furent mis à disposition pour un total de 44 blessés, ce qui témoigne de l'effort stratégique et logistique mis en oeuvre par les responsables des secours.

A Nice une organisation comparable fut mise en place permettant l'accueil de près de 100 blessés. Par ailleurs, 4 victimes furent acheminées vers Paris.

IX. Conclusion.

Au moment de la catastrophe, se trouvaient sur le stade tous les acteurs en mesure d'établir un plan de secours adapté. L'attitude des différents corps se réfugiant dans une attitude beaucoup plus compassionnelle qu'opérationnelle et la confusion totale entre médecine d'urgence et médecine de catastrophe ont cependant abouti à une paralysie des moyens.

Mais comment, dans le feu de l'action, transgresser les principes éthiques et déontologiques qui constituent le fondement même de l'activité médicale quotidienne ?

A Furiani, la prise de commandement par un acteur venant de l'extérieur, après un temps de latence, a évité de subir le phénomène d'inhibition initial et permis une action plus réfléchie. La réalisation d'un nouvel organigramme en application des principes élémentaires de médecine de catastrophe, sans tenir compte du dispositif pré-établi devenu saturé, a permis de surmonter la désorganisation initiale inévitable.

Les victimes étaient emprisonnées dans un triple piège :

- tribune,
- stade,
- île,

ce qui a nécessité l'organisation de trois niveaux d'évacuation qui ont été gérés simultanément, en anticipant les évacuations vers le continent afin d'éviter la paralysie des structures hospitalières insulaires.

La gestion de l'évènement, initialement locale, a donc été élargie dans le temps et dans l'espace par une mise en jeu d'importants moyens de renforts

régionaux et nationaux. Cela démontre bien qu'un plan de secours est un plan d'évacuation.

Et la pratique dans des conditions délicates d'une certaine gestuelle technique ne doit pas faire oublier que la finalité n'est pas de réaliser un hôpital de campagne mais d'amener les blessés **vivants** dans un établissement hospitalier, où ils pourront bénéficier des soins adaptés à leur état.

C'est dire l'intérêt de la mise en oeuvre de plans de secours bien définis, à la fois pour l'évacuation des victimes et leur afflux massif ultérieur vers les structures d'accueil et d'hospitalisation.

Je vous remercie de votre attention.

Mme HANSEN.

Nous avons choisi de vous présenter Furiani pour vous montrer que, selon la définition de la médecine de catastrophe, les moyens qui étaient prévus ont été largement dépassés par l'ampleur de la catastrophe.

On se trouve ensuite confronté à un certain nombre de problèmes :

- isolement total par manque de voies de communication,
- grand nombre de victimes en même temps et nécessité d'une réorganisation par rapport au plan préétabli,
- conditions des évacuations, avec la création d'étapes supplémentaires entre le stade, l'aéroport et le continent.

Dr. DIGIAMBATTISTA.

Une soixantaine de médecins ont participé à l'ensemble de l'opération, soit environ un médecin pour dix victimes. Ce qui a fait l'originalité de cette affaire, c'est que l'on avait un dispositif préventif qui nous paraissait surévalué et qui a été complètement anéanti.

Le deuxième point, c'est que l'application des principes de médecine d'urgence quotidienne a rapidement abouti à une saturation de toute l'action médicale. Il a fallu s'organiser en fonction d'autres critères. Cela a permis de prendre en charge la gestion de l'événement. A ce niveau, nous avons eu pour principale difficulté, non seulement le conditionnement et le tri des victimes, mais surtout leur évacuation.

Le troisième point intéressant se situe au niveau de la gestion de cette catastrophe qui a largement dépassé un niveau départemental pour devenir régional, puis national.

La catastrophe de Bradford (Grande-Bretagne)

(M. SHARPE a été chargé de l'organisation des secours pendant la catastrophe de Bradford)

Celui qui va vous parler est un chirurgien esthétique peu intéressé par les brûlures et qui a choisi d'occuper ce poste justement parce qu'il n'y avait pas de brûlures à traiter.

Quelques mois plus tard, survenait la plus grande catastrophe au Royaume-Uni. Je voudrais vous montrer une vidéo. Le match auquel on assiste est télévisé en direct.

Le commentaire commence par une conversation entre les membres de la police. On entend le commentaire du présentateur de la télévision. Cela dure une minute au cours de laquelle vous apercevez la progression de l'incendie. C'est très important, pour que vous compreniez la nature du drame, d'en suivre les différentes étapes. Les officiers de police essaient de prendre contact avec les responsables du stade pour leur demander d'ouvrir la barrière derrière la tribune.

Au départ, ce n'était qu'un petit incendie. Pourtant 56 personnes sont mortes parce qu'elles n'ont pu quitter le stade. La porte était restée fermée parce qu'on n'avait pas pu trouver la clef ! Les corps étaient empilés à l'arrière des tribunes.

Il y a quatorze ans, le climat social n'était pas le même qu'aujourd'hui. A l'époque, on ne cherchait pas de responsables. Les media l'auraient certainement fait si la presse avait compris combien il aurait été facile d'éviter cette catastrophe.

Après avoir vu cette vidéo, nous allons analyser comment nous nous sommes organisés sur le plan médical.

Suite à cette catastrophe, le plan logistique mis en place a été le suivant : ambulances, transport, triage, traitement des blessés et des media. Les media sont un des éléments importants de nos jours, car ils peuvent déterminer le résultat de l'opération, en influençant l'opinion publique et les organisateurs. C'est aussi un moyen de communiquer avec les parents des victimes. Dès qu'il y a un accident, les media sont présents sur les lieux et les parents des victimes essaient de savoir ce qui se passe par la télévision et les media. Il est

donc très important que le responsable de la gestion de la catastrophe ait un bon contact avec les media. Actuellement, ceci est systématiquement pris en compte, en Angleterre.

Les difficultés concernant la communication sont essentiellement liées au fait que la radio de la police a été rapidement saturée. La police a été débordée, ce qui n'a fait qu'aggraver la confusion.

Bradford est une ville bien équipée en moyens de chirurgie esthétique. Il existe aussi une unité de soins contre les brûlures. Cet accident a eu lieu pendant le week-end ce qui a également permis à l'hôpital de disposer de beaucoup de lits.

Il était facile de s'organiser face à cette catastrophe, la plupart des victimes ayant des brûlures superficielles aux mains et à la tête. Deux personnes seulement avaient des fractures. 258 personnes ont été traitées pour brûlures. Une dizaine souffrait de brûlures graves. Il a fallu les transférer vers le centre régional de traitement des grands brûlés. Dans le groupe des personnes âgées brûlées, la moitié a trouvé la mort.

Bradford n'est pas un grand club de football. Il y avait une forte proportion de personnes âgées parmi les supporters. Cependant, ce jour-là, il faisait très froid, les personnes portaient des chapeaux et des lainages. Les personnes les plus touchées étaient celles qui ne portaient ni casquette, ni chapeau. La chaleur était intense, puisque le toit de la tribune brûlait. Et les 3.000 personnes présentes dans la tribune l'ont évacuée par le terrain de football, sauf une cinquantaine de personnes qui ont essayé de s'échapper par derrière.

80 personnes ont été hospitalisées à Bradford-même pour brûlures.

L'hôpital se trouvait à 2 ou 3 minutes en voiture ou à 10 minutes à pied. Beaucoup de blessés - dont certains ne se rendaient pas compte de la gravité des brûlures, s'agissant de brûlures peu profondes -, se sont rendus à pied à l'hôpital. Des véhicules les y ont également conduits. Beaucoup ont pris le bus. D'autres se sont rendus spontanément dans un autre hôpital, à 10 kilomètres de là pensant que l'hôpital le plus proche devait être surchargé.

Quand vous gérez une catastrophe, il faut avertir tous les hôpitaux. Spontanément, les blessés se dirigeaient, en effet, vers d'autres hôpitaux que ceux situés à proximité immédiate.

Il y avait, par hasard ce jour-là, une conférence d'anesthésistes qui se déroulait à quelques minutes du stade. Pendant l'incendie, beaucoup de gens se sont présentés à cet endroit pour y être soignés par les anesthésistes- réanimateurs qui ont procédé à des perfusions et à la gestion des blessés.

Beaucoup de problèmes de logistique se sont posés : il a fallu trouver, à proximité des hôpitaux, des espaces, comme des gymnases, pour accueillir les familles.

(interruption de séance et projection d'une vidéo)

La tragédie a été provoquée par le fait que la porte à l'arrière du stade était fermée. Il y avait 56 personnes qui étaient piégées dans un couloir à l'arrière de la tribune en flammes. La police a soupçonné un incendie criminel, mais, après enquête, on a vite écarté cette hypothèse. L'accumulation de débris et de papiers sous la tribune, la structure en bois de la tribune ont favorisé l'incendie.

258 personnes ont été brûlées alors qu'elles s'étaient enfuies par l'avant de la tribune. Les brûlures étaient dues à l'effet de chaleur, très peu de brûlures étaient dues aux flammes elles-mêmes.

Nous avons eu beaucoup de chance pour traiter cette catastrophe au plan médical. Il n'y a pas eu de graves inhalations de fumée. D'ailleurs la fumée était si épaisse à l'arrière de la tribune que, au bout de deux à trois inhalations, la personne aurait trouvé la mort.

(Projection de diapositives)

Nous avons défini les critères d'hospitalisation suivants :

- . les personnes aux brûlures superficielles ont pu rentrer chez elles
- . nous avons gardé celles qui avaient des brûlures aux mains ou à la tête.

A la fin de la journée, seuls 80 patients ont été admis à l'hôpital, étant donné que beaucoup de personnes étaient rentrées chez elles en croyant qu'elles n'étaient pas gravement brûlées. Nous avons pris contact avec les autres hôpitaux de la région pour leur dire quels étaient les critères d'admission.

Quelles sont les leçons à tirer de cette expérience ? J'ai, pour ma part, beaucoup appris à titre personnel sur les brûlures. J'ai surtout appris à travailler avec les media.

Qu'avons-nous fait ? Nous avons rempli les salles de patients. Nous avons conçu un support pour soigner les mains. La plupart des personnes, surtout les personnes âgées, avait besoin d'une intervention chirurgicale précoce parce que les brûlures étaient relativement profondes. Il aurait fallu faire une greffe sur chaque patient. Nous avons travaillé à une chirurgie de remodelage. Beaucoup de médecins volontaires sont venus nous aider à Bradford et à

Leeds et ils étaient prêts à opérer. Nous avons procédé à des autogreffes en immobilisant avec des agrafes ou du ciment acrylique.

Chaque heure, un patient était traité en salle d'opérations. Nous avons opéré 80 patients en trois jours.

Pour les brûlures, il fallait posséder un type de pansement. Nous avons assez d'infirmières pour les faire. Par la suite il a fallu faire ouvrir des cliniques pour réaliser ces pansements spéciaux.

Malgré l'âge des patients, toutes les brûlures se sont cicatrisées assez vite. Dans l'ensemble, 50 % des greffes ont réussi. Nous avons eu de la chance car beaucoup de patients étaient assez âgés. Je crois que la décision d'opérer très tôt était la bonne. Nous avons pu le faire grâce à la présence de beaucoup de médecins.

La moitié des patients a quitté l'hôpital avant trois semaines. Si l'on avait mis en place un programme de chirurgie conservatrice, je pense que l'on aurait eu plus de problème.

Nous aurions pu rencontrer beaucoup plus de problèmes. Nous avons pu quantifier précisément ce qu'il y avait à faire sur le plan médical. On avait à portée de main suffisamment d'anesthésistes. Nous avons pu souligner l'importance du triage.

La situation était chaotique, bien sûr une grande confusion régnait au départ. A Bradford, beaucoup de personnes sont venues sur le site. Le triage était bien sûr très important, mais on avait surtout besoin de gens pour prendre les décisions concernant les brûlés. Quand on a 250 brûlés, cela ne sert à rien de mettre un homme de 80 ans avec des brûlures à 40 % dans une unité de soins intensifs, on sait qu'il va mourir. Mais si vous libérez ce lit pour quelqu'un de plus jeune, la presse, par la suite, va dire que cet homme est mort parce que vous l'avez enlevé de l'unité de soins intensifs. Donc, il faut rapidement avoir des médecins expérimentés pour prendre les bonnes décisions.

Il faut, bien sûr, communiquer avec d'autres services d'urgence et faire venir les gens expérimentés sur le site. Il faut savoir combien de gens on attend pour pouvoir ventiler les malades d'un hôpital à l'autre. Cette information est primordiale.

Donc, il ne faut pas faire de petites économies dans ce genre de situation. Si vous avez besoin de quelque chose, il faut bien sûr le demander. Aucun administrateur ne vous privera de ce dont vous avez besoin. Et c'est peut-être le moment de demander le microscope dont vous avez besoin depuis des années!

Vous avez besoin d'une entreprise de télécommunications pour installer des lignes supplémentaires, les gens en ont besoin pour parler avec leur famille. Il faut en profiter pour le faire.

Robert Maxwell, qui est mort dans des conditions un peu troubles, m'a appelé le soir de la catastrophe et m'a dit : « Vous pouvez avoir tout l'argent que vous voulez », je lui ai répondu « c'est parce que vous voulez que votre histoire soit publiée dans vos journaux ? » « Pas du tout, m'a-t-il rétorqué, c'est un acte de bonne volonté ». Même si la publicité a été bonne pour lui, ce fut une bonne affaire pour nous.

Au niveau des pansements, il faut avoir les ressources nécessaires, donc il faut commander beaucoup d'équipements. Il faut, dans les quatre ou cinq heures qui suivent, avoir un très bon plan opérationnel. Si vous avez la presse déjà sur le dos à ce moment-là et que vous n'êtes pas bien organisé, vous serez considérés comme mauvais.

A Bradford, cela a très bien marché pour plusieurs raisons, mais surtout parce qu'il n'y avait qu'une personne qui commandait. On peut bien sûr demander des avis, mais les décisions doivent être prises de façon unilatérale. Ce que j'ai fait à Bradford, c'était de donner mon avis quand on l'attendait et avant que la presse ne s'empare de l'affaire. Vous ne pouvez pas parler à chaque membre de chaque famille. Sur les fiches des brûlés, on ne peut pas indiquer qu'il y a des cas graves ou des cas moins graves, il faut donner des pathologies précises. Il faut demander l'aide nécessaire aux experts.

Au niveau des consultations, il y a eu beaucoup de pansements à faire, il fallait qu'il y ait assez de locaux disponibles avec des chirurgiens plastiques disponibles pour vérifier les pansements.

Au niveau de la communication, c'est très important de travailler étroitement avec responsables des services. Quand tout marche bien, tout va bien. Les politiques, les élus viennent vous rendre visite.

J'ai appris une chose au plan personnel : nous n'avons pas beaucoup de chance de rencontrer autant de succès dans l'avenir. Mais, croyez-moi, la prochaine fois je ne voudrais pas être là, parce que nous avons eu beaucoup de chance.

M. TREU (Autriche).

Y-a-t'il eu une aide psychologique aux familles ?

M. SHARPE.

Une unité de soutien psychologique a été créée. Beaucoup de personnes ont assisté à des réunions, que ce soient des patients ou des membres de la

famille pour travailler avec nous. On m'a demandé de faire un rapport. On a réuni beaucoup de fonds pour les victimes, pour aider les personnes qui en avaient besoin.

J'ai pu demander à chaque patient à quel point il avait souffert psychologiquement et cela m'a permis d'avoir une idée de leur degré de souffrance psychologique.

Certaines personnes qui étaient piégées dans le couloir à l'arrière de la tribune et qui ont vu des morts, ont été très choquées. Beaucoup de membres des familles l'ont été aussi. Mais beaucoup semblent avoir récupéré très rapidement. Il y avait un esprit d'équipe. On se trouvait quasiment en situation de guerre.

Beaucoup de personnes ont été blessées en même temps et ces personnes ont vécu une expérience commune simultanément. Cela a représenté une dynamique de solidarité.

Pour les personnes âgées, les femmes en particulier, qui sont revenues aux réunions, c'était presque comme dans un club de bridge, elles venaient pour des raisons sociales. Elles avaient vécu quelque chose en commun. Elles avaient de quoi parler. Nous avons eu très peu de traumatismes affectifs ou émotionnels.

Dix jours après l'incendie, l'énormité de la catastrophe m'a frappé et, pendant quelques heures, j'ai été très mal, mais ensuite, cela s'est bien passé.

Participant.

Vous avez opéré pendant trois jours. Vous n'aviez pas d'autres chirurgiens pour prendre la relève ?

M. SHARPE.

Nous avons essayé de réunir tous les chirurgiens en un seul endroit parce qu'il y avait beaucoup d'avantages à regrouper tous les patients dans trois salles en raison de l'accès aux familles.

Nous ne pouvions le faire que quand nous nous étions rendu compte de l'étendue de la catastrophe et quand nous avons pu planifier la durée des

séjours et le temps qu'il fallait pour accomplir les gestes chirurgicaux nécessaires sur deux ou cinq jours.

Nous avons d'autres salles d'opérations qui étaient disponibles et qui auraient pu être utilisées. Mais nous avons le temps nécessaire pour attendre que l'œdème diminue avant d'opérer.

Participant

Par la suite, ces patients ont-ils dû subir d'autres opérations à cause, notamment, de la perte de mobilité de leurs doigts ?

M. SHARPE

Des tendons ont été endommagés suite aux brûlures et ceci concernait des personnes de 60 à 70 ans. Du fait de leur âge elles n'ont pas pu évacuer les gradins à temps. Nous avons eu beaucoup de cas assez difficiles, parce qu'il fallait conserver la mobilité. Mais nous avons eu beaucoup de chance, nous avons fait des greffes secondaires quelque temps après, mais très peu. Je pense que la mobilité a été conservée parce que nous avons opéré très tôt. Nous les avons immobilisés dans des écharpes pendant une semaine. Si l'on avait attendu, je pense qu'ils auraient perdu beaucoup plus de mobilité. Le fait qu'ils aient pu conserver cette mobilité a permis, dans la plupart des cas, de ne pas faire de deuxième opération.

SYNTHÈSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

Synthèse destinée à donner un aperçu global des différentes méthodes et pratiques en vigueur dans l'Union Européenne. Elle devait servir à engager le débat au niveau des sous-groupes.

Mme Claude HANSEN

Avant de partir en groupes de discussion je vais vous présenter la synthèse des réponses au questionnaire pour laquelle j'ai conservé la forme du questionnaire qui vous a été adressé (cf en annexe).

Que voulait-on savoir ? L'objectif de ce séminaire était de faire un état des lieux, c'est-à-dire de se rendre compte de la façon dont le concept « médecine de catastrophe » était vécu dans les différents pays de la Communauté Européenne.

Se rendre compte de la situation dont la médecine de catastrophe était vécue, c'était se rendre compte des polarités qui pouvaient exister, des compatibilités ou des incompatibilités éventuelles entre pays.

Mais il faut vous prévenir, tout d'abord, qu'il ne peut s'agir d'une analyse statistique, étant donné le faible nombre de réponses. C'est une simple compilation destinée à donner une information pour la préparation des groupes de discussion de tout à l'heure.

Nous souhaitions savoir s'il existait des doctrines éventuelles et si celles-ci concernaient plutôt les secours, les soins, les évacuations ou bien s'il s'agissait simplement d'attitudes liées à l'expérience ou aux besoins de clarification des rôles des organisations concernées.

Nous voulions aussi mieux connaître les acteurs impliqués dans ce concept de médecine de catastrophe, de façon à pouvoir mieux comprendre leur rôle et leur fonction.

Nous voulions aussi mieux vous préparer au travail de ce séminaire puisque s'appliquer à répondre à certaines questions qui semblaient étranges était une façon de commencer à penser au problème.

Ce questionnaire a bien évidemment laissé des zones d'ombre. Il n'a pas évité les ambiguïtés ni les confusions de vocabulaire, voire même les confusions de concepts. Il a même provoqué des incompréhensions. Mais, cependant, il permet de se poser des questions qui alimenteront nos échanges.

Comment a-t-on répondu à ce questionnaire ?

Quelques réponses sont signées, d'autres sont les réponses communes d'un service. Bien que nous n'en soyons pas sûrs, nous pensons que vous êtes majoritairement des médecins à avoir répondu au questionnaire.

Trois pays ont donné deux réponses. Tous les autres, une seule. Nous avons traité les réponses de ces trois pays en privilégiant toujours celles comportant le plus grand nombre d'informations, tant qu'elles n'étaient pas contradictoires.

Certains ont répondu consciencieusement. Chez d'autres, on pouvait sentir un doute sur l'efficacité du questionnaire et de la surprise sur la forme des questions. Cependant, les commentaires ont toujours permis de clarifier les réponses jugées abruptes.

Comment avons-nous construit les questions ?

Nous avons essayé d'être les plus neutres possible et, de ce fait, nous n'avons pas évité une forme de redondances destinées à discerner des subtilités possibles.

Je donnerai comme exemple les termes qui ont été utilisés dans le premier tableau. Nous voulions savoir quelles catégories de médecins étaient présentes et intervenaient lors de l'irruption de catastrophes. Le terme « urgentistes », traduit par « emergency medics », a été utilisé pour différencier les médecins formés à la médecine d'urgence des médecins formés à la médecine de catastrophe.

Nous avons distingué également les « spécialistes » et vous comprenez, après l'intervention du Dr. Sharpe, pourquoi nous pensions à la présence nécessaire de spécialistes dans la médecine de catastrophe.

L'exemple de Furiani montre aussi l'importance de l'implication des « généralistes locaux ».

Nous voulions savoir également si les psychiatres, les traumatologues, les médecins militaires étaient présents.

Sous le terme « paramédicaux », nous avons associé les paramédicaux, ambulanciers, infirmières et infirmiers. Il a été difficile, pour certains, de comprendre si le terme « d'urgentistes » par exemple, incluait des médecins ou des paramédicaux.

Cependant, de toutes les questions posées, aucune n'est jamais restée sans réponse, même si elles ont paru étranges à certains. Et, au fond, ceci constitue une forme de validation du questionnaire.

Ces réponses ne représentent pas la position officielle des gouvernements. Même si je cite des pays, ce sont des personnes qui ont répondu. Si certains d'entre vous ne sont pas d'accord avec ce qui a été répondu, vous pourrez en parler dans les groupes de discussion. Malgré ces imperfections, nous allons nous poser maintenant certaines questions que ces réponses au questionnaire suscitent.

La notion du temps a été la plus grosse difficulté à laquelle nous nous sommes heurtés : son évolution dans la durée était plus importante que la notion de quantité mais la forme du questionnaire ne permettait pas de la prendre en compte.

Je vais présenter cette synthèse chapitre par chapitre.

Les acteurs de l'organisation médicale.

Le tableau a été divisé en deux parties :

- ◆ les médecins ou le monde médical
- ◆ les opérationnels

a) les médecins ou le monde médical.

On s'aperçoit que les médecins et les paramédicaux sont massivement présents dans les hôpitaux et massivement absents des cellules de crise locales, régionales et nationales, bien que dans certains pays on les trouve sur les lieux de la catastrophe, dans des centres spécialement aménagés ou dans les centres de tri.

(C'est volontairement que nous avons conservé une réponse globale et n'avons pas spécifié le pays qui a répondu à telle ou telle question).

La présence de médecins dans les cellules de crise n'est pas généralisée du tout et, lorsqu'elle est mentionnée, c'est qu'il s'agit de médecins de catastrophe et de spécialistes. La différence de conception est que les médecins d'urgence sont plutôt considérés comme des médecins de terrain, encore qu'ils peuvent être traités en binôme sur le terrain, mais lorsqu'il y a différenciation, c'est bien aux niveaux organisationnels et décisionnels que l'on aperçoit la présence des médecins de catastrophe, alors que là les médecins d'urgence en sont absents.

Par contre, les médecins de catastrophe sont très peu présents dans l'évacuation, mais l'on voit beaucoup de spécialistes dans les hôpitaux et non sur le terrain et beaucoup de médecins d'urgence dans les transports.

J'ai pensé qu'il serait intéressant d'aller plus loin : je viens de faire la comparaison entre ces deux catégories de médecins - médecins de catastrophe et spécialistes - et on voit bien qu'ils ne sont pas toujours superposables. C'est donc qu'ils sont considérés comme des médecins de qualifications différentes. Les médecins de catastrophe ne sont pas vus comme des spécialistes, est-ce à dire que la médecine de catastrophe n'est pas une spécialité ?

Les généralistes sont peu nombreux. En fait, on s'aperçoit qu'ils sont « totalement absents » ou « quelquefois sur le terrain ». « Toujours présents » au centre de tri ou à l'hôpital, trois fois « souvent présents » sur le terrain, au centre de tri ou dans les évacuations quatre fois pour des pays différents et ils sont « présents un peu partout » pour quatre pays. Là, on peut se poser la question de la formation de ces généralistes et du rôle qu'ils peuvent jouer dans la médecine de catastrophe.

De la même façon, il est intéressant de se poser la question des médecins militaires : ils sont cités une fois pour quatre pays ; ils sont cités trois fois pour trois pays et ils sont cités cinq fois pour quatre pays. Même s'ils n'apparaissent pas dans l'organisation de la médecine de catastrophe, telle qu'elle est conçue du côté de la sécurité civile, on s'aperçoit qu'ils font partie, d'une façon non négligeable, du domaine des acteurs concernés. On les trouve dans les cellules de crise.

Après cette première étude, on peut se poser la question à propos :

- ◆ de l'identité, du rôle et de la fonction de cette catégorie de médecins de catastrophe,
- ◆ de la formation du médecin généraliste,
- ◆ de la coordination avec les médecins militaires.

La tendance serait-elle de considérer les médecins de catastrophe comme des organisationnels ? on s'aperçoit que la réalité les place en cellule de crise. Et si on les considère comme des organisationnels que penser, alors, des progrès de la médecine qui font que seuls les spécialistes connaissent les gestes de survie médicalisés.

Quant aux paramédicaux, si importants partout, ils sont presque absents des cellules de crise - ils sont dans les cellules de crise locales -. On peut se poser la question de la coordination entre les gens sur le terrain et leurs responsables.

b) les opérationnels.

Les autres acteurs concernés dans la médecine de catastrophe, nous les avons appelés les secouristes pour les différencier des ambulanciers et des infirmiers, les sapeurs-pompiers, la police, l'armée, la défense civile, les autres organisations d'Etat, les élus, les services juridiques, les médias et les psychologues.

On s'aperçoit que l'ensemble de ces acteurs est bien plus représenté que les médecins en cellule de crise, ce qui conforte l'idée que la gestion de la médecine de catastrophe par les médecins est soumise à d'autres systèmes d'organisation.

On peut remarquer que, si les sapeurs-pompiers sont relativement présents partout, y compris dans la cellule de crise, on s'aperçoit que la police est prépondérante partout.

Cette originalité pourrait être expliquée à travers la différence de rôle et de fonction entre pompiers et police, dans le domaine de la médecine de catastrophe.

L'armée comme la Défense civile sont opérationnelles, mais sont surtout présentes en cellule de crise.

C'est là que l'on voit l'importance des autres acteurs que l'on aperçoit également sur le terrain et dans l'évacuation.

Les élus sont souvent présents dans les cellules de crise locales, régionales, district ou Land, ou nationales.

On remarque aussi la présence de spécialistes juridiques dans les cellules de crise.

La présence de media est majoritaire sur le terrain ou dans les cellules de crise. Mais cela demande à être précisé :

- Parle-t-on des mêmes médias ?
- Parle-t-on des mêmes moments ?
- Parle-t-on de la même fonction donnée aux médias ? Sont-ils des aides ou des gêneurs ? Sont-ils nécessaires pour l'information des populations, à certains moments et selon quels critères ? Ou sont-ils, au contraire, des acteurs qui compliquent les choses ?

Les réglementations.

Pour un seul pays, l'Italie, ce sont les acteurs médicaux qui définissent les réglementations. Sinon, nous avons obtenu quatre types de réponses :

- ◆ pour une première série de pays, la présence de médecins dans la construction des réglementations est uniquement publique et de niveau national, mais comporte - en tous les cas pour le Luxembourg, la Grèce et la Suède - l'ensemble des acteurs qui ont été proposés.
- ◆ le deuxième groupe de pays (Grande-Bretagne, Belgique et une réponse Suède) pense que les médecins sont des acteurs non négligeables aux plans national, régional et local, mais uniquement public.
- ◆ dans une troisième catégorie de pays (France, Finlande et Allemagne) il se trouve que les médecins sont concernés dans les réglementations à la fois

dans la variété des acteurs, mais également sur les plans médical et administratif. Les acteurs sont variés à la fois sur le plan public, sur le plan privé, sur le plan administratif et sur le plan médical.

- ◆ la quatrième catégorie, la plus nombreuse, couvre l'ensemble des acteurs qui vont aider les médecins à établir les réglementations.

Cela pourrait vouloir dire que les réglementations sont établies en commun mais pose le problème de la coordination quant à cette multiplicité d'acteurs.

Nous vous demandions aussi de nous citer les textes, les dates ainsi que les structures signataires des textes.

La moitié des réponses comporte des dates comprises entre 1987 et 1999, avec une majorité de textes datés de 1996, 1997 et 1998. Les organismes signataires dépendent des départements de Santé, de l'Intérieur et de l'Environnement.

Pourquoi avons-nous posé cette question sur les textes ?

- ◆ Nous voulions savoir si cette notion de soins de catastrophe réclamait une organisation centrale des Etats et s'il y avait une centralisation du problème au niveau de la catastrophe ou si la médecine de catastrophe restait gérée sur le modèle de la médecine d'urgence.
- ◆ On voulait savoir aussi si les catastrophes qui étaient intervenues dans certains pays de la Communauté avaient été à l'origine de modification ou d'amélioration des organisations. Toutes les réponses ont été négatives. Nous savons pourtant que cela a été souvent le cas.
- ◆ Nous voulions savoir enfin si la dimension internationale, en médecine de catastrophe, existait déjà dans certains pays. En fait, elle n'existe que pour deux pays, l'Autriche et la Suède. Entendons-nous ! Je n'interprète que les réponses du questionnaire. Peut-être qu'en réalité elle existe bien plus.

Les pathologies.

Après les aspects organisationnels, nous nous sommes demandés si, en médecine de catastrophe, les pays reconnaissaient l'existence de pathologies spécifiques. Les comptes rendus d'expériences vécues, les progrès faits par la médecine participent, peut-être, à la structuration d'une conception particulière de la médecine à travers des pathologies particulières. En fait, tous les pays proposent des pathologies sauf trois qui ne répondent pas.

a) Les pathologies spécifiques.

Les pathologies spécifiques proposées sont associées soit à l'expérience (crush syndrom), soit à des pathologies redoutées (les radiations nucléaires ou

les maladies d'origine biologique). Elles peuvent être aussi associées à des interventions hors de la C.E.E.. On a évoqué les blessures par missiles, la malnutrition, la médecine de dispensaire qui font appel à la solidarité

internationale, et pourtant, certains pays pensent que ce type de médecine correspond plus à la médecine militaire.

Les questions qui se posent à la suite de ces réflexions concernent :

- ◆ les formations à la médecine de catastrophe, qui pourraient prendre en compte ces pathologies rencontrées hors Europe,
- ◆ le concept de médecine de catastrophe, qui devrait dépasser les frontières administratives (le nuage radioactif de Tchernobyl arrêté aux frontières),
- ◆ les pathologies de catastrophe, qui ne doivent plus être civiles ou militaires.

b) Les priorités de soins.

Nous avons essayé d'aborder le problème de la médecine de catastrophe par la hiérarchisation des priorités de soins.

Le triage est un concept qui a été accepté par sept pays sur quinze. Ce triage est celui de l'urgence vitale.

Un pays conditionne la priorité de soins au nombre de victimes ou à la durée de leur prise en charge ou à la modification de l'organisation hospitalière.

Un autre pays pense que les classifications des pathologies sont liées à la nature de la catastrophe, ajoutant que, en cas d'inondation, on trouve plus de médecine interne, et, en cas de tremblement de terre, on va trouver plus de polytraumatisés.

Est-ce-que la reconnaissance des pathologies spécifiques est une avancée qui permettra de mieux progresser dans la prise en compte de la médecine de catastrophe ? Cela a-t-il une influence sur l'organisation des soins qui deviendra prioritaire sur l'organisation du triage en termes d'urgence ?

Les planifications de secours.

a) plans de secours.

Pour cette question, nous avons demandé si les systèmes d'organisation mis en place étaient corrélés avec l'origine ou la nature des catastrophes ? Huit pays répondent non, neuf autres répondent oui, soit un total de 17 réponses, en tenant compte des réponses doubles.

Nous avons insisté sur ces plans liés à des catégories de catastrophe et une liste en a été dressée : chimique, nucléaire, maritime, terrorisme, manifestations populaires, polytraumatisme, montagne, inondation, catastrophe aérienne, grand nombre de victimes, circulation routière, tremblement de terre, incendie. Il existe donc une grande diversité de plans. On peut, d'ores et déjà, poser la question de savoir si la coordination et la mise en application de ces plans existent pour ces pays.

b) les structures spécifiques.

A la question qui concernait la mise en place d'unités spécialisées, encore une fois les réponses varient :

- ◆ certains pays comprennent qu'il s'agit de l'existence d'unités spécialisées dans la recherche des corps comme, par exemple, les équipes cynophiles lors d'effondrements, ou bien l'apport d'équipements mobiles, d'hôpitaux de campagne par conteneurs pour constituer des postes médicaux avancés,
- ◆ d'autres ont compris qu'il s'agissait d'unités spécialisées dans l'évacuation, (petite ou grande noria pour les Français), mais avec la nécessité d'accords bipartites entre pays, dans le cadre de transports aériens.

Mais peu de réponses mentionnent que les hôpitaux nécessitent des organisations particulières. Comme si un hôpital était prêt à accepter toutes les pathologies et à les traiter comme au quotidien. Et il me semble que le nombre de victimes ou leur grande diversité impliquent une organisation spécifique des hôpitaux. Suivant les pays, les partenaires en charge de ces unités spécialisées sont très différents : cela peut être l'armée, la Croix Rouge, les ambulances privées, les comtés ou les districts ou bien la police ou les sapeurs-pompiers.

c) la coordination.

Quand ces différentes unités sont mises en action, sous quelle autorité sont-elles placées?

Trois pays citent « sous une seule autorité ».
Sept pays disent « double autorité »
cinq pays disent « trois autorités différentes »

La question est de savoir comment s'effectuent, dans les pays, ces coordinations entre différentes autorités.

Les formations.

Une troisième manière d'aborder la médecine de catastrophe a été l'approche par la formation. Là encore une grande variété apparaît.

Nous avons choisi, de façon arbitraire, la barrière des 100 heures, afin de savoir si, au-delà de cette limite, il s'agissait d'une spécialité ou d'un appoint par rapport à des connaissances déjà antérieures. On voulait savoir aussi si c'étaient des cours organisés par les universités ou par des organismes privés ou publics.

Nous avons aussi demandé si ces formations étaient accompagnées d'exercices de simulation. Et nous faisons une distinction entre la simulation qui est l'exercice en milieu protégé (sur table ou sur ordinateur), où l'on teste des capacités d'individu ou de matériel, et des simulations en temps réel, sur le terrain, impliquant les différents acteurs repérés lors des premières questions.

- Six pays disent ne pas avoir de formations à la médecine de catastrophe égales à 100 heures ;
- Trois pays disent avoir des formations inférieures à 100 heures;
- Quatre pays disent avoir des formations supérieures à 100 heures;
- Un pays dit avoir des formations supérieures à 200 heures (jusqu'à 800 heures).

Par contre, l'intitulé de ces formations laisse entendre qu'il ne s'agit pas toujours de formations spécifiques à la médecine de catastrophe, mais de volets d'autres formations sur lesquels on a annexé quelque chose qui est une dimension de la catastrophe.

Une réponse mentionnait : « La médecine de catastrophe est une partie spécialisée de la médecine d'urgence ». Mais une autre disait : « la médecine d'urgence est une partie d'un concept plus global de la médecine de catastrophe ».

Un seul pays dit avoir une formation internationale s'appuyant à la fois sur l'université et sur la Croix Rouge.

Le soutien psychologique.

A une large majorité, ce soutien est pris en compte (mis à part deux pays). Cela n'apparaît pas comme une question de doctrine mais comme le développement d'une prise de conscience progressive de sa nécessité.

La formation dans ce domaine est dite systématique depuis de nombreuses années dans certains pays, mais pas pour toutes les catégories d'acteurs impliqués dans les catastrophes. Il semble que cette dimension concerne les professions de Santé mais que, traditionnellement, le rôle en est dévolu aux « secouristes ».

Quel est l'objectif de cette prise en compte ? S'agit-il d'un traumatisme au sens médical ou d'une simple compassion qui ne concernerait pas des professionnels mais des bénévoles ?

Quand on parle d'un soutien psychologique existant et pratiqué par des bénévoles ou par des associations de ce type, est-ce qu'on pense que c'est un secourisme « à la papa » ou bien est-ce un soutien qui prend en compte les nouvelles connaissances plus approfondies sur le stress post-traumatique pour une prise en charge différente, pour être efficace et éviter les chronicités psychiatriques ?

La question portant sur la responsabilité de l'organisation du soutien psychologique ne lève pas l'ambiguïté : pour sept pays, c'est un médecin qui est responsable, pour d'autres, c'est soit un psychologue, soit un policier, soit une autorité publique de Santé.

Responsabilité des acteurs et coordination.

En ce qui concerne les niveaux de responsabilité des acteurs et leurs coordinations, on s'aperçoit que l'organisation des soins et l'organisation de secours sont très différenciées et que, très souvent, l'organisation des soins est laissée à la responsabilité des médecins, même si elle est partagée avec la police ou une autre autorité publique pour trois pays.

Il n'en est pas de même pour la responsabilité administrative qui est souvent partagée et c'est encore plus rare que ce soient les médecins qui soient seuls responsables : un seul pays désigne les médecins comme responsables administratifs, organisationnels et opérationnels. Nous voulions savoir si la notion de soins était séparée de la notion de secours. C'est bien le cas.

Pour cinq pays, il y a deux niveaux de coordination en cellules locale et régionale.

Pour quatre pays, il y a trois ou quatre niveaux de coordination.

Pour quatre autres pays, il y a six niveaux de coordination, ce qui voudrait dire que, dans ces pays, il existe des niveaux de coordination permanents à tous les échelons.

La question est de savoir quelle réalité recouvre cette multiplicité de niveaux de coordination.

Les relations avec les médias.

En ce qui concerne l'existence d'une réglementation avec les médias, sept pays répondent par la négative et huit pays disent qu'il y en a une.

Cependant la pratique du porte-parole est très largement répandue, mais celui-ci appartient à des structures nationales ou locales très différentes.

Mais les questions posées, croisées avec la présence des médias dans le premier tableau (1-1), ne permettent pas de mesurer le degré de coordination qui existe avec eux.

Les problèmes de Santé publique.

Là encore existe une grande diversité : la médecine de catastrophe doit-elle se substituer à la défaillance des structures qui sont atteintes par une catastrophe?

L'armée, la défense civile, le ministère de la Santé, les O.N.G., la Croix Rouge sont les organismes qui viennent, dans dix cas sur quinze, se substituer à la Santé publique, en cas de catastrophe.

Les communes voisines, les autres régions sont citées par trois pays. Pour d'autres, on parle de moyens d'intervention mobiles ou d'organisation de substitution. Par contre, l'appel à des accords internationaux est faible.

Si les réponses montrent que la question est différemment comprise, cela veut dire qu'elle ne recouvre pas les mêmes notions ou que les philosophies sont différentes.

Responsabilité civile et pénale.

Quoique les Français soient sensibilisés à ce phénomène - certains médecins n'ont pas été épargnés dans l'affaire du sang contaminé - on ne doit l'évoquer que dans des catastrophes d'une autre nature.

Ceci dit, en termes de responsabilité pénale de médecins, il n'y a, nulle part, de poursuite de médecins en raison de leur comportement en médecine de catastrophe. Je crois que l'on peut encore s'en réjouir. Nous n'avons pas encore d'importation du modèle américain.

Financements et indemnisations.

Cette question sur les financements et les indemnisations a été posée car s'il y a un financement de la médecine de catastrophe, il y a anticipation, il y a donc prévision. S'il y a une indemnisation, c'est que l'on a connu des catastrophes et que l'on a réfléchi sur ce problème.

Dans le problème des financements :
- l'Etat est seul à financer, pour deux pays,

- L'Etat finance avec une autre source (municipalités, régions, ONG), pour cinq pays,
- L'Etat plus deux autres sources : trois pays,
- Multifinancement avec l'Etat : quatre pays,
- Dans trois pays, l'Etat est absent.

En ce qui concerne les indemnisations :

- Sept pays ne répondent pas.
- Pour les autres, les catégories de personnes indemnisées sont variables.

En fait, il y a là un problème d'assurance des équipements, des biens, des personnes, de réassurance des communes et de l'Etat et tous ces problèmes ont forcément une incidence sur la gestion de la médecine de catastrophe.

Définitions.

Il s'agissait de donner une définition de la médecine de catastrophe, par comparaison à la médecine de guerre, à la médecine d'urgence et à la médecine humanitaire. Dans la traduction, celle-ci est devenue « human medicine! ». ce qui laisser supposer un rapport avec la médecine vétérinaire! Nous avons donc abandonné le traitement de cette troisième catégorie parce qu'elle pouvait ne pas être comprise par les pays de langue anglaise.

Onze pays différencient la médecine de catastrophe de la médecine de guerre, mais l'ambiguïté demeure parce qu'on ne sait pas si c'est en termes d'organisation, en termes de pathologie ou en termes de « domaine réservé ».

Douze pays différencient la médecine d'urgence préhospitalière de la médecine de catastrophe.

Les raisons de ces différences sont très variables :

- raisons organisationnelles,
- raisons conceptuelles. La qualité de soins ne peut être maintenue malgré la redistribution et la mobilisation des ressources et le changement de méthodes. La médecine de catastrophe inclue la recherche, l'enseignement et l'entraînement,
- raisons dûes à un grand nombre de personnes impliquées.

La question posée est la suivante :

- lorsqu'on parle de médecine de catastrophe, parle-t-on de la même chose ?
- la médecine de catastrophe représente-t-elle un progrès dans la prise en compte de la réparation des dommages subis dans l'intégrité physique et psychique des personnes ? S'inscrit-elle dans le développement de la science,

dans la responsabilité plus grande envers l'intégrité physique et psychique des personnes ? Ou bien n'est-elle que la prise de conscience des capacités de l'humain avec l'acceptation du fait que cela coûte trop cher ?

SYNTHÈSE DES TRAVAUX DES SOUS-GROUPES

les travaux en sous-groupe ont porté sur :

les aspects opérationnels
les aspects médicaux
les aspects psycho-sociaux
les aspects juridiques et financiers

Mme HANSEN.

Dans votre groupe quel est le point de discussion sur lequel vous pensez avoir trouvé un accord ?

Groupe aspects opérationnels (G1)

Nous sommes parvenus à une définition commune : chaque système fonctionne très bien à sa façon, mais d'une façon différente. Je trouve important cette distinction entre la médecine d'urgence et la médecine de catastrophe et cela pose la question de la définition : qu'est-ce qu'une catastrophe ? Qu'est-ce qu'une urgence ?

Groupe aspects psycho-sociaux (G2)

Nous avons trouvé un point d'accord : le soutien psychologique doit être changé en soutien social, en tenant compte de la dimension sociale et culturelle.

Il y avait dans notre groupe accord sur l'idée qu'il fallait parler de soutien social et pas simplement de soutien psychologique et qu'il fallait tenir compte de tous les aspects de la population qui est concernée par une catastrophe ou un incident grave, en particulier les aspects culturels.

Groupe aspects médicaux (G3)

Dans notre groupe, nous avons parlé d'évaluation médicale. Nous ne sommes pas d'accord. Nous sommes convenus d'un point : il faut une définition claire de chaque événement, même s'il s'agit d'une catastrophe ou d'une urgence ou d'un incident grave. Il a été proposé d'utiliser la définition qui est dans le questionnaire. Mais nous avons décidé qu'une meilleure définition est une définition qui comprend une bonne collaboration entre toutes les parties prenantes de la gestion d'un incident grave. C'est la conclusion de notre débat.

Groupe aspects juridiques et financiers (G4)

Dans notre groupe, nous étions près d'avoir une vue d'ensemble de la situation d'urgence dans les différents pays. Nous avons beaucoup parlé de la définition des différents acteurs. Nous pensons que ce travail est très positif et nous espérons qu'il se poursuivra tout au long de cette année. Donc, nous proposons de poursuivre notre dialogue par Internet pour continuer la discussion.

Participant G4

Nous avons été un peu coincés sur le point 1 : l'enquête sur les catégories qui travaillent ensemble en médecine de catastrophe. Nous aimerions que les choses se passent le mieux possible.

Nous étions très intéressés à avoir une vue d'ensemble de la situation dans tous les pays d'Europe et nous sommes prêts à poursuivre la réflexion sur ce

questionnaire. Nous aimerions poursuivre notre action par E-mail ou par Internet.

Il faut aussi que l'on se mette d'accord sur la définition de certains termes. Nous avons parlé de la loi et de la réglementation régissant la coopération entre les pays. Nous avons abordé la question de la coopération entre les services d'urgence et les autres organismes. Nous avons évoqué les problèmes de matériel approprié quand l'on va sur le site d'une catastrophe à l'étranger où l'on ne retrouve pas toujours le matériel dont on a besoin.

Mme HANSEN

Ma deuxième question.

Avez-vous été en désaccord sur des points majeurs ? Est-ce quelque chose qui demandera beaucoup de travail, beaucoup de négociations dans les semaines à venir ?

Rapporteur G3

Non. Dans notre groupe, nous n'avons pas de désaccord majeur. On était en désaccord, mais nous sommes parvenus à la conclusion que nous avons les mêmes objectifs.

Mme HANSEN

Vous étiez surtout des médecins dans votre groupe, des médecins de catastrophe ?

Rapporteur G3

Non. Je suis anesthésiste-réanimateur en milieu hospitalier. Nous avons des volontaires aussi. Je ne pense pas qu'il n'y ait eu que des médecins parmi nous.

Rapporteur G4

Dans notre groupe, nous n'avons pas eu de désaccord majeur. Nous avons souligné la question de la responsabilité civile et pénale sur laquelle il y a une incertitude réelle.

Aucun pays n'a une expérience de la définition de la responsabilité des médecins. Aucun médecin ou sauveteur n'a été attaqué en justice suite à une catastrophe.

Il n'y a qu'un pays où des poursuites judiciaires peuvent être engagées sur la responsabilité des médecins et où des cas se sont produits, ce sont les Etats-Unis qui ne sont pas représentés à cette conférence.

Mme HANSEN

Si ceci devait arriver en Europe, la médecine de catastrophe doit-elle se préparer à cette éventualité de responsabilité civile et pénale comme aux

Etats-Unis ?

Rapporteur G 4

Nous n'en avons pas parlé en ces termes. Nous avons abordé la question des assurances. Il faut mettre en place des procédures d'assurance de la qualité. Il faut qu'il y ait des directives, des réglementations qui régissent les activités des sauveteurs. Donc, nous sommes convenus qu'il fallait des normes pour se protéger contre ces éventualités.

Rapporteur G2

Si vous me demandez de juger du niveau de désaccord, je dirais que c'était moyen. Le thème principal était par exemple : au Royaume Uni, les services d'ambulance vont sur le site d'un incident grave sans médecin, alors que, dans la plupart des autres pays d'Europe, les ambulances ont à leur bord un médecin. Il y a un médecin dans l'équipe. C'est une différence majeure. Ce n'est pas un désaccord, c'est le constat d'une différence.

Deuxièmement, concernant la question relative aux différents scénarios qui pourraient impliquer des différences de préparation de logistique, cela a été accepté par le groupe.

Représentant irlandais

Nous ne sommes pas d'accord. En Irlande il faut qu'il y ait des médecins dans nos équipes d'ambulanciers. Ce n'est pas simplement un constat de différence de procédure, cela cache un véritable désaccord en Europe occidentale.

Mme HANSEN

Vous aviez une approche différente ?

Pays-Bas

Aux Pays-Bas, il n'y a pas de médecin dans les équipes. Ce n'est pas une simple différence de procédure....

Rapporteur G2

Est-ce une différence organisationnelle, financière, juridique qui provoque ce genre de problème ? Est-ce une différence conceptuelle ?

Participant irlandais

C'est une différence conceptuelle. C'est la différence entre le paramédical et le médical. Par contre, si vous gérez une fondation privée, vous devez tenir compte des contraintes financières et économiques.

Représentant suédois

En Suède, vous n'envoyez pas des médecins à chaque fois sur les lieux, mais

vous envoyez une infirmière avec une formation spéciale. La tendance est d'envoyer des personnes de plus en plus formées et spécialisées.

Mme HANSEN.- J'aimerais poser à notre collègue irlandais la question suivante : les paramédicaux, en Irlande, ont-ils plus de possibilité de pratiquer des soins médicaux, de faire de la réanimation ?

En Irlande, les paramédicaux peuvent-ils faire des actes médicaux plus élaborés que dans d'autres pays d'Europe ? Peuvent-ils faire de la réanimation ?

Représentant irlandais

Globalement la réponse est oui.

Représentant autrichien

En Autriche, un paramédical n'a pas le droit de faire des actes médicaux sans la présence d'un médecin. Nous utilisons des médecins.

Nous parlons d'urgences quotidiennes, pas de catastrophe. Nos ambulances sont équipées pour emmener des médecins sur des lieux de catastrophe. Mais pour les urgences quotidiennes, nous n'avons pas de médecins à bord de nos ambulances, nous pouvons les emmener sur place, sur le lieu de la catastrophe, en cas de nécessité.

Mme HANSEN

Puis-je aller jusqu'à dire : avons-nous de meilleurs résultats dans les pays où l'on utilise un médecin réanimateur que dans les pays où l'on n'utilise pas de médecin réanimateur ? Peut-être est-ce une question stupide ?

Participant

Ce n'est pas une question stupide, je ne fais pas partie du conseil de la réanimation, mais il existe un conseil européen de la réanimation qui réunit beaucoup de pays et un consensus existe sur la gestion de la réanimation.

Participant

Nous sommes tous là pour essayer de faire une évaluation de ce qui existe dans les pays de la Communauté et, ultérieurement, trouver un point d'entente sur la doctrine en situation de catastrophe.

La question qu'il faudrait se poser ce n'est peut-être pas d'occulter la présence du médecin dans ces situations, mais c'est de réfléchir à quel niveau va se placer l'action médicale par le médecin ? Car j'avoue que cela ne me dérange pas trop, au contraire, que ce soient des paramédicaux qui soient présents sur les chantiers, comme on le disait dans notre groupe de travail, peut-être que l'action du paramédical est plus adaptée à la situation de catastrophe au niveau des chantiers. La question qui serait posée serait de dire : à quel niveau va-t-on médicaliser la chaîne des secours ?

La tendance se dessine, effectivement : d'une part, les Français, très interventionnistes, très précautionneusement engagent des médecins sur le terrain les Anglo-saxons réservent l'acte médical aux services d'urgence de l'hôpital. Nous pourrions réfléchir tous ensemble sur la position du médecin sur une situation de catastrophe.

Mme HANSEN

Et dans la durée. A quel niveau va-t-on médicaliser la chaîne des secours ?

Dr DESFEMMES

Dans le groupe " Organisation médicale ", nous étions pratiquement tous d'accord pour dire que le médecin effectuait le tri. C'était déjà une action au niveau de la catastrophe. Dans presque tous les pays, le tri est assuré par des médecins.

Mme HANSEN

Ce qui implique qu'ils soient sur le terrain et qu'il y ait des médecins très tôt sur les lieux.

Mme DESFEMMES

En tout cas, c'est ce que j'ai compris dans notre groupe : les médecins vont sur le site de la catastrophe pour effectuer le triage. Le triage est toujours confié à un médecin. Dans tous les pays qui ont été représentés dans notre groupe, nous étions d'accord là-dessus.

Mme HANSEN

Ce qui semble paradoxal ! S'il faut que le tri soit fait par des médecins dans l'urgence ou dans l'extrême urgence, cela veut dire qu'il faut que les médecins soient sur les lieux et, en même temps, on est en train de dire le contraire ? On se retrouve dans une situation paradoxale.

Pr. ROUGEAS

J'avais une question complémentaire à demander à notre collègue irlandais : quand il parle de faire sortir une ambulance avec un non-médecin, est-ce qu'il se met dans une situation de catastrophe ou dans une activité de médecine d'urgence quotidienne ?

Participant irlandais

S'il y a une catastrophe, il y a un plan qui est activé. Si le paramédical ne peut pas faire face avec ses ressources propres, on envoie des équipes médicales sur le lieu de la catastrophe, ce sont des équipes désignées avec du matériel pour la traumatologie, etc.

M. PIRROS

Juste une pensée rapide. Dans notre groupe, à propos du rôle des médecins -

c'est un concept que j'ai introduit dans le questionnaire - il y avait dans le questionnaire toute une liste de spécialités médicales, j'ai séparé ces entités en deux catégories : les docteurs normaux, je veux dire par là des médecins qui pensent à la façon dont ils ont été formés dans les facultés de médecine, avec diagnostic physique et examen clinique, examen de laboratoire, le traitement, enfin l'approche traditionnelle et un médecin anormal qui a une démarche, une façon de penser anormale : « Je me fiche de savoir ce que vous avez ! Respirez-vous ? Est-ce que votre sang circule ? »

Ces deux catégories de médecins sont complètement séparées. Dans notre groupe, nous avons été d'accord pour dire que, aussi bien pour la médecine d'urgence que pour la médecine de catastrophe, ce sont des médecins anormaux dans leur façon de penser qui doivent être présents.

Cependant, le médecin d'urgence aura une relation individuelle avec le patient, alors que le médecin de catastrophe n'a pas un rapport individuel avec le patient. Donc, nous sommes d'accord pour dire que le médecin d'urgence et le médecin de catastrophe sont deux choses différentes. Les deux doivent avoir une façon originale de penser la médecine et de l'appliquer.

Participant

Le rôle primordial du médecin est de prescrire le traitement. Quant à l'exécution de l'acte technique, je préfère être intubé par un infirmier compétent que par un médecin non compétent. Je crois que c'est le rôle primordial du médecin.

Participant

Au Royaume-Uni, les services d'ambulance traitent avec tous les services d'urgence si un incident grave se produit. Il est parfois plus facile de faire face à un incident grave si vous avez les bons réflexes. Nous travaillons en étroite collaboration avec les services d'urgence, avec les hôpitaux, les ambulanciers travaillent avec les hôpitaux. Lorsque la situation dépasse vos compétences, vous faites appel à une équipe médicale pour vous soutenir. Quand il y a une catastrophe, on travaille en urgence.

Mme HANSEN

Il y a quatre acteurs :

- ◆ la médecine de catastrophe
- ◆ la médecine d'urgence
- ◆ les médecins de catastrophe et les médecins d'urgence
- ◆ les paramédicaux

Beaucoup de personnes semblent penser que l'on ne peut être qu'un médecin d'urgence ou qu'un médecin de catastrophe. Or, selon la situation, il faut pouvoir passer d'un rôle à un autre, être à la fois, selon les circonstances, un

médecin de catastrophe et un médecin d'urgence. Il faut avoir la formation nécessaire à cette souplesse.

Rapporteur G2

Il faut accepter l'idée que la médecine d'urgence, c'est la routine quotidienne pour les professionnels de l'urgence, qu'il s'agisse de paramédicaux ou de médecins. Par contre, la médecine de catastrophe, par définition, ne relève pas de la routine quotidienne. C'est la grande différence. C'est pour cela qu'il n'y a pas de véritable formation. Une catastrophe est, par définition, quelque chose qui arrive rarement.

Rapporteur G1

Pour moi, la médecine de catastrophe se décompose en deux parties : c'est le soin médical, mais c'est aussi l'aspect organisationnel. Et, pour moi, je dirais que c'est l'aspect organisationnel qui a le plus d'importance.

Participant

Juste pour supporter ce point de vue : cela se voit aussi au niveau de l'éthique médicale, dans le cas de la médecine d'urgence, ce sont les relations entre le médecin et l'individu, tandis que dans le cas de la médecine de catastrophe, on passe aux relations du médecin avec le groupe.

Rapporteur G1

Nous sommes d'accord avec cela. Je dirais que, pour moi, la séparation que je fais, serait la suivante : tous les médecins connaissent la pensée normale, mais tous les médecins ne connaissent pas la façon anormale de penser. Donc, le raisonnement qui vient derrière, c'est que souvent l'on dit que le médecin d'urgence n'est pas fait pour être un bon médecin de catastrophe. Mais pour être un médecin de catastrophe, il faut avoir été un médecin d'urgence.

Ce que je veux dire, c'est qu'un docteur normal, par définition, fera un mauvais médecin de catastrophe et qu'un médecin d'urgence peut devenir un bon médecin de catastrophe ou ne peut pas le devenir, cela dépend!

Mme HANSEN

Un groupe a débattu sur l'idée de la mise en œuvre du soutien psychosocial ?

Intervenant

On a vu que la plupart des pays mettait en œuvre ce genre de soutien.

Rapporteur G2

Je suis très heureux de voir que vous parlez de ce sujet, parce qu'il faut surtout parler des liens entre les organisations. Il faut parler de la coopération entre les médecins, entre toutes les autorités. Et peut-être, au plan stratégique, certains corps de métiers doivent intervenir. Il faut regarder aussi le rôle des

médecins militaires. Je pense que ce sont des thèmes possibles pour créer des liens entre tous les corps de métiers pour que cette médecine de catastrophe fonctionne bien.

Mme HANSEN

Je crois qu'il faudrait ajouter deux choses : nous devons faire face à une situation qui est très complexe par nature et, face à ce travail très complexe, faut-il associer certaines méthodes et voir quelles sont les difficultés impliquées dans cette médecine de catastrophe ? Et savoir qu'en fait, on s'adresse aux docteurs normaux et anormaux. En tout cas deux écoles de pensée très différentes.

Vous avez aussi dit, de façon très optimiste, que vous pensiez arriver à un consensus. Ce n'est pas grave de prendre des voies différentes pour arriver à cet objectif, mais nous devons y arriver ensemble. Au niveau de la médecine de catastrophe, quel est le point d'avancement que vous voulez atteindre, ici, demain soir ? Quels sont les objectifs ?

J'ai participé à deux programmes de recherche européens sur la gestion de crise grave et de catastrophe, nous avons beaucoup travaillé sur le comportement des décideurs. Il nous est apparu de façon évidente que les objectifs des différents acteurs n'étaient jamais les mêmes, même si, officiellement, il s'agissait de sauver la population ou il s'agissait de mieux soigner les personnes. Mais suivant le moment de la catastrophe et suivant le degré de responsabilité des acteurs, on n'obtenait pas les mêmes finalités.

J'ai envie de vous dire : d'ici à trois jours, le groupe que vous êtes, peut-il répondre à : "quelles sont les finalités sur lesquelles nous pouvons être d'accord et travailler à obtenir ces finalités ?".

C'était en guise de conclusion.

Dr. RICHTER.- (France)

Pour répondre à votre dernière question : des différentes conclusions des groupes de travail que l'on a entendus, on peut essayer de se fixer comme objectif de déterminer, à l'issue de ces trois jours, quelle est la part non pas médicale, mais la part sanitaire que l'on peut raisonnablement réserver à la gestion ou tout au moins dans l'organisation de la gestion d'une catastrophe.

M. ALEVANTIS

Comme je vous l'ai dit ce matin, l'idée est de lancer le processus qui doit nous amener, petit à petit, à certaines vues communes, que je n'appellerai pas harmonisation, parce que ce terme ne plaira pas à certains de nos responsables hiérarchiques, qui doit nous conduire à une méthode commune, éventuellement à un rapprochement, par exemple sur des termes juridiques qui doivent nous permettre d'avoir des résultats comparables.

Mme HANSEN

Vous voulez dire que le but doit être plus modeste que le niveau où j'ai posé la question ?

M. ALEVANTIS

Je dis qu'un processus s'engage. Si l'on arrive à avoir déjà la solution dans les trois jours, nous serons tous très heureux. Mais je pense qu'il y aura encore beaucoup de travail à faire.

Mme HANSEN

Il y a encore beaucoup de travail à faire, bien sûr. Mais si j'ai réagi comme cela, c'est parce que j'entendais parmi nos amis parler de recommandations et pour faire des recommandations il faut que l'on soit d'accord sur la nature qui sous-tend les recommandations.

Rapporteur G2

Il faut que l'on puisse rentrer vendredi soir avec la volonté d'établir des recommandations et de fusionner les informations parmi la population locale pour que l'on soit au courant de ce qui est disponible et peut-être aussi échanger des noms, des adresses, pour désigner un interlocuteur dans chaque pays qui se rencontrerait de temps en temps, afin d'établir des processus en commun qui pourront être mis en oeuvre lors des catastrophes où des équipes de nationalités différentes pourraient travailler côte à côte.

Rapporteur G1

Je voudrais vous rappeler que c'était la même conclusion il y a trois ans à Stockholm. Un coordinateur devait être nommé dans chaque pays, mais cela n'a jamais été fait.

Mme HANSEN

Merci à tous. Je pense que la discussion sera encore plus intéressante à table.

DIFFÉRENTS TYPES DE CATASTROPHES

catastrophe impliquant un pays

TGV d'Eschede (Allemagne)

catastrophe mettant en oeuvre un suivi psychologique

Herald of Free Enterprise (Belgique)

catastrophe impliquant plusieurs pays

N'Sam (Cameroun)

Mme HANSEN

Nous allons aujourd'hui séparer le titre de médecin de catastrophe des fonctions qui sont exercées par les acteurs. C'est sur ces fonctions qu'il faut trouver un accord. Ces fonctions étant assumées par certains types d'acteurs selon les circonstances, la dimension ou le traitement.

Ce que nous allons vous demander, c'est d'écouter avec attention les trois récits de catastrophe qui vont vous être donnés aujourd'hui :

- ◆ le premier, par le Dr. HÜLS, c'est l'accident ferroviaire qui est arrivé en Allemagne récemment, à Eschede,
- ◆ en deuxième lieu, le Colonel QUINTYN vous parlera de la mise en place du soutien psychologique à la fois en Belgique et dans d'autres pays.
- ◆ la troisième catastrophe est celle qui est arrivée au Cameroun. Elle sera présentée par le Dr. VIALA.

Il vous est demandé d'écouter ces catastrophes avec, à l'esprit, la question suivante : quelles sont les fonctions et par qui sont-elles assumées ? De façon que, cet après-midi, quand nous réfléchissons en groupe de travail sur les problèmes tactiques, les problèmes stratégiques et les problèmes médicaux qui sont impliqués dans des catastrophes, vous ayez, en arrière plan, beaucoup plus à faire référence à des fonctions qu'à des rôles particuliers et attachés aux identités professionnelles.

Dr. Edwald HÜLS

chirurgien
Chargé des opérations médicales sur la catastrophe d'Eschede

Je suis particulièrement heureux de vous parler aujourd'hui de la catastrophe ferroviaire d'Eschede. J'aimerais d'abord vous montrer quelques images.

Avant de me référer en détail à cette catastrophe, je voudrais vous donner quelques points techniques concernant notre district de Celle. C'est un district d'une surface de 1544 km² et la liaison la plus longue du Nord au Sud est d'environ 49 kilomètres. Il y a 180.000 habitants, dont 73.000 habitants dans la ville de Celle.

Voici l'hôpital. Ici, vous voyez, dans le district de Celle les différents postes de secours qui ont été attribués selon des critères tactiques. En Allemagne, il est important que l'on puisse intervenir au bout de 15 minutes sur un lieu d'accident.

Le district de Celle se trouve dans une région où il y a deux grands aéroports pour hélicoptères. L'Université de médecine de Hanovre est située à 6 km au Nord-Est et à 30 kilomètres il y a le centre d'hélicoptères de sauvetage mis à disposition pour nos actions de sauvetage et utilisables à tout moment.

En ce qui concerne notre système de SAMU, il y a 20 urgentistes formés, expérimentés qui viennent de la capitale à Celle, qui travaillent dans les 4 grandes divisions de chirurgie, première urgence, anesthésie et médecine interne. Ces médecins urgentistes ont été formés spécialement pour ces interventions en cas d'urgence, comme c'est le cas dans d'autres pays. C'est une très longue formation.

En ce qui concerne cette catastrophe ferroviaire, quelques détails techniques du déroulement : le 3 juillet 1998, le TGV-ICE allemand qui allait de Munich à Hambourg, a quitté normalement la gare de Hanovre à 10 h 33 pour poursuivre sur Hambourg.

Ce train mesurait 358 mètres et pesait 850 tonnes. Il était équipé de 759 sièges. C'est très important de le dire pour que vous puissiez vous rendre compte de l'envergure du problème : combien de blessés et de morts y a-t-il eu au moment de l'accident ?

Le train roulait à 200 km/heure. Ce train était composé de deux motrices, une en tête et l'autre en queue. Il y avait 8 wagons de passagers. A six kilomètres du lieu de l'accident, l'une des roues s'est brisée, mais le train a continué à la même vitesse. 350 mètres avant le lieu de la catastrophe, devant un aiguillage, un mouvement du train l'a fait dérailler. Les wagons qui ont déraillé ont arraché des piliers d'un pont qui s'est écroulé sur les wagons.

Vous voyez, ici, la motrice qui a continué son chemin sans être endommagée, pendant 2 kilomètres, après la sortie de Eschede. Les wagons qui suivaient ont déraillé, mais sont relativement intacts. Par contre, le quatrième wagon a fait des tonneaux et est tombé dans une forêt. Le cinquième wagon a été coupé par les parties du pont qui se sont écroulées sur lui et les autres wagons ont été écrasés par la motrice de queue qui pèse 80 tonnes. Cette motrice a poussé les wagons comme un mètre pliant.

A 11 heures, la police a été informée qu'une catastrophe s'était produite. A ce moment-là, l'alerte a été donnée. Les pompiers ont été alertés puis les services d'urgence.

A 11h03, les hélicoptères ont été informés. A 11h 08, la Croix Rouge, les différentes organisations de protection de catastrophe et le Corps Général de la protection des frontières ont été alertés.

La réussite des interventions dépend d'un concours de circonstances :

- 7 à 8 kilomètres plus loin le train aurait été à Uelzen, en dehors de notre propre district de compétence,
- si le train avait roulé trois ou quatre kilomètres de plus, il y avait une zone de marécages et l'on aurait eu énormément de problèmes techniques pour dégager les blessés et les corps,
- c'était un jour de la semaine. Tout le monde était à son poste de travail,
- il ne pleuvait pas. La visibilité était bonne pour les hélicoptères,
- le lieu de l'accident était proche de la localité. On pouvait utiliser toutes les infrastructures de ce village pour le sauvetage. Si le lieu de l'accident s'était trouvé en pleine campagne, on aurait eu des difficultés pour utiliser des bâtiments comme lieux de rassemblement.

Toutes ces bonnes conditions ont permis un accès facile au lieu de l'accident par des petites routes de campagne. Le temps était sec. Les conditions de route étaient bonnes. Parfois la pluie peut faire que ces différents petits chemins de campagne soient impraticables. Nous avons eu de la chance !

Les différents services de secours ont été avertis par le centre des appels d'urgence.

Ici, on voit la motrice de l'ICE qui a continué sur la voie pendant deux kilomètres. A la gare d'Eschede, le conducteur n'avait pas vu qu'il avait perdu le reste des wagons. Le chef de gare lui a dit : " Mais où sont tes wagons ? " A ce moment-là, il s'est rendu compte qu'il avait perdu le reste de son train !

Les trois premiers wagons qui roulaient à 200 km/heure n'ont pu s'arrêter qu'au bout de six secondes. Les trois wagons qui ont déraillé sont quand même relativement intacts. Ils ne sont pas détruits.

Par contre, là vous voyez l'envergure de la catastrophe : le quatrième wagon a été écrasé par le pont. Il a pratiquement explosé et il est tombé dans cette petite forêt.

Le cinquième wagon est complètement en morceaux, le reste du wagon est sous le pont qui s'est écroulé.

Vous voyez les différentes équipes de sauvetage qui ont pu accéder directement au lieu de l'accident. Il y avait de la place pour les hélicoptères pour atterrir.

Vous voyez l'accès menant au pont qui s'est écrasé : il y avait une distance de 10 mètres entre le wagon et le pont. Et l'on a dû transporter les premiers blessés à côté de ce pont.

Un hall industriel a été utilisé comme lieu de rassemblement pour les blessés. Il était difficile d'y transporter les différents blessés, surtout les blessés graves qui se trouvaient dans la section Est. Il fallait tout de suite bloquer tous les véhicules de transport parce que l'on ne savait pas de quelle capacité on pouvait disposer. On a dressé des tentes où l'on a déposé les corps des morts.

On a laissé regroupées les unités qui arrivaient. Puis, on a créé une sorte de hiérarchie par section et sous-section avec un chef dans chacune des unités pour bien structurer la hiérarchie.

Les blessés graves ont été transportés du champ, que vous voyez là derrière, par hélicoptère. Il fallait être sûr que les hélicoptères qui ont atterri dans la section Ouest puissent arriver dans la section Est. Nous avons pu constater que la communication entre hélicoptères militaires et hélicoptères civils ne fonctionnait pas du tout. A ce moment-là, les militaires ont pris en charge la coordination totale.

L'armée allemande a mis à disposition un hélicoptère relais qui est resté une heure et demie au-dessus du lieu de l'accident et qui coordonnait toute les interventions des hélicoptères civils et militaires par radio.

La présence de 40 hélicoptères dans une région relativement petite n'était pas dépourvue de risques puisqu'il fallait qu'ils ne se gênent pas trop. Même si la visibilité était bonne, il fallait faire très attention.

Vous voyez la difficulté d'accès des wagons. Il fallait résoudre ce problème parce qu'il y avait beaucoup de blessés et, selon les catégories de blessés que nous avons, il fallait trouver une tactique adaptée : faut-il les traiter sur place ou faut-il les évacuer tout de suite ?

Les soins sont donnés sur place. Il fallait désincarcérer les blessés, les dégager, les conditions étaient très difficiles.

Notre propre clinique a mis à disposition 14 autres médecins de premiers secours qui sont arrivés par hélicoptère. Ils n'étaient pas du tout équipés, mais il était important qu'ils soient sur place.

Ici, on constate que les différentes parties du train ont été écrasées par la motrice de 80 tonnes, mais elles ont quand même conservé leur forme extérieure. Les vitres de ce train ICE ne sont pratiquement pas endommagées. C'était un problème pour y pénétrer car les fenêtres étaient intactes, la porte était bloquée, c'était un piège dans lequel les voyageurs étaient enfermés. On s'est servi de haches pour ouvrir les fenêtres, parfois avec difficulté.

Il fallait traiter 87 patients immédiatement. Il y avait plus de 80 médecins sur place. Chaque patient avait son propre médecin, son propre infirmier, son propre psychologue et son propre prêtre sur place.

Au bout d'une heure et quarante minutes, on a pu utiliser les capacités de transport qui étaient suffisantes pour l'évacuation totale des blessés vers les cliniques environnantes. Ceci nous a évité le triage habituel. On a d'abord traité sur place les premiers secours et, après, on a évacué les victimes vers les hôpitaux des environs. A 13h45, il n'y avait plus de blessés sur place. Plus de 30 hélicoptères militaires travaillaient sur le site.

Vu la situation changeante d'heure en heure, il fallait trouver des décisions tactiques à tout moment : créer des centres de rassemblement de blessés. Quand il s'agit de créer ces centres tactiques, il faut prévoir un équipement adéquat. Dans un hall industriel, si l'on prend la décision de créer le centre de rassemblement, il faut mettre en place tout le matériel médical et veiller à ce qu'il fonctionne.

Après l'évacuation des blessés, il a fallu prendre différentes mesures.

A partir de 15 heures, après avoir mené la première phase de sauvetage, on a créé un organe de coordination technique qui avait la tâche suivante : toutes les organisations qui étaient sur place, la Police, le Corps Fédéral de la protection des frontières, l'armée, étaient subordonnés à cet organe de coordination tactique. Toute le monde avait le même niveau d'information. Tous les problèmes y ont été abordés. On a trouvé la solution dans cette instance et, toutes les deux ou trois heures, il y avait des réunions d'information. Tous les problèmes ont été résolus. Les médecins faisaient partie de ce groupe de coordination.

Tout le déroulement du sauvetage a été structuré en différentes phases :

- ◆ phase n° 1 : premiers soins, évacuation des blessés.
- ◆ de la phase n° 2 jusqu'à la phase n° 5, le travail était plutôt technique. Il fallait dégager et nettoyer les lieux pour que les Chemins de Fer allemands puissent commencer leur enquête.

Durant la première phase qui a duré jusqu'à 15 heures, on a créé les premiers lieux de soins pour les blessés. Nous avons défini différents emplacements pour les véhicules et les hélicoptères.

Durant la première phase, on a trouvé 16 personnes indemnes, 20 personnes que l'on pouvait traiter sur place, 18 personnes ont dû être évacuées dans un hôpital et 69 personnes blessées graves, qui étaient entre la vie et la mort. A 15 heures, 65 morts ont été dégagés.

Grâce à l'intervention des hélicoptères, on a pu transporter des blessés jusqu'à Hambourg et Kassel, à plus de 250 kilomètres du lieu de l'accident, dans 23 cliniques. Ainsi, on a pu éviter que les cliniques spécialisées qui se trouvaient à proximité du lieu de l'accident soient surchargées. Et de cette manière on a pu traiter les patients selon la gravité de leurs blessures.

2/3 des moyens utilisés étaient des véhicules et 1/3 des hélicoptères. L'utilisation des hélicoptères dépend toujours de leur équipement. Après l'évacuation des blessés on a réduit le nombre des hélicoptères sur place.

Mercredi après-midi la moitié du train était encore sous les décombres, on n'y avait pas accès d'un point de vue technique. On ne savait pas combien de blessés ou de morts pouvaient encore se trouver dans ce train !

Les différentes unités présentes sur place étaient la Police, le Corps Fédéral pour la protection des frontières, les pompiers, les services de premiers secours, les services de santé volontaires, le service de santé technique,

l'organe de coordination de Hanovre, et toutes les autres personnes qui ont participé, soit au total 1.889 personnes.

On a adapté les différentes personnes sur place aux différentes phases. Les volontaires étaient 85 au début, 30 après. Le nombre total était de 647 personnes qui ont assuré le suivi des traitements et des soins pour des cas éventuels.

Le service de coordination a fait une première réunion à 15 heures pour définir une décision primordiale. Même si l'on craignait ne plus trouver de blessés, il fallait continuer à travailler avec la même rigueur, d'une façon relativement structurée et pas trop rapide, car on voulait travailler avec beaucoup de prudence pour donner une chance aux survivants éventuels. Cette prise de décision était importante vis-à-vis de l'opinion publique. Le travail a pris trois jours de plus pour dégager le lieu complètement.

Conclusion.

Le résultat final était de :

- 96 morts trouvés sur place
- 176 morts dont on n'a retrouvé que des parties de leur corps
- 87 blessés transportés ou traités sur place
- 5 blessés sont morts des suites de leurs blessures.

A 11h 09, l'administration générale des chemins de fer a informé que les rails étaient hors tension. A 11h20, le service de santé en était informé. C'était relativement tard. Il fallait travailler avec beaucoup de prudence. Il fallait prendre la décision de dégager et de laisser libre l'espace aérien. La presse est arrivée tout de suite. Elle a pris des photos. Elle tournait sur le lieu de l'accident, ce qui freinait le transport des blessés. Les problèmes de radio étaient à résoudre.

Les entreprises privées doivent s'adapter aux structures sur place. Les civils ne reconnaissent aucune hiérarchie, il faut les surveiller. Ils ouvrent carrément des barbecues pour vendre du coca-cola ou des saucisses. Il fallait par ailleurs trouver des experts pour des questions techniques : comment démonter le pont. C'est un aspect très important. Puis il y a le travail avec la presse pour informer l'opinion publique. Il faut leur donner des informations et ne pas les laisser se débrouiller seuls.

Il y a eu des problèmes de communication : au début les portables ne fonctionnaient plus, les fréquences radio étaient brouillées et le réseau était surchargé.

Un autre aspect : le fait d'avoir sur place 1.800 sauveteurs bénévoles était dû au fait que les personnes se présentaient spontanément. Il était important de

ne pas les brusquer. Au contraire, il fallait les traiter avec respect et utiliser leur aide. Mais d'un point de vue tactique, il était difficile de les intégrer.

La coordination de différentes équipes de sauvetage est indispensable - car il n'y a pas de structure hiérarchique pour les services de santé et il est très difficile de leur demander de se soumettre à une hiérarchie de commandement différente.

On ne connaissait pas la fonction des médecins. Les médecins généralistes n'ont jamais été confrontés à un tel problème. Ils ne savaient pas où se trouvaient les lieux de rassemblement des blessés ou des morts. On avait plus de 20 médecins de première urgence sur place qui avaient un panneau sur le dos pour être reconnus. On savait ainsi tout de suite qui était le responsable.

Il y avait un soutien psychologique pour les différentes personnes qui nous ont aidés. C'était très important d'assurer un debriefing pour tous les secouristes.

Merci de votre attention.

Mme HANSEN

Merci beaucoup pour cette explication complète sur le plan de l'organisation des secours intéressante par le fait d'avoir à changer les modes de compréhension.

Colonel Luc QUINTYN

Psychologue
Directeur du centre de psychologie de crise de Bruxelles

Je suis psychologue et militaire et pour le moment responsable du centre de psychologie de crise à l'hôpital militaire de Bruxelles.

On m'a demandé de vous décrire l'évolution de la catastrophe qui s'est déroulée le 6 mars 1987 à Zeebrugge.

Ce jour-là, à 19h30, un ferryboat a chaviré en sortant du port. En 11 minutes il s'est couché sur le côté.

Sur 463 passagers et 80 membres d'équipage :

- 190 personnes sont mortes par noyade primaire ou secondaire,
- 5 personnes sont mortes après réanimation,
- 165 personnes ont été hospitalisées, dont 23 dans un état grave et 142 ambulatoires.

Il a fallu deux mois avant de pouvoir remonter le bateau, ce qui fait que les 190 corps sont restés deux mois dans l'eau polluée du port de Zeebrugge, et ce n'est que deux mois après que l'on a commencé l'identification des corps.

Mais avant de vous broser le tableau de l'évolution de cette catastrophe et, plus concrètement, pour l'encadrement des victimes et l'encadrement du personnel, je voudrais partager avec vous une remarque préliminaire. Pourquoi ne m'a-t-on pas demandé de parler du cas du Haesel ou d'une autre catastrophe ? Pourquoi la catastrophe de Zeebrugge a-t-elle provoqué une telle énergie d'activité dans les années qui ont suivi cette catastrophe ?

Autre question : pourquoi une société oublie-t-elle si vite une catastrophe et pourquoi une autre reste-t-elle dans la mémoire collective ?

Faisons une petite expérience : réfléchissez une seconde et essayez de répondre : où étiez-vous et que faisiez-vous le jour de l'assassinat de Kennedy ? Où étiez-vous et que faisiez-vous le jour où le mur de Berlin est tombé ? Je suis presque certain que chacun de nous est capable de répondre à ces questions.

Devant quel phénomène se retrouve-t-on ? Une recherche américaine récente démontrait que certains événements massifs, de type catastrophe, restent dans la mémoire collective là où d'autres n'y entrent jamais. En plus, on constate que certaines de ces catastrophes qui restent dans la mémoire collective d'un peuple gardent longtemps une énergie créatrice.

Une dernière observation pour ce type de catastrophe : les catastrophes qui gardent une énergie créatrice démontrent qu'il y a des cycles de la mémoire de plus ou moins 20 ans.

Autre exemple d'un événement massif, mais individuel : après la mort de Kennedy, pendant plus de 20 ans, dans le monde entier, on a honoré ce monsieur qui était en pleine guerre du Vietnam, qui était fort critiqué à l'intérieur de son pays, à l'extérieur un peu moins, comment se fait-il que, alors que l'on a assassiné d'autres présidents, des milliers de ville dans le monde aient une rue Kennedy.

Un autre exemple qui concerne plus particulièrement la Belgique. On a interviewé à l'Université de Bruxelles, en 1998, 1.000 Flamands, 1.000 Wallons francophones et 800 Bruxellois en leur disant : " Citez une catastrophe " :

- ◆ pour les Flamands, 84 % ont désigné Zeebrugge comme catastrophe, car, apparemment, Zeebrugge est resté dans la mémoire collective. Il n'y a que 23 % des Belges qui se souviennent encore du Haesel comme une catastrophe importante,
- ◆ pour les Wallons francophones, beaucoup plus étonnant : 78 % se souviennent de la catastrophe de 1956, c'était le coup de grisou : 262 morts à Marcinelle....
- ◆ pour les Bruxellois, ce sont les 323 morts de l'incendie de l'Innovation en 1968 qui restent dans la mémoire.

La recherche scientifique dans ce domaine est trop jeune pour que ces analyses et ces constatations soient complètes. Mais permettez-moi de partager avec vous cette pensée originale.

Il semblerait que l'impossibilité ou l'interdit de parler d'un événement massif et prégnant, ce qu'on appelle la mémoire silencieuse, soit le plus puissant et provoquerait le plus d'énergie. Je parle de l'interdit dû, par exemple, à un gouvernement répressif ou à des autorités institutionnelles religieuses. Cet évitement dû à l'interdit pousse l'expérience traumatisante à un mécanisme bien connu et universel en psychologie : ne pas en parler stimule la réflexion et les rêves.

Voilà l'une des raisons de la source d'énergie de la mémoire d'une catastrophe. Et nous, les gens uniformés, connaissons cela, l'interdit de parler. Dans combien de corps, pompiers, militaires, police, on ne parle pas de nos émotions, c'est un interdit.

Une autre source d'énergie de certaines catastrophes serait la culpabilité ou la honte.

Apparemment, la source d'énergie se situe, ici, dans ce qu'on appelle l'énergie de la mémoire collective des événements silencieux. Et puis, dernière trouvaille en cette matière et qui nous ramène directement à la catastrophe de Zeebrugge : un événement massif se cristalliserait dans une mémoire collective et énergétique si on a l'impression d'être devant une tâche non terminée. Comme on le verra tout de suite, ce dernier élément est probablement l'un des moteurs principaux pour comprendre l'évolution des changements dans notre société belge après Zeebrugge et, plus exactement, pour la politique du management des catastrophes.

Nous sommes le 6 mars 1987, le 4 août de cette même année, je reçois une demande de la responsable de la Croix Rouge, du chef des opérations d'intervention, de l'aumônier du Port de Zeebrugge et d'un gendarme pour me proposer de venir manger un morceau de tarte et boire une tasse de café un dimanche après-midi. On s'est réuni à 15 heures chez lui, je me souviens qu'on a parlé jusqu'à deux heures du matin. On était entre nous et, en fait, on ne savait pas ce que l'on faisait là-bas, mais on avait besoin de parler.

Qu'avons-nous constaté ? Je me souviens très bien avoir constaté que, pour les soi-disant chefs que nous étions, notre uniforme et notre diplôme n'étaient pas du tout un vaccin pour l'impact que cela avait eu sur notre personne.

Personnellement, j'ai constaté mon impuissance en tant que psychologue : que venais-je faire là-bas ? Il n'y avait pas de culture d'entreprise. On ne voulait pas de moi. Je me souviens d'un gendarme qui m'a dit : " Monsieur, je savais que cela allait être dur, mais que cela allait être si grave qu'il faille un psychologue, je n'en ai pas dormi cette nuit ! ". Donc, ma présence augmentait l'angoisse plus qu'elle ne la diminuait. Je vous assure que cela ne fait pas plaisir à entendre !

Il manquait la technique chez moi, je connaissais la théorie, mais pas la pratique. Il y avait surtout ce manque de culture d'entreprise, comme je vous ai dit tout à l'heure : parler dans le milieu uniformé, parler de ses émotions, cela veut dire - et pour cela la langue française est très riche, puisque le mot n'existe pas en flamand - "donner la parole à quelqu'un". C'est la démocratie, et la démocratie dans un système uniformé, structuré, c'est dangereux.

Un an après, j'ai eu la chance de rencontrer un neurologue qui m'a envoyé à Tel Aviv pour un congrès. Et là, j'ai rencontré le psychologue en chef des Anglais qui a fait l'accompagnement des familles et des victimes de Zeebrugge, son nom Peter Ashkinson. Lui aussi avait besoin d'en parler. Il était seul.

On avait décidé qu'un an après on se verrait en Belgique pour en discuter ensemble autour d'une table. On avait invité cinq ou six personnes, c'était le 26 mai 1998. Et puis, le bouche à oreille aidant, on a dû refuser des gens, plus de 150 personnes en Belgique - du personnel soignant -m'ont supplié de faire partie de la discussion. Finalement, nous avons eu 152 personnes, deux ans après la catastrophe.

Après Zeebrugge, j'avais constaté que pour la gendarmerie, pour la Police, pour les militaires, il n'existait aucun service qui s'occupait du stress lié directement à des opérations délicates, périlleuses. En août 1990, on a demandé au directeur de l'hôpital si je pouvais commencer à sortir de la psychiatrie classique et si je pouvais commencer à monter un centre qui s'occuperait plus particulièrement de nos militaires pour tout ce qui est du stress cumulatif, traumatique très dangereux et le stress dû à l'incident critique concret.

On avait une partie thérapeutique. On a donné des cours de prévention de stress, on a fait un peu de recherche scientifique et, petit à petit, l'idée a germé: il faudrait faire quelque chose en cas de catastrophes.

Très rapidement, quelques mois après, le centre de psychologie de crise a été submergé de demandes. C'était une explosion de demandes pour ce type de cours de prévention de stress, pour des travaux particuliers tels que les catastrophes : la police, la Gendarmerie, la Police Judiciaire, les pompiers, les services d'urgences des hôpitaux, des Ordres missionnaires, Médecins Sans Frontières, Action contre la Faim, des organismes privés tels que la Pétrochimie, les banques, les médecins du travail, etc.

En 1990 sort la première édition sur la thérapie privée de mon collègue, Peter Atchkinson. On avait, dès lors, quelque chose de scientifique et de pragmatique sur quoi se baser.

Le 29 décembre 1995, nous avons reçu du ministère le premier mandat scientifique au Centre de Psychologie de crise pour une convention qui s'intitulait " Projet de recherche relatif à l'organisation d'un suivi psycho-social lors des catastrophes au niveau fédéral ". On a fait une troisième année. Et de façon tout à fait inespérée, le 23 février 1999, le Secrétaire d'Etat, responsable en la matière, proposera le Plan à la presse.

Pourquoi une société s'occuperait-elle d'un plan psycho-social de catastrophe ? Et j'insiste sur le psycho-social. J'insiste même sur le psycho-social financier, juridique, etc. Il y a des raisons humaines pour lesquelles une société s'occuperait d'un plan de catastrophe, mais aussi des raisons légales. Il ne faut pas oublier que l'état de stress post-traumatique, le fameux " PTSD ", a été reconnu officiellement en 1980 par l'association mondiale de psychiatrie, et je vous assure, si les psychiatres le connaissent, ce sont surtout les juristes, les avocats qui l'utilisent.

Mais il y a aussi des raisons financières et quand on parle symptômes, il faut payer. Cela coûte de les traiter.

Pour les relations publiques, c'est important. On défend nos victimes, mais pourquoi ne défend-on pas nos propres personnels ? Nos gendarmes, nos pompiers, nos infirmiers ? On constate que, dans un corps de métier où l'on s'occupe aussi du côté humain, c'est-à-dire aussi du respect de la reconnaissance qu'on donne, il y a une motivation supplémentaire dans l'équipe.

Quels sont les modèles avec lesquels on approche la victime, nous psychologues, ou les médecins ou ceux qui veulent aider ? On connaît le modèle classique qui, ici, est appelé : l'approche thérapeutique. En fait, maintenant, on parle de l'approche curative. C'est une approche très connue et très facile. C'est un modèle purement médical. Et on le voit surtout dans les pays sous influence romane, contrairement à l'autre modèle qui est un modèle préventif, qui est plutôt appliqué dans les pays sous influence anglo-saxonne.

Quelle est la différence ? Soyons clairs, je ne critique ni un modèle, ni l'autre. Je présente simplement deux modèles différents.

Pour le modèle curatif ou thérapeutique, le médecin ou le thérapeute ne va jamais vers la victime, c'est la victime qui doit venir vers lui. D'ailleurs, c'est protégé par la loi. Je crois que, dans la plupart des pays, un médecin ne va pas sonner chez sa voisine en disant : " Madame, vous avez mauvaise mine, il faut vous soigner chez moi ".

Par contre, quel est le résultat de l'analyse faite sur les victimes et leur demande : les victimes ne veulent pas être médicalisées et elles demandent qu'on aille vers elles : nous allons les inviter.

Dans le modèle curatif, le but est de réprimer tout de suite les comportements non désirables et les sentiments désagréables. Il n'y a pas de bons et de mauvais sentiments, mais il y a " l'agréable et le désagréable ". Lorsqu'une maman, le matin, se lève et découvre son enfant mort, elle hurle... Et cela dérange le médecin de famille, la famille, l'entourage... on va lui donner un valium et, entre-temps, son enfant part à l'hôpital.

Dans l'approche préventive : on va essayer de stimuler l'expression des sentiments.

Dans le modèle curatif, on est focalisé sur l'individu. Par contre, quand on fait une approche pour les victimes, ce que les victimes veulent, c'est " être ensemble ".

Souvenez-vous de ce que j'étais content d'être avec mes collègues de Zeebrugge, on n'avait pas besoin de " psy ". On voulait être entre nous. C'est ce que l'on va faire, on va se focaliser sur le groupe et, nous, les " psy ", nous allons initier l'entraide des victimes.

Dans le système thérapeutique ou curatif, on donnera très fréquemment une médication, même parfois on procédera à l'hospitalisation. Je parle pour les gens touchés psychologiquement. Dans le système préventif, on ne donne jamais de médication, on essaie de l'éviter, et pas d'hospitalisation.

Pour une approche thérapeutique curative des victimes, il est très important que vous connaissiez très bien votre métier, que vous ayez beaucoup de diplômes, beaucoup d'expériences, etc., c'est votre pouvoir, et en médecine c'est très important de l'avoir. Pour les victimes, figurez-vous qu'ils s'en moquent ! Ce qui est important, ce qui les touche le plus, ce sont vos qualités humaines.

Et quand on a regardé ce que l'on entendait par " qualités humaines ", c'est leur vulnérabilité. La vulnérabilité de la personne qui prend contact avec la victime. Il ne faut pas oublier que chaque victime est toujours une victime d'abus de pouvoir. Abus de pouvoir humain, abus de pouvoir mécanique, abus de pouvoir de la nature, etc.

On considère que les victimes ont des réactions normales sur des situations anormales. On ne parle pas de patients, parce qu'ils ont d'autres besoins. Et j'ai l'impression qu'en Belgique, de plus en plus, les psychologues et les psychiatres commencent à comprendre que les victimes n'ont pas besoin du " psy ", mais d'un tout beaucoup plus complexe.

Dans ce rapport, on a constaté que, dans la plupart des catastrophes, l'aide dure un mois ou un mois et demi après la catastrophe. C'est comme le deuil, quand vous perdez un enfant, vous respectez un deuil de plus ou moins trois mois, après trois mois le voisinage commence à dire : " Marie, n'y pensez plus, vous avez d'autres enfants ". C'est la même chose, en commun on oublie une catastrophe. C'est pour cela que l'on a créé une structure qui s'occupe de la phase aiguë, la première période, entre 8 et 48 heures, mais c'est théorique, cela peut être réalisé en quelques heures.

Chaque être humain, qui passe par une catastrophe ou par un incident critique ou qui voit la mort directement autour de lui ou quand son entourage est impliqué, a besoin de temps pour l'assimiler, l'intégrer dans sa personnalité.

Toute cette période, de la petite étoile jusqu'ici, on considère que ce sont des réactions normales sur des situations anormales. Ce n'est qu'après quelques mois (3, 6, 12), cela dépend des catastrophes, on tombe sur des états chroniques.

Ce que l'on a fait au centre de psychologie de crise en Belgique, pour chaque période, on a essayé de voir les besoins. Puis, les besoins dans la période de " working true period " et les besoins pour quelqu'un qui a déjà des problèmes. Vous comprenez qu'ici il faudra entrer dans un système curatif médical, mais il y a aussi le juriste qui a sa place et l'assistante sociale. On va regarder par quels principes on va travailler et on va constater que les principes sont les mêmes que ceux employés à l'armée depuis des siècles : la proximité par exemple. Quand il y a une catastrophe à Nîmes, on ne les emmène pas en avion pour les traiter psychologiquement à Paris.

Les principes : quelles sont les techniques à notre disposition ? Dans le milieu uniformé : le debriefing est une technique qui est très fréquemment employée.

Puis, nous avons fait des recherches : qui est le mieux placé pour employer les techniques selon des principes pour répondre aux besoins ? On a constaté que, dans les groupes homogènes, l'impact le plus efficace est le chef. Cela veut dire que l'on doit former des chefs.

Selon le principe de la proximité en Belgique, l'aide psycho-sociale doit être le plus près possible de l'origine de la victime. En Belgique, petit pays, tout est organisé par province. Dans chaque province, vous avez le gouverneur, qui est d'office responsable pour la coordination de la catastrophe. Le gouverneur a à sa disposition le médecin-inspecteur d'hygiène qui est le responsable de la coordination de la catastrophe dans la cellule de crise. Il faut que les psychologues connaissent leur place. Nous nous mettons directement sous les ordres de l'inspecteur d'hygiène qui est notre chaîne hiérarchique.

Tout seul, on ne sait pas faire. Et, là, le ministère m'a dit : " Faites ce que vous voulez, mais cela ne doit rien coûter ". J'étais furieux. Et maintenant je suis content puisque l'on a pu faire appel à ce qui existait : les centres d'hygiène mentale, la Croix Rouge, l'exemple d'aide aux victimes et tous travaillent ensemble en partenariat.

Ce sont des schémas : on a calculé, lors d'une catastrophe, quel pouvait être l'impact psycho-social sur la société. Faire du brain-storming et faire analyser les catastrophes, comme on l'a fait ce matin, on en a analysé des centaines et des centaines....

Je vous remercie.

Participant.

Je voulais poser une question concernant le soutien psychologique aux secouristes ? Vous avez souligné qu'il fallait intervenir avant que ce stress ne soit accumulé. Il faut dialoguer. Pensez-vous que c'est le rôle du leader ou du chef d'équipe alors que lui-même n'a peut-être pas des connaissances en psychologie suffisantes pour mener ce dialogue, mais simplement à cause de sa fonction de leader et grâce à ses connaissances en médecine, il pourrait intervenir pendant que la catastrophe a lieu, pendant des pauses, pendant des changements d'équipe, pendant que la catastrophe se déroule ? Cette personne peut-elle jouer ce rôle sans avoir les connaissances en psychologie ou en psychiatrie nécessaires ?

M. QUINTYN.

C'est une question très intéressante et j'ai plusieurs remarques à faire.

Tout d'abord vous parlez des secouristes, des personnels soignants. Il y a différentes personnes concernées, différents groupes de secouristes (médecins, infirmiers, etc.) qui ont chacun leur culture. On ne peut pas comparer les pompiers aux infirmières, ni les différents soutiens dont ces personnes ont besoin.

Ensuite vous avez parlé du dialogue qui pourrait s'instaurer. Si vous avez cette culture d'entreprise dont j'ai parlé et si, ensemble, vous pouvez vous permettre d'en parler, effectivement c'est possible et cela peut être efficace surtout si vous connaissez les techniques contre le refus ou les techniques concernant le debriefing.

Après des recherches conduites par la Police ou la Gendarmerie, on a trouvé 85 gendarmes qui ont été impliqués dans un énorme incendie. Un an après, on leur a demandé spontanément qui vous a apporté le plus de secours ? Ils ont répondu : 1. mes collègues ; 2. ma famille et mes amis, l'entourage ; 3. mon chef ; 4. une assistance professionnelle (genre psychiatre, psychologie) ; 5. Les officiers qui ont conduit l'instruction.

Puis, lorsque vous leur demandez qui était le plus efficace quant à votre capacité à surmonter cette crise : grande surprise, on voit que la personne qui était la plus efficace, en fait, c'est le chef, le leader, en deuxième position la famille, les amis, l'entourage, en troisième position, les collègues, en quatrième position, les psychologues et en cinquième position, l'officier de justice lors de l'instruction.

Vous me demandez si le médecin en chef, si le capitaine de l'équipe ou les leaders doivent avoir des connaissances particulières en psychologie ? Je dirais : j'espère que non ! Mais, cependant, ils devraient avoir une formation complète et nous pensons que cela doit se dérouler sur trois jours minimum, c'est-à-dire 30 % de théorie, 30 % de pratique - des jeux de rôle par exemple, parce que ce n'est pas facile de conduire des groupes de debriefing... 30 % de formation sur sa propre connaissance de ce qu'il est en train de faire et sur ses propres émotions.

C'est très dangereux lorsqu'il s'agit des émotions de victimes. On ne peut pas toucher aux victimes sans être punis. C'est dans la Bible, vous savez ! Celui qui touche à une victime, tôt ou tard l'une des victimes reviendra dans son esprit, dans sa mémoire et il ne pourra jamais l'oublier.

Cette culture d'entreprise est nécessaire.

Votre question est très pertinente : oui, souvent le chef peut démêler tout cela et, après, c'est au psychologue d'intervenir, c'est au psychologue d'aider le chef et le leader à debriefer les debriefeurs.

Colonel Bernard VIALA

**Médecin-colonel et conseiller médical
du Directeur de la défense et de la sécurité civiles**

Je suis le Dr. VIALA, conseiller médical du directeur de la défense et de la sécurité civiles française et, à ce titre, j'ai en charge, au plan médical, la coordination de toutes les équipes médicales françaises travaillant sur des catastrophes.

Je vais vous présenter une catastrophe qui s'est déroulée au Cameroun. Pourquoi ai-je choisi celle-là ? Parce que, dans cette catastrophe, nous avons travaillé et coordonné nos actions avec de nombreux étrangers. Il ne s'agira pas d'une démonstration médicale, le but étant de mettre l'accent sur l'importance de la coordination dans la gestion et la logistique avec les partenaires étrangers.

C'était le jour de Saint Valentin, le 14 février, la fête des amoureux. Ce jour-là au Cameroun il y eut une explosion et de nombreux brûlés. Les journaux africains du Cameroun en ont fait leurs gros titres : " Les rôtis de la Saint Valentin " !

Reprenons cette affaire par le début.

N'Sam est une petite bourgade à proximité de Yaoundé.

Un dépôt d'essence dans lequel est entreposé de l'essence. A 5 heures du matin, deux wagons de super ont été poussés sur des voies de chemin de fer et sont entrés en collision. Ils se sont renversés et l'essence a commencé à se répandre sur le sol. Dès que l'essence a commencé à couler, la population alentour s'est rassemblée pour venir récupérer cette essence. 120.000 litres d'essence qui se répandent peu à peu sur le sol, pendant des heures, avec des femmes, des enfants, des vieillards qui viennent, qui font la chaîne humaine, avec des sceaux, des Calebasses, toutes sortes de récipients; des enfants étaient même montés sur les réservoirs et puisaient dans les citernes.

La concentration de vapeurs d'essence est telle que des personnes sont prises de malaise. Ce "commerce" va durer de 5h jusqu'à 14h.

A 13h, dans le petit village de N'Sam, situé à 800 mètres de cette station service sauvage, c'est l'heure du repas. On allume les barbecues pour faire

cuire le poulet. Ce qui devait arriver arriva : à ce moment-là la concentration de vapeurs est telle qu'il y a un embrasement subit des vapeurs d'essence, ce qui entraîne une énorme boule de feu qui englobe toute la zone, un véritable flash et dans un rayon de 200 mètres environ autour des wagons tout est instantanément calciné. On retrouvera 60 restes humains.

Dans un rayon de 400 mètres, toutes les personnes sont brûlées entre 40 et 100 % de la surface corporelle. Nous sommes au Cameroun et les moyens de secours sont quasiment inexistantes. Il n'y a pas d'ambulances, pas de moyens de traitement et, devant l'ampleur de la catastrophe, le Président du Cameroun demande l'aide médicale d'urgence à la France en s'adressant directement au Président de la République.

Voilà l'image de ce que l'on a retrouvé à proximité des wagons. 62 personnes ont été complètement carbonisées et pour certaines, nous n'avons rien trouvé, à part quelques traces. Heureusement, il y avait un engin de pompier avec un peu de neige carbonique, cela a évité l'explosion des citernes.

Que se passe-t-il au point de vue organisationnel à partir de ce moment-là ? Le gouvernement demande l'aide de la France et cette aide est transmise immédiatement au centre opérationnel d'aide à la décision de la sécurité civile à Paris. Je reçois, immédiatement, pour mission de réunir une équipe médicale capable de traiter de nombreux brûlés avec le matériel spécialisé, sachant que dans le pays il n'y a absolument rien.

C'est un dimanche après-midi. Tout le monde est parti en week-end, mais nous avons un système de garde 24 heures sur 24 avec des équipes médicales. Nous réunissons, dans l'heure, une équipe de 4 médecins et 2 infirmiers, médecins de la sécurité civile et médecins des pompiers de Paris. Un plan de coopération entre la sécurité civile et le service de santé des Armées nous permet d'obtenir, en moins de deux heures, trois tonnes de matériel et de médicaments pour brûlés. L'alerte est donnée à 15 h, à 19 h embarquement de toute l'équipe médicale et des trois tonnes de matériel pour le Cameroun. Il s'est écoulé 4 heures entre le moment de l'alerte et le moment du départ.

Arrivée sur place le lendemain matin à 6h30. Dès l'arrivée à l'aéroport, il y a immédiatement un briefing avec les autorités sanitaires et gouvernementales locales.

A 8 h, nos équipes sont scindées en plusieurs groupes avec mission d'aller repérer immédiatement les 9 sites, c'est-à-dire 9 hôpitaux et cliniques locales, dans lesquels avaient été déposés les brûlés, mais personne n'en connaissait exactement le nombre, le type et le traitement.

L'évaluation faite démontre très vite l'insuffisance des moyens locaux : pas d'ambulance de réanimation, seules quelques Toyota sans moyens particuliers, absence totale de médicaments, de perfuseurs, de perfusions d'analgésiques, d'anesthésies, d'antibiotiques. Et surtout une désorganisation complète des structures sanitaires urbaines. Ce n'était même pas une désorganisation puisque, en fait, il n'y avait pas d'organisation. Le pays n'étant pas habitué à ce genre de catastrophe, il ne savait absolument pas comment la gérer.

Le premier bilan des équipes est de 94 décédés et ceux-ci vont poser un problème. Lors de la catastrophe d'Eschede, l'identification a été faite grâce à des tests d'ADN. Inutile de vous dire qu'au Cameroun, il n'y a pas de tests ADN. Il y avait un problème d'identification, et cela a posé aussi un problème d'organisation. A titre anecdotique les cadavres étaient entreposés dans un hangar et la température extérieure allait de 35 à 40°, avec les mouches et le vent de sable !

Le gouvernement avait pensé très légitimement qu'en faisant défiler les gens devant les cadavres ceux qui reconnaîtraient un cadavre seraient récompensés par une petite somme d'argent. Ce système d'identification a très vite été arrêté car on voyait des gens qui faisaient plusieurs fois la queue...

Nos équipes ont retrouvé 143 blessés, brûlés à 60 % et plus de la surface corporelle. La plupart de ces victimes étaient allongées à même le sol depuis une dizaine d'heures, sans matelas, sans traitement, sans aucune analgésie.

L'action de notre équipe médicale a été avant tout d'essayer de mettre en place une coordination locale.

Dans cette coordination, la première décision prise, en collaboration avec les autorités médicales locales, a été de regrouper les blessés dans un centre unique. Il était illusoire de traiter 143 blessés dispersés dans 9 centres aux quatre coins de Yaoundé. De la même façon, il a été décidé d'implanter, à l'endroit où étaient les blessés, la pharmacie que nous avons apportée afin de gagner du temps, de l'énergie et de l'efficacité.

Tout est regroupé au même endroit dans l'hôpital central de Yaoundé. En pratique cela consistait à créer une chaîne de secours allant du relevage des victimes dans les centres jusqu'aux soins et ce, sous un commandement unique. Si nous n'avions pas imposé un commandement unique, sans aucune difficulté d'ailleurs avec l'autorité locale, nous serions entrés dans une série de palabres qui aurait certainement allongé les temps de traitement.

Mise en place, de la même façon, d'une stratégie de soins avec les équipes médicales locales. Dans une intervention à l'étranger, notre idée est de toujours travailler non pas en assistantat, mais en partenariat. Ce qui nous a permis de mettre en place une logistique globale de l'aide française, dans un premier temps, puisque nous étions le seul pays représenté.

Comment avons-nous été amenés à gérer cette aide médicale et logistique française ?

Premier problème : la prise en charge médicale de 150 brûlés. Loin de tout, nous ne disposons pas des moyens des centres de brûlés de Paris, ou de Marseille. Comment faire pour pallier l'absence de médicaments et de matériels de base ?

Pour vous donner un exemple : dans un hôpital africain, quel qu'il soit, il y a des lits, mais il n'y a jamais de matelas. Le matelas est quelque chose qui n'existe pas, le drap encore moins. Les draps ou plutôt les boubous sont généralement amenés par les familles.

De même, dans ce type d'hôpital, il n'y a aucune alimentation prévue ni pour les malades ni pour le personnel. Pas de matériel de base, pas de pieds pour poser les perfusions, pas de pansements. Le traitement des brûlés passe par des bains. Inutile de vous dire que la baignoire était inexistante. Absence également de vêtements de travail pour le personnel. Il a fallu pallier cette absence de moyens et surtout celle concernant la méconnaissance totale des soins élémentaires et d'hygiène pour les brûlés. Il fallait également avoir un listing de tous les matériels et médicaments que nous avons amenés. A titre anecdotique, dès l'arrivée à l'aéroport, entre le moment où nous avons déchargé nos tonnes de matériel de l'avion et le moment où le même matériel est arrivé sur place à l'hôpital, nous avons déjà perdu une caisse de 1.000 seringues. Pas perdues pour tout le monde, puisque on les a retrouvées en vente le lendemain matin à l'unité dans un petit commerce local devant l'hôpital. Il fallait en même temps pouvoir gérer les stocks de nos médicaments au quotidien pour prévoir un rechargement.

Quels étaient les problèmes locaux ? Avant d'apporter les solutions, il faut réfléchir aux problèmes locaux à prendre en compte : la gestion incertaine de l'hôpital, les conditions climatiques. Prendre en compte la culture et la mentalité locales. La religion est différente de la nôtre, bon nombre de gens sont des animistes.

Le problème rencontré avec les animistes - le Dr. RICHTER qui s'occupait de toute la partie médicale, pourrait vous en parler - nous avons un problème de nourriture et comme nous n'avions pas de protéines pour nos malades, nous avons décidé de distribuer un œuf à manger tous les jours. Refus de l'un

d'entre eux. Pour des animistes, le fait de manger des œufs, risquait de les transformer en poule. Voilà des choses à prendre en compte.

Nous avons également un problème de réapprovisionnement de médicaments. Une fois consommé on ne pouvait absolument pas se réapprovisionner sur place en raison de l'absence d'industries pharmaceutiques locales ou des conditions de dosages et de pureté des produits. Il fallait donc faire venir tous les produits de France ou de l'étranger. Il y avait également le manque de rigueur et de formation des équipes soignantes. Il a fallu apprendre aux infirmières locales les règles principales d'hygiène et de prophylaxie.

Il nous est arrivé d'être obligés de repasser la nuit à l'hôpital, pour s'assurer que les perfusions étaient branchées en continu. Elle était souvent coupée afin d'éviter de « passer toute la nuit à changer de perfusions ».

La solution a été de s'adapter aux ressources du marché local. Par exemple, la fabrication de perfuseurs ou d'arceaux de lit pour des sommes ridiculement basses, par des ferronniers locaux.

Le problème des baignoires a été surmonté en achetant sur le marché local une baignoire classique, installée dans la cour de l'hôpital et remplie avec des seaux, dans laquelle on baignait nos brûlés. Tout cela est très loin de la médecine de pointe!

Les matelas anti-escarres dans les lits pour des brûlés à plus de 60 % ont été remplacés par des chambres à air achetées sur le marché local et disposées sur les lits.

Voilà comment s'est passée la première partie de l'opération.

Avec la deuxième partie de l'opération, nous rentrons dans la phase de coordination de l'aide internationale. Cette catastrophe ayant eu un grand retentissement, toutes les ambassades présentes au Cameroun se sont proposées pour fournir de l'aide. 14 pays sur place, plus des sociétés privées ont proposé une aide financière et matérielle.

Tous ces ambassadeurs voulaient bien donner de l'argent, mais ils voulaient être sûrs que l'argent qu'ils allaient distribuer serve bien pour les brûlés. Il y avait en jeu une somme de 331 MF/CFA (3,31 MFF) qu'il fallait contrôler pour rassurer les pays donateurs sur l'utilisation judicieuse de leur argent. Pour cela, il a été décidé de mettre en place une coordination centrale de cette gestion. A la suite d'une réunion, les différents ambassadeurs de tous les pays présents ont confié la gestion de cette coordination matérielle et financière à la partie française.

Premier problème à résoudre : veiller à ce que l'argent qui soit fourni soit bien utilisé dans le cadre de l'action d'urgence et ne soit pas confondu par les autorités camerounaises avec ce que l'on appelle un " financement d'aide à la réhabilitation "; c'est-à-dire que l'argent qui était donné ne devait pas servir à reconstruire un hôpital mais qu'il soit utilisé pour ce type de victimes. Il fallait veiller à une grande transparence des comptes et surtout pouvoir fournir à chaque ambassade les justificatifs de tout achat.

Il fallait veiller à prévenir chaque ambassade des livraisons correspondant aux commandes pour permettre à l'Ambassadeur du pays concerné de faire une remise officielle du don, au nom de son gouvernement, au gouvernement camerounais, ce qui veut dire qu'en même temps qu'il fallait gérer les commandes, il fallait également penser à prévenir à temps la télévision de façon que l'Ambassadeur puisse officiellement être reconnu donnant l'aide de son pays.

Il a fallu créer un comité de coordination qui regroupait, sous l'autorité du responsable de la mission française, l'ensemble des fonds.

Dans ce comité créé, il y avait le représentant du PNUD, le représentant de l'Ambassade de France, le représentant de la Communauté Européenne, le Premier ministre, le Ministre de la Santé locale, le directeur de l'hôpital, les médecins camerounais, les médecins français et de la Croix Rouge et les différentes ONG. Quotidiennement il y avait une réunion de ce comité et chaque facture, chaque commande était présentée aux membres et soumise à leur signature : rien n'était jamais acheté sans l'aval des autorités médicales compétentes.

En final, 52 brûlés ont été sauvés. La plupart étaient brûlés à plus de 50 % et même certains à plus de 70 %. Avec des moyens aussi rudimentaires, comment les équipes médicales ont-elles pu obtenir un tel résultat ?

- ◆ nous n'avons pas eu de problèmes pulmonaires majeurs. Heureusement ! parce que nous n'étions pas équipés d'oxygène, mais d'un respirateur. L'effet de flash, ayant duré très peu de temps, n'a pas entraîné de brûlures des voies aériennes supérieures ou pulmonaires.
- ◆ tous ces malades étaient des gens qui étaient polyparasités, ceux qui avaient survécu jusqu'à un certain âge étaient immunisés localement,
- ◆ aucun de ces malades n'avait jamais eu de thérapeutique par antibiothérapie, c'est dire que les antibiotiques que nous leur donnions ont été efficaces. Nous ne faisons pas d'antibiogramme, nous donnions des antibiotiques que nous avons à très forte dose. Il n'est pas évident qu'en Europe cela ait marché !

◆ ils étaient quand même assez résistants, et puis on a eu beaucoup de chance.

En conclusion, en médecine de catastrophe - parce que, là, en raison d'une inadéquation entre les besoins et les moyens c'était bien une catastrophe - l'efficacité de la mise en place d'un plan de secours coordonné a été prouvée dès que nous avons commencé à coordonner l'action des secours.

D'autre part, il faut avoir une vision globale médicale et logistique. Le médecin, en l'occurrence, était en même temps logisticien, et parfois plus logisticien que médecin. C'était un problème de coordination important.

Je pense que la coordination de la logistique de façon internationale a été l'élément déterminant de cette mission. Si les gens ont pu être traités, c'est grâce à l'argent que tous les pays présents ont donné et qui a été géré.

Dans notre conception, il nous a semblé que l'efficacité de cette coordination était due à un acteur central. Il n'y avait qu'une entité, et cette entité répartissait à la fois les moyens, les besoins et les missions, ce qui était pour nous la clé de cette réussite.

J'ai choisi cet exemple pour montrer que, dans un pays étranger, nous pouvons être amenés à travailler un jour ensemble - c'est le but du séminaire et du programme européen - et cette coordination internationale est bien l'objectif à rechercher.

M. RENNER. (Autriche)

J'ai beaucoup apprécié votre présentation, Docteur VIALA, vous aviez beaucoup de grands brûlés. Nous avons eu une présentation, hier, sur Bradford avec des traitements en chirurgie rapide et on a vu que des greffes nécessaires pour la vie des personnes ont été effectuées.

Vous n'avez pas eu besoin d'équipements au plan respiratoire, mais avez-vous pratiqué des greffes ? Auriez-vous pu emmener les grands brûlés dans d'autres pays ou d'autres lieux pour les faire soigner ou était-ce impossible ?

Mme VOLPINI (Italie)

Je voulais savoir si l'équipe médicale arrivée au Cameroun était une équipe déjà choisie ? Avez-vous des groupes médicaux spécifiques pour chaque risque ? Risque chimique, risque de tremblement de terre,. Y a-t-il des équipes médicalisées bien spécifiques ?

Dr. VIALA

Entre ce que vous avez vu hier concernant la thérapeutique des brûlés et ce que nous avons effectué, il y a plus de 50 ans d'écart.

Vous m'avez posé la question de savoir s'il était envisageable de transporter ces gens ailleurs ? Il y avait au Cameroun, à Douala, à 200 kilomètres de Yaoundé, un hôpital avec un service de brûlés, qui disposait de 2 ou 3 lits de brûlés bien équipés.

Il faut d'abord tenir compte du milieu africain. Lorsque vous traitez un malade, toute la famille est présente.

Je ne l'ai pas exposé tout à l'heure mais toutes les familles des malades faisaient du camping dans la cour de l'hôpital, c'est-à-dire qu'il y avait là 300 à 400 personnes qui faisaient leur nourriture et celle des malades.

Donc, transporter un malade d'une ville à l'autre, c'est le couper complètement de son monde socio-culturel. Nous n'avions pas l'assistance de camarades psychologues pour pallier cela. Du point de vue culturel, ce n'était pas possible.

Ensuite, c'était tout aussi impossible du point de vue politique local, parce que chaque hôpital étant indépendant, le fait pour l'hôpital de Yaoundé d'avoir pris en charge les brûlés, voulait dire que toute l'aide financière internationale allait à cet hôpital. Il aurait été mal vécu d'enlever un malade pour le mettre dans un autre hôpital parce que l'argent n'aurait pas suivi. On a envisagé cette solution en faisant venir quelqu'un de Douala, mais on a très vite senti qu'on était en train de créer une sorte de conflit entre les hôpitaux de Yaoundé et de Douala.

Les faire transporter dans un autre pays, aucun des ambassadeurs n'était favorable à cette solution, parce qu'un grand brûlé se traite sur plusieurs mois. On n'entrait plus dans le financement de l'aide d'urgence et se posait alors la question de savoir qui allait, pendant plusieurs mois, financer les traitements ?

Faire des greffes sur place ? Là aussi, c'est quelque chose auquel le Dr. RICHTER, qui était en charge de la partie médicale, a pensé immédiatement : d'abord, il n'y avait pas de dermatome, ensuite, quand nous avons trouvé le dermatome, nous n'avions pas les lames. Il a fallu commander des lames de dermatome à l'étranger. Or, celles qui ont été livrées ne correspondaient plus aux modèles qui existaient.

Ce premier obstacle a été un peu contourné par deux pays, des médecins MSF grecs et israéliens sont venus passer trois à quatre jours pour faire quelques greffes. Mais c'est tout.

Par contre, ce qu'il a été prévu de faire, et qui continue à se faire, c'est que des équipes médicales en chirurgie réparatrice et reconstructrice venant de l'étranger, se rendent au Cameroun. Mais sur place nous ne pouvions le faire.

En ce qui concerne la question du Dr Volpini, quand nous sommes partis, effectivement, nous avons sélectionné les personnels qui nous ont accompagnés : Il y avait des pompiers de Paris qui sont habitués au feu et qui ont l'habitude de traiter en urgence des brûlés graves. Nous avons deux personnes qualifiées.

Parmi les autres médecins qui sont venus, tous étaient des médecins de nos unités de la sécurité civile, médecins spécialisés en médecine d'urgence et en catastrophe mais pas forcément en brûlés.

Mais le problème n'était pas tellement la thérapeutique lourde des brûlés, c'était une thérapeutique essentiellement de médecine de sauvetage et de médecine d'urgence plus sur la réanimation que sur les brûlures.

Par contre, si nous devons partir en intervention à l'étranger, comme cela arrivé il n'y a pas très longtemps, en Amérique centrale ou en Colombie, nous avons des équipes spécialisées en médecine de catastrophe pour les risques naturels.

Pour ce qui est du chimique et du nucléaire, aucun pays actuellement ne peut vraiment dire qu'il a des médecins spécialement formés au chimique. Nous avons des équipes médicales sachant se débrouiller, sachant traiter du chimique, mais dire que l'on a des équipes médicales ultra-spécialisées dans le domaine chimique, je ne le ferai pas.

Intervenant

Qui composait vos équipes ?

Dr. VIALA

Les pompiers de Paris sont des pompiers militaires et les équipes de la sécurité civile sont en fait des militaires qui sont détachés au ministère de l'Intérieur. Ce sont des gens, tant les médecins que les autres, qui sont des militaires qui savent manier la seringue mais qui n'ont jamais manié de Kalachnikov. En fait, c'était un groupe très homogène.

Nous avons également participé à d'autres interventions, par exemple au Congo, où il y avait des équipes militaires de la sécurité civile et des pompiers civils, dont le chef est parmi nous. Il n'y a jamais eu aucun problème parce que nous avons la même philosophie, la même doctrine et la même conception.

Autre exemple d'intégration : quand nous sommes partis en Amérique Centrale pour MITSCH et en Colombie, il n'y a pas très longtemps, il y avait des équipes militaires de la sécurité civile ainsi que des équipes médicales civiles du SAMU. C'étaient donc eux des civils au sens strict du terme. Là aussi, il y a eu un commandement unique et aucun problème d'intégration parce que la doctrine, la philosophie et la culture sont les mêmes.

Intervenant

D'où venait le matériel?

Dr. VIALA

Le matériel venait de la sécurité civile et du Service de santé des Armées. Il s'agit du même matériel. Quand nous étions sur place, nous avons eu besoin de nous « reconstituer » en matériel, notamment des médicaments dont nous passons commande à des fournisseurs privés qui nous les livraient par avion. Au départ, nous sommes partis avec nos propres cantines contenant nos propres stocks de médicaments.

M. PIRROS

Vous avez improvisé au niveau des soins intensifs, vous avez improvisé en matière de soins normaux à l'hôpital pour ces victimes. Vous avez donné une assistance humanitaire, une aide humanitaire, vous avez su gérer cette catastrophe. Par contre, vous n'avez pas donné une médecine d'urgence, vous n'avez pas fourni une médecine de catastrophe? Pour moi, c'est autre chose, on ne parle pas de médecine pré-hospitalière.

Est-ce que l'on se comprend au niveau des définitions ou avons-nous un problème de définitions en ce qui concerne l'assistance rendue ? Vous avez donné une médecine de secourisme, mais pas de catastrophe.

Dr. VIALA

Il faut bien se mettre d'accord, je crois que c'est tout le sens de nos interventions sur ce que nous appelons " médecine de catastrophe " parce que je crois qu'il y a une grande ambiguïté dans nos différentes cultures entre médecine pré-hospitalière et médecine de catastrophe.

M. PIRROS

Assistance humanitaire, aide humanitaire, gestion de la catastrophe, improvisation de soins intensifs, improvisation de l'hôpital sur place pour les grands brûlés, ce n'est pas de la médecine de catastrophe telle que je l'entends ! Vous avez fait un travail excellent, mais vous n'avez pas fait de

médecine de catastrophe ! Si cela avait été une médecine de catastrophe, il aurait fallu être là lors de la catastrophe ou juste après dans un environnement pré-hospitalier ?

Dr. VIALA

Je crois que l'on commence à préciser un peu les choses : premièrement, il n'y avait pas d'environnement pré-hospitalier.

Ce que j'appelle médecine de catastrophe, c'est de la médecine qui intervient à partir du moment où il y a une inadéquation totale entre les moyens et les besoins.

Nous sommes en face d'une catastrophe parce que nous avons fait de la médecine de secours. Dans mon esprit, la différence entre la médecine pré-hospitalière et la médecine de catastrophe, c'est que, dans le premier cas, nous avons un médecin pour un blessé. Là, nous avons plus de 150 blessés et quatre médecins! Pour moi, c'est bien une catastrophe.

La médecine de catastrophe, ce n'est pas, dans ma conception, de la médecine pré-hospitalière, c'est de la médecine de secours, c'est-à-dire de pouvoir porter des secours même simples à un maximum de population.

Sur une catastrophe comme celle qui s'est passée en Allemagne, par exemple, les secours sont présents immédiatement au pied du blessé. Si l'on tient ce raisonnement sur un tremblement de terre, on n'y sera jamais en moins de 10 ou 12 heures. Donc, on va toujours arriver une fois que la catastrophe s'est produite.

Mais, par contre, les secours pour moi, cela consiste à gérer en propre, avec intervention de la médecine - et il n'y a pas que la médecine - tout ce qu'il y a autour de la catastrophe, aussi bien l'humanitaire que la structure sociale.

Mme HANSEN

Vous pensez que la médecine de catastrophe doit se substituer à la défaillance observée jusqu'à ce que le relais soit pris ?

Dr. VIALA

Si l'on raisonne comme cela, je serais tout à fait de cet avis, en disant que le rôle de la médecine de catastrophe, hors du domaine de reconstruction, est de pouvoir, pendant un certain temps, se substituer aux structures locales qui ne peuvent plus fonctionner, pour leur permettre de réinjecter très vite, dans leurs propres structures, des gens qui vont pouvoir travailler. Donc, on se substitue

pendant un certain temps pour permettre aux structures locales de reprendre leur propre activité. C'est dans ce sens-là que je parle de catastrophe !

M. PIRROS

Par ma question, je voulais que tout le monde se rende compte de cette confusion qui existe entre nous concernant ces définitions et la traduction de toute cette terminologie aussi bien en français qu'en anglais.

Je vais vous donner quelques exemples : la traduction du mot médecin, du mot médic. Médic en anglais n'existe pas à ma connaissance. Médic n'est pas la même chose que docteur. Un médecin est un docteur. Un medic est quelqu'un qui est dans le domaine paramédical dans l'armée américaine, il ne s'appelle pas paramédic, mais médic pour lui donner une présence plus importante. Ce fut le cas pendant la guerre du Vietnam ou de Corée. On rassure le personnel en appelant ces personnes "médic" et non paramédic.

On voit qu'il y a un besoin énorme de préciser ces définitions. Peut-être pourrions-nous nous arrêter un moment pour parler des définitions et des équivalences en français, en anglais. Puis, en rentrant chez soi, on pourra traduire tout cela en notre propre langue lorsque l'on vient d'un pays tiers.

En ce qui concerne l'urgence et les catastrophes, il y a plusieurs définitions : Il y a des médecins qui peuvent avoir un seul patient et il y a des médecins qui traitent plusieurs victimes. C'est tout à fait possible, parce que vous travaillez dans une situation d'improvisation et vous avez beaucoup de patients. C'est vraiment une question de secourisme ou de médecine de secours.

Le médecin ne change pas sa façon de penser. Il a dans la tête comme quoi il est devant un seul patient, alors que si vous êtes médecin de l'urgence, vous avez un rapport avec plusieurs victimes. Lorsque le médecin traite plusieurs patients à la fois dans sa tête et dans la réalité, il s'agit de médecine de catastrophe.

Dr. MASON

Grande-Bretagne. Je suis un médecin d'urgence en Grande-Bretagne et je voudrais soutenir mon collègue de la Grèce : effectivement, cette conférence a été excellente et cela m'a passionné ce matin. Je pense que j'ai compris les différences entre médecine d'urgence et médecine de catastrophe. Par exemple le mot "désastre" en français n'a pas la même signification en anglais. L'importance de la traduction est énorme. Il y a une question de gestion à chaque fois. Il faudrait revoir nos définitions, voir comment il faut s'exprimer, voir si l'on est d'accord sur tel ou tel terme, etc.

Dr. VIALA

Je voudrais dire à mon confrère grec et à mon confrère anglais que je suis très heureux de ces deux interventions parce que tout le problème de notre réunion tourne, depuis le début, autour de définitions qui n'ont pas le même sens dans nos pays.

En France, pour reprendre ce que vient de dire notre collègue, le mot désastre n'a pas du tout la même signification que le mot anglais "disaster". Je crois que nous aurons déjà fait un très grand pas si nous pouvons partir d'ici, en ayant la même définition. Et ce n'est qu'à partir de ce moment-là que l'on pourra vraiment progresser. Je voulais vous en remercier parce que c'est tout le sens, je crois, de ce séminaire. Merci beaucoup.

TRAVAUX EN SOUS-GROUPES ET PRÉSENTATIONS DE

l'Espagne

la Suède

les Pays-Bas

Mme HANSEN

Cet après-midi, nous vous demandons de vous séparer en trois groupes. Les trois groupes vont s'inspirer de la catastrophe ferroviaire qui a eu lieu en Allemagne. Vous avez eu des informations ce matin à la fois très détaillées en termes de diapositives et l'exposé montrait bien les différents domaines qui étaient concernés par la façon dont ce problème a été géré.

Les trois groupes ne traiteront pas le problème avec la même incidence. Un groupe s'occupera du problème de l'organisation stratégique, c'est-à-dire l'anticipation des événements. Un deuxième groupe s'occupera des problèmes sur le plan tactique. Le troisième groupe s'occupera des problèmes médicaux.

Participant

Pourriez-vous donner une explication de ce que vous englobez dans les mots "stratégie" et "tactique" ?

Mme HANSEN

Il s'agit de différencier les niveaux d'organisation.

Le mot « stratégie » implique une approche de coordination et d'anticipation des événements dans une perspective globale.

Le mot « tactique » implique une approche de terrain en fonction de la situation et de la localisation des personnels. Il s'agit de la réaction immédiate sur le terrain en fonction de la situation.

Quant à l'approche « médicale », il s'agit des soins à donner en fonction de la situation.

L'objectif des groupes de travail est de dire : « si cette catastrophe était arrivée dans mon pays, voilà où nous aurions rencontré des difficultés et voilà comment nous aurions organisé le volet stratégique », c'est-à-dire qu'en fonction du pays, il pourra s'agir de planification, de prévision, liée à la nature de la catastrophe.

L'important est de savoir quelles sont les fonctions primordiales qui devront être assumées si l'on se place d'un point de vue stratégique global, d'un point de vue tactique sur le terrain ou du point de vue des priorités médicales.

Ce qui me semble important, c'est que chacun comprenne le langage des autres. Quand quelqu'un dit un mot, il faut que l'on sache quel concept il représente pour les autres. L'important est que chacun sache ce qu'il y a derrière les mots utilisés.

Demain matin, les suédois, les espagnols et les hollandais exposeront leurs intentions à propos de la construction de cette réflexion commune. Nous établirons alors, la synthèse du travail de cet après-midi et de ce qui aura été présenté demain matin dans une synthèse globale qui fera le point des différentes étapes de l'atelier.

Présentation du projet espagnol

par le Dr Esther Pardo - Sanchez

Mme HANSEN

La question que je pose aux intervenants de ces pays est la suivante : « Est-ce que le travail accompli pendant les deux jours précédents est venu renforcer les travaux préparatoires qu'ils avaient faits par rapport à la tenue des prochains séminaires, ou est-ce que de nouveaux problèmes ont surgi qui vont enrichir leurs réflexions ? »

C'est dans cet état d'esprit qu'il serait intéressant que les trois communications soient faites.

Mme PARDO

Je voudrais vous présenter le module que nous avons organisé dans le domaine de la médecine de catastrophe, pour la première fois, à Madrid.

C'est un concept de protection civile et de médecine de catastrophe, organisé à Madrid avec l'Institut national. Ce module concerne les aspects médicaux dans le cadre des catastrophes. Cette formation est prévue sur une semaine. Elle a eu lieu à l'Ecole militaire.

Nous organisons un module international de formation au mois d'avril 1999 et les différents sujets que nous allons couvrir sont les suivants :

- un exposé sur les différents aspects sanitaires ayant un impact sur chaque pays. Nous allons regarder le modèle allemand qui est similaire au modèle espagnol. Nous comparerons notre structure administrative avec les systèmes français et allemand,
- nous positionnerons et analyserons ensuite la situation des différentes catastrophes en Europe à l'aide de quelques exemples.

Depuis quelques années, nous avons entamé une discussion sur la coopération entre différents pays européens, Portugal, France et Italie.

Nous allons imaginer les coopérations possibles entre pays de l'ONU et de l'Union européenne, avec l'assistance de Médecins sans frontières et d'autres organisations. Vous êtes tous les bienvenus pour un échange d'expériences dans notre pays.

Présentation du projet suédois

par M. Fredrik Frederikson

Quelle est la proposition suédoise ? la formation des formateurs.

Nous avons beaucoup d'expériences sur la centralisation, au niveau national, sur la formation du personnel médical, et ce, à plusieurs niveaux.

Comme l'indique cette diapositive, le National Board of Welfare forme 500 personnes par jour à l'occasion de séminaires qui durent 4 ou 5 jours.

Ces formations s'adressent aux équipes de spécialistes, aux équipes de debriefing, aux équipes de chirurgiens, aux soins des victimes de catastrophes chimiques et à la formation des formateurs à la médecine de catastrophe.

Nous organisons des formations spécialisées en matière de chirurgie. Nous sommes assez intéressés par les catastrophes chimiques. Nous avons des systèmes de décontamination spéciale en Suède que beaucoup d'entre vous connaissent ou ont vus. Nous produisons également des publications. Nous éditons des directives, des procédures nationales. Nous avons réussi à mettre en œuvre des formations, à diffuser des principes communs à l'ensemble.

Nous avons des directives nationales depuis 1992. Nous allons éditer cette année des directives sur la prévention. Même si nous n'avons pas l'autorité nécessaire au plus haut niveau, les gens nous écoutent parce que nous avons une bonne réputation, une certaine crédibilité.

Nous habitons un pays très froid. Nous sommes spécialisés dans l'hypothermie et les blessures liées au froid.

Nous avons vu la nécessité et l'importance de la coopération entre les acteurs de la médecine de catastrophe sur le site d'une catastrophe et nous l'avons intégré dans nos formations. Bon nombre de nos formations sont obligatoires. Nous exigeons que ces formations intègrent la police et d'autres acteurs.

Nous avons beaucoup d'expériences dans le domaine de la méthodologie. Toutes nos méthodologies sont fondées sur des expériences concrètes, pratiques et nous tirons toujours en temps réel des conclusions de nos expériences.

Nous ne nous disons pas que nous sommes les meilleurs. Nous ne disons pas que nous avons toujours la meilleure méthode, la meilleure approche, mais ces derniers jours, beaucoup d'opinions différentes ont été exprimées. Nous sommes unanimes pour dire qu'il y a un besoin d'échanges et un besoin de changer la manière de penser, l'approche de la médecine de catastrophe et la manière de procéder. Tout le monde reconnaît la nécessité d'évoluer. Cela pose souvent des problèmes ou des questions politiques, en Suède comme ailleurs.

La médecine de catastrophe et la gestion de catastrophe ne sont pas simplement l'extension de la médecine. Il y a d'autres dimensions politiques qui existent. Nous semblons tous reconnaître l'importance de la coordination et de la coopération. Par la coordination, j'entends la coordination entre Nations, entre autorités et même entre nos propres systèmes, coordination entre les différents acteurs, entre les Etats membres.

En ce qui concerne le commandement, nous voulons conserver l'unité du commandement. S'il y a trois organisations présentes sur le lieu d'une catastrophe, il peut y avoir des problèmes si l'unité du commandement n'est pas clairement établie.

L'idée générale, dans tous nos ateliers, est de favoriser la coopération internationale. Notre objectif, à long terme, du cours que nous allons organiser est de promouvoir un état de préparation en commun avec d'autres pays.

Les premières actions sont des actions de formation pour faciliter la formation à la coopération internationale. Mais il faut aussi comparer nos doctrines, nos philosophies, nos approches, nos différences culturelles, comme nous avons commencé à le faire cette semaine.

L'objectif pourrait être, dès lors, d'arriver à une meilleure compréhension de ce qui se passe ailleurs sur le plan organisationnel, statistique, en Europe.

Nous avons écouté hier des études de cas, mais nous avons encore beaucoup à apprendre à cet égard. Nous devons mieux connaître nos organisations nationales respectives.

En termes de coordination, il faut que l'on étudie davantage la coordination entre agences et entre différents secteurs de la société.

En ce qui concerne le commandement, comme je l'ai dit, il faut un commandement unifié, bien clair, fondé juridiquement, c'est-à-dire légitime, crédible. Et c'est là où se posent les questions de stratégie, de tactique. Il y a toute la question de définition dont nous avons parlé.

En termes de ressources, nous devons mieux connaître le matériel, les ressources humaines, le niveau de compétence des personnels. Il faut essayer d'aller au delà des étiquettes en termes de compétences, et savoir ce qu'il y a derrière les mots.

Un autre objectif pourrait être de promouvoir des concepts dans différents domaines comme la planification opérationnelle. Il nous faut comparer les choses sans prononcer des jugements de valeur, de manière objective. On peut promouvoir des concepts de base dans le domaine médical et dans le domaine des communications.

Les Etats membres sont parvenus à un accord pour l'amélioration de la communication radio qui permet aux services d'urgence de communiquer matériellement. Il serait intéressant de discuter des systèmes de radio. Cela a été mis en place à Jersey, en Finlande et au Royaume-Uni.

Il faut aussi parler des concepts de base dans nos expériences, dans le domaine du sauvetage, de recherche et de développement.

Il y a des recherches qui se font sur les mêmes sujets dans différents pays, et nous ne le savons pas. Par exemple, la gestion des médias.

Le processus décisionnel, également. Nous pensons que, pour prendre les décisions, c'est l'approche en termes de résolution de problèmes qui est la meilleure. Ce qui implique d'avoir de bons outils, de bonnes méthodes d'évaluation. Certes, les ressources disponibles varient d'un pays à l'autre. Mais il faut isoler les facteurs clés et essayer de les partager les uns avec les autres.

D'autres objectifs pourraient être de se former à travailler ensemble, de manière coordonnée, dans un esprit de coopération, autant du côté des sauveteurs que du côté des personnels médicaux. Mais notre expérience montre qu'il faut forcer les différents acteurs à collaborer et à essayer de se comprendre, en le faisant concrètement sur place, lors des exercices ou des catastrophes. C'est parfois difficile d'obliger les gens à faire quelque chose, mais c'est parfois la seule solution. On a peut-être intérêt à mieux définir la structure de commandement. Il faut se former à la communication.

La coopération entre les fonctions pré-hospitalières et hospitalières pose souvent des problèmes. Ce serait un domaine intéressant de discuter des

plans de gestion de catastrophe dans les hôpitaux. Nous avons beaucoup travaillé sur ce thème en Suède.

L'approche pédagogique : les méthodes seront les cours magistraux, les discussions, mais aussi des exercices pratiques de simulation sur le terrain.

Nous avons un système puissant de simulation qui permet de s'entraîner à différents scénarios. Ce système est disponible pour tous. C'est en partie manuel, c'est quelque chose que l'on peut faire soi-même. C'est quelque chose que vous pouvez appliquer chez vous. C'est un système extrêmement simple qui commence à se diffuser. Il existe un système informatisé et un système manuel.

Quels sont nos objectifs ? Nous voulons définir une formation pilote dans le premier atelier sur la planification et la préparation d'une formation parrainée par l'Union européenne pour les instructeurs de la médecine de catastrophe. On peut davantage discuter des objectifs.

Dans un deuxième atelier, on tirera les conclusions du premier atelier et l'on fera une formation basée sur la résolution de deux problèmes en tirant partie de ce que l'on aura appris lors du premier atelier du mois d'avril.

Il n'y aura qu'une seule journée de cours magistraux. Les autres jours serviront de discussions de scénarios avec évaluation.

Sur site, on pourra faire bénéficier de cette formation tous les formateurs intéressés. Mais le groupe cible, ce n'est pas vous ni moi, mais des formateurs, médecins, non-médecins, des policiers, des personnes qui forment les personnes au sauvetage, à l'urgence sur les aspects opérationnels et tactiques de la médecine de sauvetage.

Je vais m'en tenir là. C'est en gros ce que nous aimerions réaliser. Je vous informe que le premier atelier aura lieu le 7 et le 8 avril.

Présentation du projet hollandais

par M. Dick Fundter

Je voudrais vous parler du projet de l'Union européenne dans la médecine de catastrophe parce qu'il est directement lié à notre conférence du mois de juin.

Je travaille pour le ministère de l'Intérieur hollandais et je ne suis pas médecin. Par contre, je suis membre du corps médical de l'Armée hollandaise. Actuellement, je suis en réserve au ministère de l'Intérieur. Je travaille dans le service des sapeurs-pompiers. Je suis responsable de la coordination des soins médicaux en temps de crise et en cas de catastrophe. Je suis membre du comité restreint pour le projet européen de médecine de catastrophe.

Jusqu'à présent, les pays suivants, membres de ce comité restreint, sont : l'Autriche, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suède. On nous a demandé d'être le pays pilote, notre siège est à la Haye. Nous essayons de collaborer avec tous ces pays dans le cadre de ce comité restreint.

Lors de la première phase de ce projet, nous nous sommes concentrés sur ce que nous pourrions faire en 1999. Nous avons établi un programme d'action au sein duquel il y a beaucoup d'activités. Nous avons considéré cette conférence comme l'une des activités nécessaires au bon déroulement du projet.

Je voudrais parler des objectifs de ce projet. Remarque préliminaire intéressante, on ne pourra pas réaliser tous ces objectifs en une seule fois. Mais nous avons établi un projet pilote pour cette année qui sera, en fait, le début de ce projet. Il devrait être le résultat d'une analyse des sujets abordés par la suite et des différentes actions qui pourraient être prises. Les objectifs généraux sont les suivants :

♦ Améliorer la capacité des Etats membres.

C'est une idée d'échange d'informations, qui nous permettrait d'étudier comment les choses se passent dans chaque pays et d'élaborer un plan. Il n'est pas question de sortir une directive qui serait copiée et mise en œuvre par chaque pays. Notre idée est l'échange d'informations.

♦ **Améliorer la possibilité d'avoir des opérations transfrontalières aux Pays-Bas.**

Nous pensons qu'il faut une entente absolue avec ses proches voisins. Je pense que c'est valable, parce qu'il faudrait améliorer les capacités des différents Etats membres, d'engager cette coopération transfrontalière. Enormément d'activités transfrontalières ont déjà lieu. Nous avons des régions européennes qui travaillent sur cette coopération transfrontalière. Mais il faudrait l'étendre.

Dans le cadre des opérations liées au domaine de la médecine de catastrophe, nous avons déjà effectué beaucoup de travail dans le domaine médical. Lorsqu'un accident est localisé à côté de la frontière, des systèmes ont été établis, par exemple, entre l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas, d'après les informations que je possède.

Nous devrions étudier ce qui existe déjà au niveau de cette coopération et voir si l'on pourrait améliorer les programmes existants de capacité transfrontalière.

Il faudra améliorer les moyens et les ressources pour une entraide européenne en cas de catastrophe. Cela existe déjà dans différents programmes de coopération.

Je me souviens, il y a six ans, de cet avion d'El Al, qui s'est crashé dans la ville même d'Amsterdam sur des appartements. C'était un avion de fret. Il y a eu un débat énorme sur la nature du fret. C'est vraiment une grande question, non seulement une question politique, mais une question médicale, parce qu'il y a encore beaucoup d'éléments inconnus par rapport aux différentes blessures subies. C'est un énorme problème. Cela doit être analysé dans un contexte international.

Il y a six ans, lors de cet accident, il y a eu une réponse naturelle et spontanée des pays voisins. Nous avons été, l'espace de quelques heures après l'accident, en communication avec les autres pays qui nous offraient des équipes spécialisées, des équipes médicales qui pouvaient partir immédiatement par avion pour nous assister dans cette catastrophe. La France a répondu présente, la Belgique aussi, l'Allemagne également. Heureusement pour nous, nous n'en avons pas eu besoin parce qu'il y a eu moins de victimes que nous pensions.

Vous voyez que ce type de collaboration étroite est possible. Nous pourrions aller plus loin. Il faut tirer leçon de chaque catastrophe. Il faut une coopération et non une concurrence dans ce domaine. La collaboration et la concurrence sont souvent liées.

♦ **Etablissement du réseau.**

Il est évident que ces discussions entre les différents membres des délégations ont bien démarré depuis deux jours. Mais nous pourrions améliorer, renforcer nos moyens grâce à un réseau de personnes qui se connaissent déjà et qui peuvent échanger des informations. Je pense que nous pourrions nous-mêmes augmenter la capacité de nos différents Etats.

Ce réseau personnel est encore plus important qu'un réseau officiel avec des représentants de chaque administration. Nous avons ce réseau avec son siège à Bruxelles. Mais je pense qu'il est important d'établir un réseau très personnel où chacun se connaît et où l'on peut échanger des informations. Le fait de se connaître, le fait de connaître les sensations de chacun est très important.

♦ **Bases de données.**

Pour moi, une base de données est une clé, un outil. Afin de pouvoir avoir une base de données valable, il faut avoir accès à des informations.

Nous allons établir un site Web spécifique sur la médecine de catastrophe dans les 3 mois. Nous avons besoin de la collaboration de tous les pays afin de recueillir des informations pour constituer cette base de données et l'étoffer au fur et à mesure.

Nous pouvons nous téléphoner si nous avons une question sur tel ou tel accident d'avion ou tel ou tel accident de train ou d'inondation ou des conséquences médicales suite à un attentat terroriste dans un métro, par exemple. Ce serait plus facile si vous pouviez trouver des analyses ou des études publiées.

C'est pour cela que nous avons tant besoin des uns et des autres pour établir ce site Web et continuer à engranger des informations spécialisées. C'est un outil moderne. Je suis pour l'utilisation des technologies modernes pour l'échange d'informations.

♦ **Activités pour l'année en cours.**

Nous sommes au mois de février. Voilà la première activité que nous ayons lancée dans le cadre de ce plan d'action : cet atelier à Nainville. Nous allons analyser cet après-midi le déroulement de cette conférence.

En fait, c'est un programme de travail qui est un outil flexible que vous pouvez utiliser. Mais vous ne pouvez l'utiliser que si vous vous écoutez et que si vous êtes d'accord pour collaborer : " je connais tel domaine, je suis intéressé par ce domaine. Je connais tous les spécialistes dans ce domaine. "

Grâce à votre collaboration, grâce aux informations que vous donnerez sur tel ou tel sujet spécialisé ou d'autres aspects qui vous concerne, notre programme de démarrage à Nainville avec cet atelier et l'évaluation qui va se dérouler cet

après-midi nous permettront de voir les sujets qui seront abordés lors des prochaines activités. Ainsi, nous pourrons peut-être réviser notre programme d'activités pour l'année 1999.

Notre deuxième activité prévue est un atelier en Espagne. Nos collègues espagnols nous ont informés ce matin du contenu de ce séminaire. Nous connaissons le *background* et les différents sujets qui devront être abordés lors de ce prochain séminaire.

En Suède, un séminaire très intéressant est prévu. Grâce à ce séminaire, nous pourrons comprendre les différents programmes concernant la médecine de catastrophe. Nous allons pouvoir analyser les différents programmes de formation, parce qu'il y a beaucoup de programmes de formation très différents au sein des hôpitaux pour les ambulanciers et les infirmiers.

Il ne faut pas forcément formaliser tout cela avec un plan en béton pour chaque Etat. Par contre, il faudrait procéder à une analyse, car il y a toujours des aspects dans telle ou telle formation qui ont un caractère national, mais qui peuvent nous aider. Nos collègues espagnols nous ont parlé de leur collaboration au niveau de la formation. Si l'on restreint tous ces pays dans un cadre précis, cela ne marchera pas.

Bien sûr, il faut laisser la place pour les caractéristiques nationales. Il faut laisser la place pour la culture nationale et l'approche nationale dans le domaine de la médecine de catastrophe, sans parler des collaborations militaire et civile qui doivent s'insérer dans le cadre de ces programmes de formation.

Au mois de juin, nous allons organiser certaines activités aux Pays-Bas. Nous avons une brochure à votre disposition et une liste des sujets abordés. Mais c'est un programme préliminaire que vous avez en main. Après, en septembre, ce sera la France, avec un exercice de simulation. Nous allons conclure l'année sur le colloque organisé par nos collègues suédois.

Par la suite, nous allons analyser en comité restreint toutes les activités de cette année. Nous allons utiliser tous ces outils pour redéfinir nos objectifs, pour les peaufiner par la suite. Je compte sur votre collaboration et j'espère que cet après-midi vous donnerez tout votre *feedback* sur les deux jours.

En tant que pays pilote, nous sommes actuellement en train d'organiser, de coordonner les différentes réunions du comité restreint avec les différents participants. Nous le faisons à partir de La Haye. Nous jouons le rôle de coordonnateur de toutes ces activités afin d'apporter toute l'assistance nécessaire pour que, dans chaque pays, les activités se déroulent de manière satisfaisante.

Nous échangeons des informations avec les organisations clés en matière de médecine de catastrophe, c'est quelque chose de très important en ce domaine.

Je suis là aujourd'hui devant vous et je vous demande encore une fois votre aimable collaboration concernant les informations qui peuvent nous intéresser. N'hésitez pas à nous donner tous commentaires ou toutes remarques sur ce sujet. Je serai ravi que vous m'apportiez ces informations.

Bien entendu, notre intention est de partager ces informations avec vous grâce à ce site Web, par exemple. Tous ces échanges d'informations peuvent vous aider pour voir que vous avez peut-être les mêmes problèmes qu'un confrère d'un autre pays. Nous étudions les méthodes de travail.

Je vous ai déjà dit que je faisais partie de l'armée hollandaise. A l'armée, on dit : « faites quelque chose et prenez toutes les leçons possibles par rapport à ce que vous avez fait et ce que vous n'avez pas fait ». Je pense que c'est très important de procéder de cette façon.

Vous ne pouvez pas être là en train de légiférer ou de sortir une politique derrière votre bureau tout seul. Il faut bénéficier de la connaissance et du savoir-faire de vos collègues étrangers. Il faudrait, à la limite, une espèce de catalogue de personnes qui peuvent être spécialistes ou qui ont telle ou telle formation ou expérience, qui peuvent vous aider. Il faut savoir contacter ces personnes pour bénéficier de leur propre expérience. C'est une expérience pratique.

♦ **Conférence au mois de juin.**

La ville d'Amsterdam est très accueillante et vous aurez la possibilité de la visiter et de connaître un peu le pays.

La conférence se déroulera du 14 au 16 juin 1999 dans le centre de conférence RAI. C'est un grand centre de conférences international. Il y aura d'autres réunions organisées sur place : Il y aura le comité interministériel de santé qui aura des réunions à ce moment ; il y aura un Salon qui s'appelle Fire... C'est un salon relatif aux équipements en médecine de catastrophe et de secours.

Mais ce n'est pas non plus une activité commerciale. Je pense que vous avez compris qu'il s'agit d'une conférence publique financée par le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Santé, le ministère de la Défense. Il y a également une contribution de la commission européenne pour organiser cette conférence.

Qu'allons-nous faire lors de cette conférence ? En général, il y aura des débats, des discussions sur les meilleures pratiques avec des professionnels

et des autorités représentant des collectivités locales et des spécialistes dans le domaine médical.

On parlera du rôle des collectivités locales. On parlera également de la gestion de catastrophe et la médecine de catastrophe qui concerne les collectivités locales.

J'ai remarqué que le ministère de la Défense est très sensible à cette question de collaboration civile et militaire. J'en ai parlé très en détail avec mes collègues espagnols. Peut-être que cela ne concerne pas tous les pays de l'Union européenne ou de la commission européenne, mais on voit qu'il y a ce besoin, même du côté militaire, de faire appel à une collaboration plus étroite avec le secteur civil.

Aux Pays-Bas, nous avons un problème particulier. Nous avons des problèmes à trouver des médecins compétents au sein du service militaire.

Nous avons établi un programme de formation qui dit que les médecins de l'armée ne se limiteront pas à des soins qui doivent être accordés à des militaires ou au personnel militaire. Ces médecins militaires pourront travailler dans les hôpitaux publics, car il y a beaucoup de spécialistes qui ne sont pas utilisés à pleine capacité.

Cette conférence vise les collectivités locales et les élus politiques, législateurs, spécialistes dans le domaine médical, spécialistes en stratégie d'organisation médicales. Nous devons établir, concevoir un programme qui intéressera toutes ces personnes.

C'est pour cela que nous aurons des personnalités de très haute qualité. Le maire d'Atlanta en Géorgie aux USA, le maire de Montréal au Québec, le maire de Wou-Han en Chine ont déjà donné leur accord pour faire des présentations. Ce ne sont pas des intervenants que l'on a l'habitude de voir.

Wou-Han est une ville qui a beaucoup souffert de l'inondation du Yang-Tsé, il y a quelques mois. Il a fallu prendre des décisions très importantes pour renforcer les barrages ou les polders. Où faut-il évacuer tous les habitants ? Ce n'est pas une décision facile à prendre ni une décision qu'il faut prendre trop rapidement. Imaginez ! Evacuer 4 à 5 millions d'habitants.

Le maire de Montréal, au Québec, parlera de son expérience personnelle. La province du Québec, l'hiver dernier, a été frappée par des orages. La ville n'avait plus d'électricité pendant plusieurs jours et certains quartiers de la ville n'ont pas eu d'électricité pendant deux mois. Je n'ai pas besoin de vous parler des conséquences pour cette ville et la vie des citoyens. Lui, en tant que maire,

devait réfléchir sur la réaction de la population de Montréal. Il a dû concilier ces différentes opinions, prendre des décisions qui n'étaient pas basées uniquement sur les réponses techniques qu'il avait reçues parce qu'il avait ce rôle politique et administratif. Nous prendrons un grand intérêt à l'entendre.

Le maire d'Atlanta sera là pour faire cette présentation clé. Dans la société moderne, nous aurons de plus en plus d'événements mondiaux : assurer les jeux olympiques, la coupe du Monde, les championnats d'Europe, etc. En tant que maire d'une ville, vous êtes responsable de la sécurité publique. Vous devez vous occuper de ce problème. Comment pouvez-vous rééquilibrer votre rôle de maire et le côté technique scientifique ? Il nous parlera de son expérience personnelle en ce qui concerne l'organisation des jeux olympiques, il y a quelque années.

Ensuite, il y aura des modules de formation ou d'atelier. Le premier module concerne les collectivités locales. Il y a huit ateliers prévus dans le cadre du premier module. Certaines des questions abordées par les collectivités locales seront très techniques, d'autres seront plutôt concentrées sur une discussion, un débat entre participants.

Le deuxième module concerne l'organisation de la médecine de catastrophe avec huit ateliers. Ce module est destiné aux personnes qui sont, par exemple, directeur de SAMU, directeur de centre de santé, des personnes impliquées par l'organisation.

Une chose qui peut être intéressante pour vous est la présentation des quatre villes que nous avons invitées, et je suis ravi que les membres de la délégation de Marseille soient présents.

Quatre grandes villes portuaires feront des présentations. Nous verrons leurs différentes approches relative à la médecine de catastrophe.

Grâce à ce module, nous pourrons aborder l'historique des différentes approches au niveau organisationnel et médical. Nous aborderons trois scénarios types dans le cadre de cette présentation :

- des scénarios simples, par exemple, un accident de circulation de la route, 4 ou 5 blessés, le genre d'accident qui peut avoir lieu tous les jours,
- des scénarios de base, par exemple une catastrophe avec 50 blessés,
- un scénario catastrophique, plus de 100 blessés. Nous verrons comment, dans cette situation, mieux analyser ses propres moyens, c'est-à-dire la pression sur l'organisation existante et les ressources internes ou externes dont elle peut avoir besoin, par exemple l'assistance d'une ville proche.

Avec ce troisième scénario, vous pourrez évoquer la mise en œuvre de votre programme ou de votre système de réponse aux grandes catastrophes.

Cela devrait nous permettre de comprendre les petites et les grandes différences entre les Etats-Unis, San Francisco par exemple, Marseille en France, ou Hambourg en Allemagne et Rotterdam aux Pays-Bas.

Le troisième module sera centré sur les aspects médicaux, sur les spécialités médicales destinées aux spécialistes de la traumatologie autant militaires que civiles.

Le quatrième module, qui sera animé par M. Quintyn qui était là hier, sera centré sur les soins psychosociaux.

J'ai fait le tour de cette conférence. Comme vous pouvez le constater, il y a beaucoup de personnes impliquées, beaucoup de modules différents. Il nous reste beaucoup de travail et de préparation.

Le troisième jour, le mercredi, nous conclurons la conférence par des visites : Visite des centres de traumatologie ; visite des hôpitaux militaires ; la visite d'un hôpital qui se trouve sous le centre hospitalier universitaire, qui est spécialisé dans la médecine de catastrophe.

Nous visiterons Rotterdam. Nous verrons les problèmes que suscite l'équilibre et l'articulation entre populations et quartiers industriels. Les Pays-Bas sont un très petit pays et les quartiers d'habitation se situent près des quartiers industriels.

Les autorités locales sont très impliquées dans ce projet. Elles sont très intéressées par la planification. Nous avons appris des choses intéressantes, par exemple que la sécurité est une chose dont il faut tenir compte quand on fait de la planification.

Je vais conclure mon intervention en vous demandant votre coopération. Je suis responsable du projet de la médecine de catastrophe. Nous ne pouvons pas travailler seuls. Nous avons besoin de votre coopération, de votre aide, de votre contribution en tant que délégués représentants les pays membres de l'Union européenne. Prenez contact avec moi si vous avez des remarques, des suggestions, des idées, des informations, veuillez nous les communiquer et veuillez nous tenir au courant.

SYNTHÈSE

DES TRAVAUX DE L'ATELIER

Mme Claude HANSEN

**Psychosociologue
au Centre Académique de Formation Continue
Académie de Rouen**

J'ai bâti la synthèse de ces trois journées en ayant conscience qu'il s'agissait de la première activité d'un programme qui va s'appliquer dans d'autres pays de la Communauté européenne.

Le premier constat, c'est que nous avons le sentiment d'être sur le bon chemin. C'est bien la nécessité pour nous de faire face, de la meilleure façon possible, à l'irruption d'événements catastrophiques qui a motivé notre présence ici.

Chacun d'entre nous, suivant qu'il a été confronté directement ou indirectement, s'est construit des représentations de ce qu'il appelle un accident catastrophique, une catastrophe, un désastre ou autre.

Ces représentations sont colorées par des aspects prédominants. Pour les uns, c'est l'ampleur de la catastrophe et le nombre de personnes impliquées qui importe, pour les autres, c'est la disproportion entre la faiblesse des moyens de riposte et l'énormité des besoins. C'est donc une dimension plus technique. Pour d'autres encore, c'est le traumatisme psychosocial éprouvé par la communauté atteinte par la catastrophe. Mais pour tous, parce qu'il s'agit du domaine médical, c'est bien de l'amélioration de la qualité des soins à apporter aux victimes dont il s'agit et ceci afin de faciliter le rétablissement de leur état de santé dans les meilleures conditions possibles.

Il ne s'agit donc pas d'un travail de simple prévention, mais je dirai de prévention de l'aggravation. Il s'agit de lutter dans l'urgence contre l'aggravation possible de leur état, de lutter contre la fatalité et la démesure.

L'aspect médical de la gestion d'une catastrophe soulève donc des problèmes difficiles à résoudre. Je vais citer le Haut-fonctionnaire de défense du Ministre de la Santé qui est intervenu le premier jour et qui a dit " privée d'une analyse médicale forte, l'organisation des secours apportée aux populations victimes d'une catastrophe serait hors de propos. "

Pour tenter de comprendre cette analyse médicale, nous avons essayé de vous présenter un certain nombre de catastrophes. Et si l'on essaye de faire rapidement l'analyse de ces catastrophes, on pourrait dire un certain nombre de choses.

En ce qui concerne Furiani, c'est "comment l'application d'une doctrine spécifique a permis de gérer un évènement catastrophique comportant de nombreuses victimes dans un milieu fortement isolé, au prix d'une révision de l'organisation médicale prévue".

L'analyse de Bradford, c'est "comment l'afflux massif de victimes dans un établissement hospitalier a modifié l'attitude thérapeutique habituelle d'une équipe de spécialistes".

L'analyse du car-ferry de Zeebrugge, c'est "comment la nécessité d'un soutien psychosocial a permis de briser l'interdit de l'expression des émotions et a permis de prendre en compte l'angoisse réactionnelle de toute une population, victimes impliqués et sauveteurs.

L'analyse de N'Sam, au Cameroun, c'est "comment une coopération internationale, gérée efficacement et dans la transparence par une seule équipe, ayant accepté un seul leadership, a pu être possible dans le respect de la culture du pays d'accueil".

Dans chacune de ces situations, la présence médicale forte, véhiculant l'esprit de la médecine à tous les niveaux, a existé depuis la prise en charge jusqu'à la gestion d'une catastrophe, que ce soit dans les réglementations, dans la délivrance des soins, dans l'organisation du dispositif, dans la prise en compte de pathologies spécifiques liées à la nature des catastrophes, dans la nécessité d'une approche multipartenariale et enfin dans l'acceptation de la remise en cause des souverainetés telles qu'elles s'exercent au quotidien.

Si j'en reviens aux travaux des groupes, un certain nombre de points ont été acquis :

- ◆ Le premier, c'est que chaque système en usage dans chacun des pays est reconnu efficace.
- ◆ Le deuxième, c'est que, même si les critères de différenciation varient, la distinction entre médecine d'urgence et médecine de catastrophe est de plus en plus partagée. Notamment, on l'a vu, il est nécessaire d'abandonner la relation de un à un, au profit de la relation de un à plusieurs.
- ◆ Le troisième, c'est que, à l'expérience, l'approche psychologique du soutien aux impliqués, et nous voulons dire par impliqués les victimes, leurs proches et les intervenants, doit évoluer vers une dimension psychosociale.
- ◆ Le quatrième, c'est que la nécessaire collaboration des diverses structures intervenantes demande que, même si leurs finalités sont différentes, et elles

le sont par nature et par culture, elles doivent, à certaines étapes, devenir communes.

Et pour moi qui ne suis que le témoin de ces débats, j'ai noté deux choses qui, à elles seules, justifient des différences :

La première différence, c'est que le degré de la prise en compte des découvertes scientifiques depuis vingt ans dans le domaine et les techniques de la réanimation fait que, dans certains pays, les réanimateurs peuvent faire, par exemple, des choix dans le triage de façon plus précoce, car le diagnostic sur les possibilités de survie des individus a fait des progrès dont il faut tenir compte. De plus, pour ces réanimateurs, leur confrontation et leur lutte quasi quotidienne avec et contre la mort, leur ont permis d'accepter plus facilement la responsabilité de ce triage. Dans une perspective internationale, cela fait poser concrètement le problème du lieu où pourra s'effectuer ce fameux triage.

La deuxième différence que j'ai notée réside pour moi dans la complexité de la situation de catastrophe. Cette complexité, à l'évidence, est exacerbée par le nombre de structures intervenantes. Cette complexité ne permet plus l'agrégation naturelle, immédiate sur le terrain des intervenants classiques de l'urgence. Elle nécessite une plus grande mise en cohérence d'un plus grand nombre d'intervenants. Et, selon les pays, j'ai remarqué que ce rôle de mise en cohérence ou de coordination est exercé soit par une structure spécifique, soit par les intervenants à qui elle va être confiée.

Il me semble que ces deux différences justifient déjà que l'action de la Communauté Européenne doit se concentrer, dans un premier temps, sur deux niveaux :

Le premier niveau, c'est la constitution d'un glossaire, outil jugé indispensable à l'amélioration des échanges entre les pays. Qu'il soit réalisé par des spécialistes ou à la suite d'une confrontation commune, ce glossaire pourrait ne pas se limiter uniquement à la sémantique des mots mais aux réalités qu'ils recouvrent.

Le deuxième niveau, concerne la mise en place de sessions inter-pays. Ces sessions devront constituer de véritables entraînements communs, et spécialement devront comporter des exercices pratiques. Cela permettra de mettre en synergie les meilleures performances des uns et des autres, puis de les analyser afin de les enrichir. Ces entraînements, ces confrontations permettront d'affiner et de favoriser le rapprochement des stratégies de coordination telles qu'elles sont exercées et telles qu'elles sont enseignées dans nos différents pays.

Il s'agit donc bien de formations théoriques et pratiques dont les conceptions et les réalisations doivent être confrontées.

Mais je suis bien consciente que ce qui m'était demandé, c'était de donner mon point de vue d'observatrice des travaux de ce séminaire. C'est seulement de ma perception des débats dont il s'agit. C'est pour cela que je vous propose maintenant de réagir afin de la compléter pour que nous puissions présenter une synthèse mieux partagée.

Je souhaiterais que vous complétiez ce qui vient d'être dit.

M. MASON (Grande-Bretagne)

J'espère qu'après les séminaires prévus, il faudrait qu'en fin d'année notre comité restreint hollandais décide de dire s'il y a réellement un projet qui devrait être poursuivi de 2000 à 2004. Je ne sais pas encore si ce projet peut survivre.

Nous avons bien vu aujourd'hui et depuis deux jours qu'il y a une importante diversité dans la façon dont nous mettons en place une assistance en cas de catastrophe et en matière de médecine de catastrophe. Malgré le fait que nous n'utilisons pas le terme de *disaster medicine* au Royaume Uni, je trouve que ces échanges ont été très utiles. Cependant, je n'ai pas encore vu des domaines spécifiques et clairement désignés sur lesquels il faudrait travailler pour arriver à une harmonisation.

Je pense que la collaboration est utile. Échanger des idées, c'est quelque chose de très utile, mais je ne suis pas sûr que cela s'inscrive dans le cadre du projet européen dans lequel nous travaillons. Je sais que ce projet va continuer jusqu'à la fin de l'année. Je réserve mon jugement sur la question à savoir s'il faudrait continuer avec ce plan de 5 ans.

M. ALEVANTIS

Vous avez parlé d'harmonisation et je ne préfère pas entendre ce mot ici. Je pense qu'apprendre les uns des autres, travailler sur la synergie, c'est déjà un projet et un projet n'a pas besoin forcément de mener à un résultat concret. C'est-à-dire que l'on peut faire le bilan après le projet, voir où sont les améliorations possibles, mais ce n'est pas un but en soi.

Je suis entièrement d'accord avec vous. Il ne faut pas un projet uniquement pour avoir des projets. Nous attendons des résultats : établissement d'un réseau, amélioration des services.

Il y aura une amélioration des services grâce à cette coopération, et ce sera bien mieux que des améliorations imposées par harmonisation des législations.

J'attends avec impatience une évolution dans notre domaine pour aller de l'avant. Soyons honnêtes et nous verrons bien à la fin de cette année les étapes suivantes.

Mme HANSEN.

Puis-je faire un commentaire ?

Je me demande si c'est le caractère insulaire de la Grande-Bretagne qui lui fait douter d'une nécessaire collaboration ou coopération. L'exemple de Furiani, dans l'île de Corse, montre bien qu'il y a besoin d'une collaboration avec le continent.

Même si l'on croit que des collaborations internationales ne sont pas nécessaires, je trouve que l'expérience montre que l'on ne peut pas se passer de ses voisins.

M. MASON

Premier point : la coopération est quelque chose de très utile. Je parlais de l'harmonisation des législations. Là, je suis moins sûr en ce qui concerne l'harmonisation de nos législations.

Deuxième point : la Grande-Bretagne n'est pas isolée, c'est le reste de l'Europe qui est isolé !

Mme HANSEN

M. Alevantis n'a pas parlé d'harmonisation. Je ne pense pas avoir parlé d'harmonisation dans cette synthèse. Ne nous faites pas de faux procès.

M. ALEVANTIS

Le mot " harmonisation " est un mot proscrit. Je ne l'ai jamais prononcé.

Mme HANSEN

J'ai trouvé que l'intervention nous a permis d'apprécier l'humour anglais.

ALLOCUTIONS DE CLÔTURE

M. PANAGIOTIS ALEVANTIS

représentant le chef de l'Unité "Protection civile"
DG XI - Commission Européenne

M. DIDIER MONTCHAMP

Directeur de cabinet
représentant le directeur
de la défense et de la sécurité civiles
Haut-Fonctionnaire de défense

Allocution de M. Panagiotis ALEVANTIS

**représentant le chef de l'Unité Protection civile DG XI
Commission Européenne**

Je voudrais remercier chaleureusement l'INESC pour l'organisation de cet excellent atelier qui commence ce projet majeur sur la médecine de catastrophe.

Je vous prie d'excuser M. BARISICH, mon chef, qui a été retenu à Bruxelles pour un banal problème de ressources.

J'ai suivi avec grand intérêt les travaux. J'ai essayé d'intervenir le moins possible, surtout avec des mots proscrits.

J'ai constaté que l'Europe est différente, nous le savons, mais cela fonctionne.

On a dit que les pays ne peuvent pas changer leur système. Je veux vous poser cette question : que se passe-t-il, d'un point de vue de la qualité des services offerts, lorsqu'un suédois est en Suède ou qu'il est en vacances dans un pays du sud ?

Que se passe-t-il pour un français, habitué à un niveau de qualité de services en France, quand il est en Espagne ou en Irlande ?

Ne pas toucher aux structures, mais établir certains niveaux de qualité pourrait peut-être aider à faire avancer les choses.

J'ai aussi constaté que les objectifs que nous nous sommes donnés, en collaboration avec les pays du *Core Group*, correspondent assez bien aux besoins. Je ne sais pas si c'est parce que, au début, j'ai présenté les objectifs et que vous vous y êtes adaptés, mais je pense que c'est plutôt le contraire, que les objectifs que nous nous sommes donnés correspondent aux vrais besoins. Evidemment, il y a à faire. J'ai constaté un problème de communication et ce problème de vocabulaire a été évoqué.

Dans d'autres disciplines, il y avait le problème de communication en cas de catastrophe, les radiocommunications, les communications pratiques et le problème de communication avec les médias. Je ferai une extension pour évoquer aussi le problème de communication entre nous, le problème psychologique, le soutien.

Je pense que l'on va réfléchir avec le *Core Group* pour voir ce qui peut être planifié.

Du côté des leçons apprises, il y a une initiative au niveau de la Commission qui sera sous peu mise en oeuvre. Il s'agit d'une analyse de plusieurs catastrophes naturelles avec des fiches analytiques. Probablement, va-t-on proposer une méthodologie sur base volontaire pour étendre à d'autres catastrophes.

Finalement, il s'agit de développer une approche européenne concernant le domaine de la médecine de catastrophe.

Souvenez-vous que, quand Robert Schuman a fait sa déclaration pour mettre sous autorité unique le charbon et l'acier européen, il a fait une déclaration invitant les britanniques à se joindre à lui. Ils ne l'ont pas fait dans un premier temps, ils ont dû le faire un peu plus tard. Si Schuman avait proposé une monnaie unique, il aurait été complètement hors du contexte. Aujourd'hui, la monnaie unique est là. C'est une réalité, même Monnet n'aurait pas pu l'imaginer.

Souhaitons-nous procéder par petits pas sur des choses qui nous unissent ? C'est la méthode européenne. Voulons-nous garder chacun notre doctrine, chacun notre point de vue, notre façon de travailler, comme les différentes écoles qui sont représentées au Louvre ? Souhaitons-nous arriver à des systèmes interchangeables qui peuvent fonctionner ensemble comme les pièces détachées d'une voiture ? Voulons-nous d'un système comme celui des avocats ou des médecins qui peuvent exercer d'un pays à l'autre avec leurs connaissances mutuelles ?

Nous ne pouvons pas nous prononcer. Ce qui est le plus important, c'est de prendre conscience, petit à petit, que ces questions de protection civile au niveau communautaire méritent un soutien politique approprié et quelques articles dans le traité, ainsi qu'une approche plus commune pour arriver à quelque chose que nous ne pouvons même pas imaginer, comme Schuman ou Monnet n'ont pas pu imaginer cette Europe que nous connaissons aujourd'hui.

Merci beaucoup pour votre attention.

M. Didier MONTCHAMP

Directeur de cabinet du DDSC

**représentant le directeur de la défense et de la sécurité civiles
Haut-fonctionnaire de défense**

Mesdames,
Messieurs,
chers amis de l'Union européenne,

Je voudrais d'abord vous dire tout le regret du préfet Jean DUSSOURD, le directeur de la défense et de la sécurité civiles française, qui avait prévu de venir clore vos débats, de ne pouvoir être parmi vous cet après-midi.

Vous savez que l'actualité va aussi vite que les débats théoriques et cette semaine, alors même que vous ouvriez vos travaux, en France, l'actualité de la catastrophe nous a rattrapés. Comme vous le savez, dans une petite vallée des Alpes, autour de Chamonix, mardi après-midi, une avalanche a détruit 17 chalets, a tué 11 personnes, et nous recherchons encore un douzième disparu.

Parallèlement, les conditions météorologiques sont tellement mauvaises, le risque d'avalanche est tellement présent que, dans cette même vallée, plusieurs dizaines d'habitants de hameaux isolés, ont dû être évacués de leurs maisons pour être regroupés dans des conditions de sécurité plus importante. Encore une fois, vos travaux prennent d'autant plus de relief qu'ils se situent au cœur d'une actualité qui est immédiate.

Je voudrais remercier, au nom de la France, l'ensemble des participants qui, par leur qualité et leur diversité, ont honoré de leur présence les travaux de ce séminaire.

Je voudrais remercier l'Institut national d'études de la Sécurité civile d'avoir permis l'organisation de ce séminaire et d'en avoir permis, je le souhaite, la réussite.

Votre séminaire s'inscrit dans une démarche de réflexions communes qui va s'étaler tout au long de cette année. D'ores et déjà, au cours de ce premier séminaire dont j'ai suivi l'avancement à distance, il m'a été rapporté toute la richesse des travaux qui ont été conduits et des débats qui vous ont animés.

Cette haute tenue des débats vous a permis d'analyser les différents aspects de la chaîne médicale d'urgence, organisation, techniques médicales, mais aussi psychologiques, stratégiques, juridiques et financiers.

Cette problématique de la médecine de catastrophe est au cœur de nos préoccupations. J'ai cru comprendre qu'il y avait des mots dont il fallait se garder de trop les utiliser. Je vais essayer d'avoir des mots simples en disant que, dans la chaîne des secours telle qu'elle est pratiquée en France, la médicalisation existe par essence à travers une médecine de l'avant qui est directement au contact de l'événement.

Ceci se traduit institutionnellement en France par une présence forte de la médicalisation. Le corps médical est directement intégré dans les structures de secours, que ce soit au sein des corps de sapeurs-pompiers qui ont leur service de secours médical, que ce soit au sein des unités d'intervention de la sécurité civile qui ont également leur corps médical à travers les médecins du Service de santé des armées, que ce soit au niveau de la médecine des services d'aide médicale d'urgence.

Cette stratégie qui est celle de la France, fait l'objet, en ce qui me concerne, d'une réflexion. Je ne suis personnellement pas qualifié à titre technique pour porter un jugement sur cette qualité. Je dois noter néanmoins que cette intégration forte dans la chaîne de l'urgence paraît pour les français un acquis important.

Au-delà, y a-t-il une médecine de catastrophe qui se situe au sein d'une médecine d'urgence ? Toute pratique médicale n'est-elle pas par définition dictée par l'urgence ? Qu'est-ce qui peut la distinguer ? Serait-ce le nombre des victimes, l'ampleur des victimes concernées ? Serait-ce que l'intervention va se situer au cœur de l'événement, que l'intervention médicale va se situer alors que l'événement même, dans un bon nombre de cas, continue à se dérouler ? Serait-ce dû, également, à une très forte déstabilisation psychologique des victimes frappées par l'événement qui constitue un choc, des victimes, mais aussi des acteurs ?

Au plan européen, je crois que votre séminaire a bien illustré combien cette confrontation des pratiques et des stratégies est nécessaire pour avancer et pour progresser.

Notre organisation des secours et l'intégration de la chaîne médicale dans ces secours est fonction de la longue histoire de chacun de nos Etats, des traditions propres à chaque Etat, de sa culture propre, de son organisation qui lui est propre.

Je crois, pour le court terme, qu'il serait vain de vouloir plaquer un modèle unique sur la diversité et la richesse des expériences multiples, même si,

encore une fois, de la confrontation et de l'échange, on peut tirer des enseignements précieux pour que chacun puisse progresser et évoluer.

L'un des premiers problèmes est de s'entendre sur le vocabulaire. La mise au point d'un glossaire des termes, des expressions, apparaît comme un préalable qui est important.

Si l'on voulait voir comment intégrer une approche européenne commune de la médicalisation en termes de secours ou de catastrophe, je crois que l'on pourrait s'interroger sur ce qui se passerait si celle-ci entendait se doter d'un outil multinational d'aide aux victimes dans le cadre de catastrophes majeures. On sait combien ces catastrophes majeures peuvent, dans les zones intertropicales ou équatoriales, être fréquentes, avec des risques naturels extrêmement forts. Ce serait là l'occasion, sur un terrain vierge, de pouvoir illustrer comment une pratique européenne commune pourrait se créer sur des bases nouvelles.

D'ores et déjà, on a constaté, à l'issue de ce séminaire, des points de convergence importants qu'il est utile de conforter sur peut-être deux orientations :

- celui d'échanges communs en termes de formation,
- celui également d'échanges communs en termes d'entraînements, d'exercices conjoints entre les pays.

Pour ces perspectives qu'il conviendrait de conforter, je crois qu'il est important que les différents intervenants d'aujourd'hui continuent par leur implication personnelle à suivre l'évolution des réflexions de manière à ce que ce cheminement qui va se dérouler pendant l'année 1999 puisse être un cheminement efficace. Pour leur part, les intervenants français y sont prêts.

Je voudrais terminer ces quelques mots en vous remerciant encore tous de votre venue parmi nous, de vous dire combien nous avons été honorés de vous accueillir à Nainville-les-Roches, à l'Institut national d'études de la Sécurité civile, vous souhaiter à tous un bon retour dans vos pays, en espérant avoir le plaisir de vous accueillir à de prochaines occasions.

PRÉSENTATIONS LIBRES

Dr. Geert SEYNAEVE

**Chargé du secours sanitaire à la population civile
Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement (Belgique)**

Nous avons découvert ici qu'il y a quelques divergences entre pays. Mais si cela peut vous rassurer, en Belgique, nous avons l'impression de combiner, dans un seul pays, presque toutes les contradictions qui existent en Europe.

C'est peut-être pour cela que l'organisation médicale en cas de catastrophe, on peut la décrire comme un compromis entre trois structures.

On a d'abord les structures mobilisables de la chaîne fédérale de l'aide médicale urgente, disons normale, que l'on appelle en général le système CENT qui est basé sur la loi de l'aide médicale urgente de 1964. C'est un système qui fonctionne bien. Il est comparable à des concepts du Public Health de l'Angleterre. Ils ont passé contrat avec une structure nationale de l'Etat qui organise et centralise.

En second lieu, la médecine en Belgique est une médecine privée, une médecine de haut niveau, privée dans son fonctionnement, mais subventionnée par l'Etat. C'est le système de sécurité social fédéral qui prend en charge la presque totalité du coût de ce système de la médecine privée. Cela veut dire qu'il y a pas mal d'intérêts privés qui jouent dans la logique, dans la tarification et dans l'intervention de ces soignants et de la profession des hôpitaux.

En troisième lieu, et c'est quelque chose que l'on ressent dans tous les pays, en tant que ministère de la Santé publique, nous avons un peu l'impression ces derniers temps que le ministère de l'Intérieur a tendance à subordonner tous les services de secours inclus à la chaîne médicale. Cela veut dire que, souvent, il y a un esprit sécuritaire de l'ordre public qui prédomine sur la logique médicale.

Cela se fait, en Belgique, à travers des lois, mais aussi à travers la structuration de l'organisation médicale en cas de catastrophe par les gouverneurs des provinces qui sont des autorités comparables aux préfets en France et contrôlée plus ou moins par le ministère de l'Intérieur au niveau des provinces.

Si j'ai dit que le ministère de l'Intérieur joue un rôle prédominant, en fait, tout a commencé par les directives européennes qui ont été mises en loi belge par la loi dite de Seveso. C'est la loi "Seveso" qui organise plus ou moins toute l'intervention pour les cas de catastrophe chimique, et qui a été le modèle pour organiser toutes les catastrophes.

Donc, il y a deux législations importantes : un arrêté royal de 1990 qui organise les plans de catastrophe sur la base de la province et une circulaire ministérielle qui sert comme dénominateur commun pour toutes sortes de plans d'intervention et de préparation pour des catastrophes de toutes natures.

On peut faire une exception pour tout ce qui concerne le nucléaire, régi par un autre arrêté.

Enfin, il y a l'obligation, par un arrêté de 1991, d'organiser des plans MASH, des plans de catastrophe interne et externe pour les hôpitaux. La structure, en Belgique, en général, est relativement simple. On parle de quatre niveaux de plans d'urgence et d'intervention :

- ◆ Première phase, cela reste au niveau communal ;
- ◆ Deuxième phase, c'est la phase communale renforcée,
- ◆ Troisième phase, la plus importante pour la chaîne médicale, c'est la phase provinciale. Ma collègue Isabelle RENARD va vous expliquer comment l'on met en pratique ces plans de catastrophe provinciaux du point de vue de la santé publique. En fait, les plans provinciaux sont coordonnés par les gouverneurs.
- ◆ C'est seulement dans des vraies catastrophes d'une échelle assez grande que l'on arrive à la phase nationale où la coordination de tous les services de secours est faite par le ministre de l'Intérieur.

Il s'agit d'un système de cinq disciplines :

- discipline de secours qui correspond à des services d'incendie des sapeurs-pompiers.
- les secours médicaux et sanitaires.
- la police.
- la protection civile.
- les médias.

Concentrons-nous sur la discipline 2. Là, on fait la distinction entre ce qui est la stratégie et la tactique. Le responsable au niveau de la stratégie, conseiller du gouverneur, est l'inspecteur provincial d'hygiène situé dans une cellule de crise. Au niveau du terrain, le DSM, le directeur des secours médicaux, dirige les opérations concernant la deuxième discipline.

Les missions de cette discipline n°2 sont définies dans la loi. Cela veut dire que, entre les cinq disciplines, il y a une définition bien particulière. Tous les plans d'urgence sont organisés sur cette base.

Les missions de la discipline n°2 concernent :

- ◆ l'organisation du personnel et du matériel, les véhicules envoyés,
- ◆ le triage des premiers secours,
- ◆ le poste médical avancé,
- ◆ la régulation des transports ambulanciers afin de ne pas déplacer la catastrophe du terrain vers les hôpitaux,
- ◆ les mesures concernant les morts,
- ◆ l'aide matérielle et psychosociale,
- ◆ les mesures et directives d'hygiène et d'alimentation, ce que l'on a vu avec les dernières inondations.

L'inspecteur d'hygiène qui est un fonctionnaire d'Etat joue un rôle déterminant.

Quels sont les acteurs ? Les acteurs qui participent dans le système CENT sont les SMUR (services médicalisés d'urgence et de réanimation) qui partent des hôpitaux et qui sont actifs dans l'aide médicale classique, quotidienne, avec un infirmier spécialisé, un spécialiste de la médecine d'urgence (anesthésiste, interne, ou traumatologue). Les ambulances CENT participent à ce système de secours.

Pour les plans de catastrophe, nous mobilisons, en cas de nécessité, des ambulances ne faisant pas partie de ce système CENT qui font le transport entre divers hôpitaux et établissements.

Nous avons les hôpitaux qui ont un service d'urgence reconnu. Maintenant, il y a une législation plus sévère qui reconnaît seulement des services d'urgence qui fonctionnent selon des critères bien définis.

Il y a aussi les hôpitaux qui n'ont pas de service d'urgence reconnu, mais qui, dans certains cas, doivent être inclus dans le plan catastrophe.

Les médecins généralistes sont inclus également, mais ils ne jouent pas un grand rôle, quoi que cela dépende de la province.

On a la Croix Rouge qui est une organisation de volontaires ou semi-professionnels.

Il y a bizarrement des pharmaciens, les autres professionnels des soins de santé et même les vétérinaires. Mais je dois dire que l'on retrouve rarement des vétérinaires dans le plan actuel de catastrophe.

Ce que l'on a essayé de faire avec la Santé publique et les gens intéressés par la médecine de catastrophe, c'est d'éviter de dépendre trop du ministère de l'Intérieur et de leurs priorités. C'est pour cela que l'on a essayé de développer une doctrine que l'on appelle la doctrine de Gand où divers participants des universités, du ministère de la Santé publique, des hôpitaux, ont trouvé un accord informel, qui n'a pas de base légale, mais qui sert comme modèle pour organiser ce qui est difficilement organisable, c'est-à-dire la discipline n°2 où il

n'y a pas un corps spécial, où il y a des médecins, des hôpitaux privés qui interviennent. L'idée est de créer une certaine hiérarchie.

Cette doctrine de Gand essaye d'avoir une certaine cohérence dans les principes de santé publique afin d'éviter la subordination à l'Intérieur et la standardisation des plans provinciaux. En fait, c'est une doctrine qui a des directives flexibles pour pouvoir mobiliser les moyens et les personnels de secours ordinaires et le système d'appel unifié. Cela veut dire qu'au lieu d'avoir des individus, des ambulances ou des SMUR, on veut organiser cela d'une façon plus collective.

Développer un langage commun, on a déjà découvert que ce n'était pas facile. En Belgique aussi il y a beaucoup de différences. Il y a pas mal de particularismes dans les provinces, même dans certaines villes. Pour trouver un langage commun, ce document de Gand peut servir comme référence. Par exemple, on a défini des seuils d'alerte - ma collègue va revenir là-dessus - qui vont déclencher des actions immédiates du central d'appel, c'est-à-dire des actions qui ne nécessitent pas une décision ni d'une cellule de crise ni d'un directeur des secours qui ne se trouvent pas sur le terrain.

Ensuite, dans cette doctrine de Gand, on segmente l'action médicale, c'est-à-dire que l'on essaye de trouver quelques grandes lignes pour donner quelques fonctions et responsabilités spécifiques. Il y a l'aspect triage et catégorisation de l'urgence. Il y a l'aspect mise en condition, survie et prévention de séquelles et il y a tout ce qui est régulation.

C'est le schéma que suit la doctrine de Gand. Les grandes lignes se trouvent là :

- ◆ Sauvetage, cela se fait par la discipline (les pompiers),
- ◆ Triage préliminaire,
- ◆ Evacuation (début chaîne médicale),
- ◆ Poste médical avancé (enregistrement, triage, stabilisation, conditionnement, régulation).

Les différents médecins de SMUR ont une certaine définition des fonctions. Là, il n'y a aucune possibilité de fantaisie et certaines règles doivent être suivies.

Il en va de même pour l'évacuation. Ensuite, nous avons la phase réception - hospitalisation où nous avons certains plans qui prévoient des seuils minima. Les hôpitaux doivent garantir qu'ils peuvent recevoir un minimum de patients. Ainsi, on peut calculer d'avance combien de patients on peut y envoyer. Même pour les brûlés, il y a un plan spécial que l'on appelle le plan BABIT qui prévoit le nombre de places qu'il y a dans tous ces hôpitaux.

Sont inscrites les premières réactions prédéfinies. Les TAS sont bien définis dans cette doctrine de Gand : le premier contact, l'installation d'un poste de commande sur le terrain, les annonces faites par le premier intervenant. Ensuite on y trouve ce que l'on doit faire dans un bilan médical : le regroupement des victimes, l'installation des postes médicaux avancés, la relève des victimes, l'organisation du triage, la standardisation des principes, la mise en condition de l'évacuation.

Pour conclure, au niveau de la Belgique, un certain progrès a été accompli, mais il y a encore beaucoup de lacunes.

Dans les perspectives, nous planifions trois choses :

- ◆ améliorer cette doctrine, essayer de la développer, de développer ses points faibles et ses points ambigus, lui donner un cadre légal sans que ce soit une contrainte majeure, en tirer les conclusions financières et prévoir des dotations logistiques,
- ◆ faire une planification plus rationnelle, c'est-à-dire centraliser, systématiser, harmoniser, développer des modèles pour des services spécifiques, ce qui n'existe pas encore sur base rationnelle ou scientifique,
- ◆ tous les plans de catastrophe se limitent à une sorte de catégorie spéciale de médecine d'urgence, mais avec des conséquences à long terme. Si les gens ont vu Bhopâl, même Seveso, et si l'on regarde ce qui s'est passé à Amsterdam avec l'avion El Al, il faut avoir une stratégie pour les conséquences à long terme d'une catastrophe. On prévoit rarement de planifier.

Ces trois points sont des points d'urgence que l'on développera en Belgique.

Je laisse la parole au Dr RENARD.

Mme le Dr Isabelle RENARD.

Médecin-inspecteur pour la province de Liège (Belgique)

La province de Liège est dans la partie wallonne du pays. Elle a une superficie de 3 850 km² et comporte 1 million d'habitants. Il y a 15 hôpitaux qui collaborent au système de l'aide médicale urgente, 8 équipes médicales, 26 services d'ambulances qui assurent 45 départs d'ambulances.

Le plan provincial médical d'urgence, c'est la partie médicale, le volet médico-sanitaire des plans d'urgence et d'intervention qui sont soumis à l'autorité du bourgmestre dans le cadre de la phase communale dont vous a parlé mon collègue ou sous l'autorité du gouverneur dans sa phase provinciale. Là, il y a déjà une distance qui se fait, c'est que le plan provincial est tout de suite à un niveau provincial parce que nous n'avons pas assez de moyens communaux pour faire face à une urgence communale. Nous passons directement, au niveau médical, à une phase provinciale pour rassembler assez de moyens.

Dans le cadre législatif qui a été brossé brièvement, vous avez vu qu'il y a eu différentes lois, la plupart organisées par le ministère de l'Intérieur.

Dans les lois de 1963 et de 1971, on disait simplement : l'inspecteur d'hygiène est responsable de l'organisation et de la direction des secours médicaux et sanitaires à la population.

Dans les plans Seveso on confiait cette organisation à l'inspecteur d'hygiène : une série de missions très importantes, mais sans définir les moyens.

Finalement, je pense que la loi la plus facile pour régler les problèmes de la catastrophe, c'est la loi de 1964 qui est relative à l'aide médicale urgente, parce qu'elle a le grand avantage de ne pas définir ce qu'est une urgence. Donc, une urgence peut être individuelle ou collective. Elle explique dans son objectif que c'est la dispensation immédiate des secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé, par suite d'un accident ou d'une maladie sévère, requiert une intervention urgente, après un appel au système central par lequel sont assurés les secours, le transport et l'accueil dans un service hospitalier adéquat.

C'est la meilleure loi. Comme il n'y a pas de différence conceptuelle, à mon avis, entre l'aide médicale urgente quotidienne et les secours médicaux en cas de catastrophe, que l'urgence individuelle ou l'urgence collective requiert les mêmes moyens et les mêmes procédures, à l'exception de la coordination et

des renforts éventuels, c'est sur la base de la loi 64 que j'ai organisé mes différents plans de secours pour la province de Liège.

Le seuil de déclenchement, vous l'avez vu, a été défini dans la doctrine de Gand. Il peut paraître mineur, par rapport à tous les termes de catastrophe, désastre, etc., c'est pour cela que je me maintiens à la définition d'urgence collective. C'est 5 blessés graves, plusieurs blessés légers ou 10 blessés de pathologie inconnue.

Si l'on s'en tient à la définition que la catastrophe est une inadéquation des moyens par rapport aux besoins (sur l'aide médicale urgente au quotidien, on envoie une ambulance, un SMUR, un médecin est vite dépassé par 5 blessés graves), il vaut mieux tout de suite prévoir le renforcement des moyens. Les moyens sont mis en œuvre directement par le préposé CENT. Il y a trois équipes médicales, 5 ambulances, et on envoie directement, en province de Liège, le poste médical avancé et les coffres médicaux. C'est une logistique de la Santé publique qui permet de prendre en charge 100 blessés :

- Un camion de télécommunication de la protection civile,
- des infirmiers urgentistes qui permettent de faire la gestion du stock médical,
- l'inspecteur d'hygiène provincial (moi-même),
- les hôpitaux CENT qui pourraient être concernés afin qu'ils puissent mettre éventuellement en alerte leur plan de mise en alerte de services hospitaliers, les plans MASH,
- le service de secours de la Croix Rouge,
- le centre de psychologie de crise dont M. QUINTYN vous a présenté l'évolution hier.

Ces moyens sont mis en œuvre en première intervention dès que le seuil est atteint, parce que j'ai constaté par expérience que, si l'on attend la première évaluation du médecin pour envoyer ces premiers moyens, on perd beaucoup de temps. Je préfère qu'ils partent d'office, qu'ils soient désengagés après la première évaluation éventuellement, mais notre camion qui est fourni en matériel est assez lourd à déplacer. Il lui faut 45 minutes pour arriver sur tous les lieux de la province. Quand on tarde à l'appeler, il arrive souvent trop tard.

Le but de ce plan provincial médical d'urgence, c'est d'organiser avec des moyens médicaux et sanitaires de diverses origines qui n'ont pas l'habitude de travailler sous l'autorité de quelqu'un, afin de réaliser ensemble une chaîne de soins et d'évacuation unique sous l'autorité opérationnelle du directeur médical des secours qui se trouve sur le terrain et sous l'autorité administrative de l'inspecteur d'hygiène qui se trouve au PC de crise chez le gouverneur.

Pour pouvoir entrer cet objectif d'une réalisation en commun, chaque intervenant a des fiches d'action, des fiches de consigne claires, précises. On revoit, après toute situation particulière, les consignes qui sont inscrites sur ces fiches.

Pour l'année 1998, nous avons dû faire face à une intoxication collective au CO. 99 personnes ont dû être transportées.

Vous avez certainement entendu parler de l'explosion du camion en pleine ville avec un incendie : 2 décédés, 63 personnes intoxiquées.

A Liège, il y a eu une intoxication collective au CO dans une école maternelle, 116 enfants de moins de 4 ans ont été intoxiqués. 69 ont été traités sur place avec le matériel logistique.

Nous avons eu récemment le déraillement d'un train de voyageurs avec 4 blessés graves à prendre en charge.

J'en ai terminé. Merci beaucoup.

M. le Professeur de médecine Bernard NEMITZ

Faculté de médecine d'Amiens (France)

En quelques minutes, nous allons essayer de vous présenter l'enseignement de médecine de catastrophe tel qu'il a été développé en France depuis maintenant 17 ans.

Je rappelle qu'il y avait déjà eu dans le courant des années 70 en France, une prise de conscience de la nécessité d'une formation spécifique des médecins voulant être utiles en situation de catastrophe, non pas tant parce qu'il y avait à mettre en évidence de fortes spécificités dans l'acte médical, encore que l'on a vu par la suite qu'il y avait à acquérir des compétences spéciales dans ce domaine, mais surtout parce que les médecins n'apparaissaient pas, de par la formation de base, préparés à prendre en compte des considérations logistiques, stratégiques et tactiques pour faire face à ces situations exceptionnelles.

Très précisément, c'est lors de la première intervention d'équipes médicales françaises en Algérie, au moment du tremblement de terre de El Asnam, où il y a eu cette prise de conscience de la nécessité de mieux préparer les équipes à ce type de situation.

A Créteil, a été créé, par le professeur Pierre Huguenard, le premier diplôme d'université de médecine de catastrophe, en 1981. Ce premier diplôme avait, comme objectif, de permettre que les médecins intervenant dans ces situations exceptionnelles, en France ou à l'étranger, soient plus à même de s'intégrer dans des équipes performantes.

Les objectifs de cet enseignement se déclinent ainsi :

- ◆ préparation des médecins à intervenir sur les lieux de sinistres ou de catastrophes naturelles, technologiques ou de société, conflits armés ou accidents entraînant des victimes et dégâts en nombre,
- ◆ préparation des médecins à participer à l'organisation des secours et aux soins médico-chirurgicaux de masse dans le cadre d'une doctrine préétablie, à laquelle nous contribuons tous et à la définition de laquelle le séminaire a notamment travaillé depuis deux jours,

- ◆ acquisition par ces médecins d'une véritable culture de la catastrophe et du risque, différente de celle de la mise en œuvre des soins d'urgence quotidienne.

A partir de 1986, cinq ans après la première expérience de Créteil, il a été proposé au ministère de l'Education nationale français de reconnaître un diplôme national de médecine de catastrophe. Ce diplôme national s'appelle : " capacité de médecine de catastrophe ". Il fait l'objet d'une accréditation par le ministère. Certaines universités sont autorisées à le préparer et à le délivrer. Actuellement, il y a 9 universités qui sont habilitées à délivrer ce diplôme : les 8 qui figurent sur cette diapositive, auxquelles il faut ajouter l'université de Bordeaux, qui n'était pas dans la première vague, mais qui fait maintenant partie des universités habilitées à délivrer cette capacité.

Quel est le public concerné par cet enseignement ?

Il s'agit de médecins qui sont déjà médecins d'urgence. C'est un point sur lequel nous insistons beaucoup. Nous ne pensons pas que l'on peut faire valablement des médecins compétents pour les situations de catastrophe s'ils n'ont pas déjà une base suffisamment solide en médecine d'urgence.

La médecine d'urgence n'est pas une spécialité en France encore aujourd'hui, contrairement au Royaume-Uni ou à la Belgique. Par contre, nous avons depuis plusieurs années une capacité de médecine d'urgence qui constitue le minimum pré-requis pour, ensuite, pouvoir accéder à la formation de médecine de catastrophe.

Bien entendu, dans l'évaluation des candidatures pour la capacité de médecine de catastrophe, on tient également compte de l'expérience professionnelle que des médecins ont pu acquérir, soit dans la pratique civile, soit dans la pratique militaire, notamment dans les services d'urgence, entre autres les services de protection civile et des sapeurs-pompiers.

Cette exigence d'une formation initiale à la médecine d'urgence et d'une pratique de la médecine d'urgence pour, ensuite, acquérir la formation complémentaire de médecine de catastrophe, nous paraît absolument indispensable.

On ne fait pas la confusion des deux : la médecine de catastrophe se distingue de la médecine d'urgence. Nous pensons simplement qu'elle peut venir en complément, mais que faire la médecine de catastrophe sans avoir la compétence en médecine d'urgence quotidienne, n'est pas, de notre point de vue, adapté.

Le programme de la capacité de médecine de catastrophe, c'est un enseignement qui dure en gros trois semaines, si l'on prend la moyenne des

universités, de l'ordre de 80 heures d'enseignement théorique. Il porte sur les pathologies qui résultent des catastrophes, notamment, blastés, brûlés, intoxiqués, mais surtout il développe les aspects tactiques, stratégiques et logistiques, et, dans la tactique, la stratégie et la logistique des secours aussi bien pour les victimes de catastrophe dans les dispositifs de la France métropolitaine que dans les départements et territoires d'outre-mer ou dans les situations étrangères.

Le public que nous recevons dans nos universités depuis la mise en place de ce diplôme national, depuis 1986, est composé de médecins civils et militaires français travaillant dans les services d'urgence hospitaliers, chez les sapeurs-pompiers.

Ces médecins civils et militaires français ont toujours eu à leur côté, dans nos différentes universités, des médecins étrangers qui venaient plus particulièrement des pays de la sphère francophone ou de la sphère européenne latine, donc de Belgique, de Suisse, d'Italie et d'Espagne.

Egalement, nous accueillons régulièrement des médecins qui viennent des pays francophones d'Afrique, notamment des pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie), mais aussi d'Afrique noire. Ce sont des médecins qui s'inscrivent chaque année dans l'ensemble de ces universités.

Nous avons également mis en place des formations spéciales pour les infirmiers, formations qui complètent pour les infirmiers ce que nous faisons pour les médecins. Voilà le cadre général de l'enseignement que nous assurons.

Pour cet enseignement aux médecines de catastrophe, les universités ont besoin de faire appel à des compétences variées en matière d'intervenants. Nos intervenants sont évidemment des médecins d'urgence, mais aussi des médecins militaires ayant différentes spécialités, des spécialistes de la toxicologie, de la médecine nucléaire, de la médecine légale, des spécialistes de la sécurité au sens large et de la gestion des risques, et des spécialistes des moyens de communication qui ont pris une place de plus en plus importante, ces dernières années, dans la gestion des crises et des situations de catastrophe.

Il n'y a pas d'enseignement valable dans ce domaine sans exercices pratiques sur le terrain. Toutes nos universités terminent obligatoirement chaque session de formation par un exercice en vraie grandeur sur le terrain, organisé conjointement avec le service départemental de sapeurs-pompiers, la gendarmerie, la police.

Voici quelques illustrations d'un des exercices que nous avons faits dans nos universités avec nos partenaires de la Croix Rouge et des sapeurs-pompiers.

Les médecins sont mis en situation la plus réaliste possible, avec des victimes grimées. On leur demande d'appliquer sur le terrain les techniques de triage, de mise en condition, de stabilisation des patients, et d'organisation des évacuations.

Bien entendu, l'exercice comprend aussi la mise en œuvre d'un poste de commandement opérationnel interservice. C'est pour l'ensemble de nos services l'occasion de faire, une fois par an, une mise à niveau de notre travail interservice entre les trois grands types de services concernés (pompiers, SAMU, service hospitalier, et les services d'ordre). Ces exercices déplacent des moyens importants. C'est relativement coûteux pour l'ensemble des partenaires. Mais nous considérons tous que le coût induit par cet exercice est largement compensé par le bénéfice que tous les intervenants tirent de l'opération, non seulement les médecins et infirmiers qui ont suivi la formation, mais aussi les services qui bénéficient annuellement d'une remise à niveau de leurs connaissances dans ce domaine de la gestion des situations exceptionnelles, des situations de crise.

Le Dr Bernard VIALA va compléter cette présentation en vous montrant comment cette préparation de médecins français à une meilleure prise en charge des situations de catastrophe se fait en France dans les différents modes de réponse et comment il a pu y avoir des prolongements pour répondre à des demandes formulées par des pays étrangers et amis.

M. le Dr Bernard VIALA

Conseiller médical du DDSC (France)

Pour rebondir sur ce que vient de dire le professeur Bernard NEMITZ, je tiens à préciser que, en France, le but de la formation universitaire de la médecine de catastrophe c'est de former des médecins pour les mettre sur le terrain et en application le plus tôt possible.

Ceci implique que, pour être médecin dans les unités de la sécurité civile dont je m'occupe, ce diplôme est absolument obligatoire. Sans ce diplôme, nul ne pourra en aucun cas entrer dans nos unités et partir en intervention.

Il en va de même chez les médecins des sapeurs-pompiers chez qui ce diplôme est obligatoire, puisque ces médecins sont appelés non seulement sur les catastrophes en France, mais, comme on l'a vu récemment, sur les catastrophes à l'étranger. Cette formation est une formation pratique qui est mise en application immédiatement.

Tous ces médecins ont été formés selon une doctrine unique. Cette doctrine recouvre tout le territoire national, ce qui fait que lorsque différents intervenants participent à une catastrophe en France, que ce soit les sapeurs-pompiers, les unités de la sécurité civile, les SAMU, tout le monde parle le même langage, connaît la même organisation, donc, est parfaitement intégré à la chaîne des secours.

D'autre part, une chose également importante, c'est que tous ces gens sont des gens extrêmement spécialisés et que cette expérience est requise pour toutes nos missions à l'étranger. Pour ces missions, nous utilisons ce type de médecins avec leurs compétences. Il faut savoir que ces médecins sont spécialisés en médecine de catastrophe, mais également certains d'entre eux sont spécialisés en décontamination chimique, en décontamination nucléaire et dans tous les risques technologiques.

Pour donner une illustration de ce qui s'est fait ces dernières années, je reprends nos interventions sur catastrophe dans les différents pays. Nous sommes intervenus de cette façon, avec des équipes de chirurgiens spécialistes et spécialisés en médecine de catastrophe, chirurgiens des sapeurs-pompiers, qui sont partis intervenir en pleine guerre au Congo-Brazzaville où ils ont réhabilité complètement un hôpital chirurgical avec les moyens amenés de France.

De la même façon, des unités sont intervenues très récemment sur les cyclones à Saint-Martin, sur Haïti, sur Saint-Domingue ; là, cela représentait à peu près l'équivalent de 300 personnes mises sur le terrain. Elles sont intervenues en Amérique Centrale, au Honduras, au Nicaragua, au Guatemala, l'année dernière, au Cameroun. Chaque fois, ces interventions ont été faites par des gens formés à cette médecine.

Cet enseignement de médecine de catastrophe est fait en France avec des médecins français et avec des médecins des différents pays d'Europe qui viennent suivre notre enseignement. Nous faisons la même chose à l'étranger où nous faisons de l'enseignement : en Roumanie, en Afrique, au Cameroun.

Dans ces conditions, ce sont les enseignants français qui partent sur le pays faire de l'enseignement de la médecine de catastrophe en tenant toujours compte que l'on ne peut pas exporter à l'étranger une doctrine strictement nationale. Il faut donc savoir s'adapter au pays. Il n'est pas question, par exemple, lorsque nous faisons de l'enseignement en Afrique ou en Roumanie ou au Maghreb, de vouloir absolument imposer notre doctrine. Nous adaptons notre doctrine aux moyens locaux du pays, c'est ce que nous appelons travailler en partenariat.

Je voulais vous présenter tout cela pour vous donner une petite idée de la façon dont la France menait l'enseignement de médecine de catastrophe depuis plus d'une quinzaine d'années.

Un intervenant

Qui finance ces cours à l'université ? Est-ce que ce sont les universités elles-mêmes ? Les étudiants ? Ces médecins sont-ils rémunérés ?

M. NEMITZ

En ce qui concerne les frais de cours, c'est un enseignement universitaire. C'est donc le budget de l'université qui prend en charge la formation. Mais, et cela répond à votre deuxième question, les médecins qui viennent suivre cette formation payent des droits de participation.

Sachez que les droits de participation universitaires français sont particulièrement peu élevés. C'est bien le budget de l'université qui assure la prise en charge la plus importante. A titre indicatif, un étudiant qui veut suivre une formation universitaire du type de celle-ci paye en gros 2 000 francs français pour l'ensemble de la formation.

Certains médecins payent ces droits de participation de leur propre poche ; d'autres ont leur formation prise en charge par le service auquel ils participent. Il arrive que les services d'incendie et de secours qui envoient des médecins suivre les formations, payent les droits d'inscription pour ces médecins. Les deux systèmes existent. Globalement, la charge la plus lourde est supportée par l'université, c'est-à-dire par l'Etat.

Un participant

Y a-t-il un nombre limite de participants par cours ?

M. NEMITZ

Oui, tout à fait. L'accréditation donnée par le ministère, université par université, précise le nombre maximum de médecins que l'on peut accueillir dans chaque formation. Globalement, cela varie entre 20 et 30 étudiants par session pour que cela reste valable sur le plan pédagogique. Il y a de plus en plus une activité de travail en petits groupes. L'exercice final ne peut pas non plus rassembler 50 médecins à examiner simultanément.

Dr Reinhold RENNERT

Chirurgien - Croix Rouge autrichienne

Je suis chirurgien dans un hôpital autrichien de Burgenland, à l'Est de l'Autriche, près de la frontière hongroise. Je suis un médecin urgentiste. Il n'y a pas de diplôme d'urgentiste en Autriche. Je suis volontaire à la Croix Rouge où je travaille pour le département Urgences. Je représente la Société nationale autrichienne de la Croix Rouge internationale.

Il n'y a pas de système d'ambulances de SAMU d'Etat en Autriche. Plus de 85% des SAMU et des ambulances sont des services gérés par la Croix Rouge. Il existe un système d'ambulances de la ville de Vienne, mais dans le reste du pays, c'est uniquement la Croix Rouge qui assure les services d'urgence. Dans certaines parties du pays et dans deux ou trois régions, il y a quelques services d'urgence différents.

Nous sommes surtout une organisation de volontaires. Nous avons 31 000 volontaires dans notre société qui assure les services d'urgence. Comment sont-ils formés ?

Nous avons différents niveaux de formation, comme dans tous les pays.

- ◆ Le premier niveau concerne les premiers soins,
- ◆ Le deuxième niveau concerne les soins avancés avec intervention des sauveteurs qui viennent assister les médecins. Nous avons un mot spécial pour cela qui n'est pas facile à traduire, mais ils font le même travail que les infirmiers d'hôpitaux sur le terrain des urgences.

Nous avons une formation nationale pour ceux qui travaillent dans le domaine des catastrophes.

A la Croix Rouge, nous avons les incidents graves et là nos forces normales peuvent y faire face. Nous avons pour cela nos services d'ambulance et nos médecins urgentistes qui peuvent faire face aux incidents graves avec le matériel dont nous disposons dans nos services normaux et du matériel spécial.

Une catastrophe existe dès lors qu'elle est annoncée officiellement par le gouvernement. Cela a des incidences financières. L'aide financière débloquée dépend de la déclaration officielle d'un sinistre, ou d'un incident comme catastrophe.

Nous avons une définition juridique qui doit être officiellement déclarée par les autorités et nous avons notre définition en tant que Croix Rouge. C'est important pour nous parce que nous couvrons 85% du service d'ambulance et d'urgence dans le pays.

Nous avons 31 000 volontaires et 3 500 permanents salariés qui travaillent dans notre système d'accidents d'urgence. Chez nous, les médecins sont des urgentistes diplômés. Cela représente 80 heures de formation. Ils suivent une formation dans les services d'urgence. Le médecin doit être soit un généraliste soit un spécialiste. Il faut déjà être un médecin généraliste ou spécialiste avant de poursuivre cette formation à la médecine d'urgence.

Le système autrichien fonctionne en fonction du principe fédéral. Nous avons le niveau national, le niveau régional ou cantonal et le niveau local. Il y a une différence en ce qui concerne la médecine d'urgence selon que l'on travaille au niveau national ou au niveau international.

Au plan international, il faut collaborer avec le comité international de la Croix Rouge dont le siège est à Genève. C'est notre maison-mère en quelque sorte. C'est très important, parce que, lorsqu'une catastrophe survient quelque part, le premier envoyé sur place est un délégué du comité international qui évalue la situation. C'est lui qui décide de la suite à donner. C'est lui qui est responsable de la définition des missions de la Croix Rouge. Nos missions sont définies par le comité international.

Au plan national, nous travaillons avec les autorités nationales. Nous avons un service indépendant d'urgence et de médecine de catastrophe qui est prêt à intervenir à tous moments, 24 heures sur 24, dans des catastrophes nationales et internationales.

Nous avons des formations spéciales pour les personnes qui sont intéressées par la médecine de catastrophe. Je vous donnerai des précisions sur cette formation plus tard. Nous avons une formation aux premiers soins, une formation au transport dans le contexte d'une catastrophe.

Un mot sur notre matériel. Nos ambulances d'urgence normale représentent 2 000 véhicules. Nous avons des hélicoptères. La liste du matériel pour nos interventions sur les catastrophes est la suivante :

- ◆ Une cinquantaine de camions, 256 remorques que l'on peut accrocher aux ambulances et qui amènent le matériel sur le lieu de l'accident,
- ◆ 110 équipements médicaux pour les accidents graves et qui, ensemble, peuvent traiter une trentaine de personnes blessées. Ce matériel est transportable par les ambulances. Vous pouvez obtenir des synergies entre

tous ces équipements qui peuvent être réunis très rapidement et permettre de traiter un grand nombre de blessés,

- ◆ 350 tentes capables d'accueillir 3 700 personnes, 9 450 lits, 4 800 couvertures,
- ◆ une soixantaine de cuisines de campagne qui peuvent fournir 18 900 repas par jour pour, non seulement nos forces, mais aussi pour la population,
- ◆ une centaine de chiens spécialement dressés à la médecine de catastrophe. Ils sont intervenus en Arménie et ils ont été formés spécialement et beaucoup ont une grande expérience,
- ◆ des unités pour fournir de l'eau potable. Nous pouvons fournir 62 000 litres d'eau potable par jour. C'est très important.

Le comité international de la Croix Rouge a divisé l'aide en plusieurs divisions :

- L'aide médicale (communication et synergie),
- l'unité de réponse aux urgences,
- des unités qui fournissent de l'eau potable. Nous avons des ingénieurs qui peuvent, s'il le faut, en cas d'alerte dans une zone donnée, fournir de l'eau potable. Les ingénieurs et le matériel sont disponibles 24 heures sur 24.
- une vingtaine de stations de radio ondes courtes. C'est très important d'avoir des moyens de télécommunication. Nous avons des moyens de communication mobiles.
- des générateurs d'électricité et des équipements d'éclairage,
- des hôpitaux de campagne.

Voici quelques exemples de projets sociaux auxquels nous avons participé :

Nous avons participé au projet *neighbouring need* pour aider les peuples en Yougoslavie. Nous avons participé à des actions en Ouganda, en Somalie pour fournir de l'eau potable. Nous avons participé au Rwanda à l'accueil des réfugiés. Nous sommes intervenus en Roumanie à l'hôpital d'Esca.

Nous avons un budget de 130 millions de florins pour 1998.

M. PIRROS (Grèce)

Je voudrais dire que je suis un peu troublé quant au lien entre la Croix Rouge autrichienne et le Comité international. Vous n'avez pas parlé de la Fédération des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge. Je pensais qu'il y avait un mouvement de la Croix Rouge internationale et que l'ICC était une entité séparée, et que les sociétés nationales faisaient partie de la Fédération des Sociétés de Croix Rouge et du Croissant Rouge.

Est-ce que quelque chose a changé ? Est-ce qu'il y a un accord spécial entre la Croix Rouge autrichienne et le Comité international ?

M. RENNER

Il existe le Comité international et la LIGA qui est la ligue des sociétés nationales.

Au plan opérationnel, c'est le comité international. Il est le premier arrivé sur le terrain, il évalue les besoins et donne les ordres de mission aux différents pays membres de la Croix Rouge validés. Il faut évaluer la situation pour assurer la sécurité du personnel qui sera envoyé sur place. Les unités d'urgence, il y a 5 ans, nous ont dit qu'il fallait que nous amenions nos unités très rapidement sur la catastrophe. Ils ont mis en place ce système de stand by de 24 heures pour les unités spéciales. Tous les pays ne peuvent pas tout faire. Chaque pays a reçu une partie de la responsabilité et nous avons cette responsabilité d'un stand-by de 24 heures.

Dr Georg ROSENMAYR

Ministère de la Défense autrichienne

L'hôpital militaire de campagne.

Je suis un médecin qui travaille pour le ministère de la Défense à Vienne. Je suis responsable de la préparation médicale du personnel qui va à l'étranger, avec les troupes qui participent à des opérations de maintien de la paix dans le cadre de l'OTAN ou dans d'autres missions de ce genre.

Depuis quelques années, nous avons mis au point une approche modulaire de l'hôpital de campagne que je vais vous présenter.

L'idée d'une structure modulaire est de permettre aux directeurs des opérations de secours de déployer des équipements de traitement médical sur mesure pour les missions qui ont été définies, car il y a une centaine de personnes. Il y a du matériel coûteux et chaque catastrophe n'a pas besoin des mêmes moyens. Par moment, on a besoin de traiter d'urgence les blessés, parfois on a besoin d'unités de soins ambulatoires. Nous avons mis au point certaines structures modulaires pour adapter la réponse aux spécificités de la mission.

Au sein des forces armées autrichiennes, il y a plusieurs unités spécialisées et l'hôpital de campagne n'est qu'un exemple au sein du système.

Nous avons deux bataillons d'infanterie, une unité de reconnaissance de logistique et d'ingénierie et une unité de recherche et de sauvetage. La plus grosse unité médicale est l'hôpital de campagne, une centaine de personnes.

Nous avons une section médicale qui comprend une quarantaine de personnes qui apportent un soutien aux bataillons d'infanterie.

Nous avons des unités plus modestes qui comportent une quinzaine de personnes qui participent aux opérations de recherche et de sauvetage. Elles comprennent des spécialistes comme les pompiers responsables du sauvetage des personnes et de l'évacuation des personnes du site de l'accident. Pour soutenir les victimes, nous avons une petite équipe médicale dans cette unité de sauvetage.

Historiquement, ces activités ont commencé il y a une trentaine d'années. La première mission où l'Autriche a participé avec du personnel médical était en 1963 en Afrique, au Congo. Depuis, les forces autrichiennes ont fait des efforts afin de fournir des équipements bien structurés de traitement médical. Notre dernière grande intervention date de 1991, un grand hôpital de campagne en Iran.

Depuis 10 ans, nous avons participé à beaucoup d'exercices et à certaines opérations de sauvetage en Europe. Les tâches qui nous incombent vous seront présentées dans les diapositives suivantes.

Au sein des Nations Unies, nous devons pouvoir soutenir une mission impliquant 2 500 soldats. Il nous faut fournir toutes les ressources médicales nécessaires pour une force de 2 500 hommes. Tout le personnel de cet hôpital de campagne est du personnel volontaire, soit des civils, soit des militaires.

L'hôpital de campagne doit pouvoir fonctionner de manière autonome pendant 6 mois ou dans le cadre d'opérations de catastrophe pendant 2 mois.

La phase de préparation est très dure ; 3 ou 4 semaines pour une opération de catastrophe. L'hôpital de campagne doit être déployable en une quinzaine de jours.

Dans les opérations de sauvetage et de recherche, nous devons être plus rapides et nous sommes en train d'étudier les moyens d'être dans un délai de 12 heures avant de pouvoir décoller pour nous rendre sur le lieu de la catastrophe.

Certaines tâches ont déjà été mentionnées. C'est opérer sans l'infrastructure locale. Vous avez besoin d'électricité, de cuisine, de linge, de générateur, etc. L'un des grands enjeux est de pouvoir fonctionner sans les infrastructures normales.

J'ai déjà parlé du soutien des unités de 2 500 hommes dans des hôpitaux de campagne. Nous pouvons faire des opérations chirurgicales. Nous pouvons avoir 50 lits pour des périodes limitées de soin, pas seulement pour le soin primaire, mais dans certaines conditions quand il n'y a pas de transports disponibles. Nous devons pouvoir garder les patients pendant 15 jours ou 3 semaines.

Dans le cadre des missions humanitaires où les infrastructures locales ont été détruites ou sont absentes, nous devons pouvoir alimenter, non seulement le personnel, les patients, mais aussi les personnes qui viennent nous demander de l'aide dans le contexte d'une opération. Nous devons pouvoir maintenir un système de distribution pour la population locale autochtone. Cet hôpital de campagne contient maintenant 14 modules, y compris les moyens de transport.

Pour mieux comprendre l'organisation militaire de cette unité, je vous montre la structure organisationnelle de l'hôpital de campagne avec ses différents modules.

Voici l'une des options de la structure modulaire. Nous avons très peu d'abris en dur. Nous avons surtout des tentes. Cela présente des avantages et des inconvénients. Le système à tente rend l'hôpital très flexible, très souple, très projetable, mais également en termes de conception, de construction, c'est plus facile à construire, à mettre en place.

Je vais vous présenter les soins que nous pouvons dispenser. La médecine générale, une unité de chirurgie, la médecine interne et d'autres spécialités. Nous avons inclus les soins pédiatriques. Nous avons créé un nouveau module qui traite des maladies tropicales.

En ce qui concerne la chirurgie, nous avons une salle d'opération équipée pour la chirurgie viscérale, traumatologie et la possibilité de traiter les femmes également. Les avantages, c'est que ce système permet, non seulement de sélectionner le matériel de façon modulaire, mais le personnel qui travaille au sein de ce module est réparti de manière modulaire. Le profil du personnel doit correspondre aux objectifs de chaque module. Un module doit avoir la formation, le matériel, les ressources humaines adaptées aux objectifs, aux tâches qui lui incombent.

Notre rôle est d'aider à la recherche et au sauvetage, d'apporter un soutien aux troupes qui font des opérations de maintien de la paix dans le cadre des Nations Unies et d'aider dans le cadre de catastrophes humanitaires.

Il est très important d'avoir un cadre légal et logistique. Il faut qu'un pays ou que la Communauté internationale comme l'Union européenne nous demande notre hôpital de campagne. Nous perdons parfois beaucoup de temps, mais cela nous donne un délai plus long de préparation, car il se passe plusieurs jours avant que la demande arrive des autres pays de la Communauté internationale. Ces modules sont maintenus de manière régulière. Le personnel s'entraîne régulièrement.

Pour conclure, j'aimerais dire que l'armée autrichienne ne voit pas la médecine de catastrophe comme la chose la plus importante. Nous pensons qu'il s'agit d'interventions au sens large, de réactions aux catastrophes. Cela dépasse l'objectif purement médical. Il s'agit d'apporter un soutien, une aide.

Merci de votre attention.

Mme le Dr Adriana VOLPINI

**Département des secours d'urgence
Direction de la Protection civile italienne**

(Projection d'une vidéo sur la coulée de boue de Sarno et Quindici)

Cette catastrophe s'est déroulée de 14 heures jusqu'à 20 heures.

- ◆ 160 morts à Sarno
- ◆ 11 morts à Quindici

La différence est due sûrement au maire de Quindici qui a appliqué immédiatement un plan d'évacuation. Toute la population a été évacuée en 2 heures. Parmi les 11 morts de Quindici, 2 faisaient partie des unités de secours.

A Sarno, au contraire, le maire n'a rien fait. Il était loin. Les personnes étaient tranquilles parce qu'il y a souvent des coulées de boue.

Sarno et Quindici sont deux communes qui sont près du Vésuve. Cette proximité a déterminé la cause de la coulée de boue. Il y a la roche et des matériaux volcaniques qui sont situés sous la roche. La perturbation qui s'est manifestée sur la zone a provoqué le glissement de terrain. Il n'y a pas eu de déboisement sur cette zone.

Vous pouvez voir que la coulée de boue a recouvert le premier étage des maisons. Dans la nuit du 3 au 4 mai, l'évacuation a duré plus de 48 heures. Dans la journée du 4 au 5 mai, les phénomènes météorologiques sont devenus persistants, mais ils n'ont pas manifesté une intensité de caractère exceptionnel. La chaleur était très élevée.

Jusqu'à 17 heures, aucune communication concernant la situation particulière n'est parvenue. A 18 heures, la préfecture d'Avelino (province de Sarno) a signalé un débordement dans le territoire et a communiqué la nécessité de retrouver et de sauver les habitants réfugiés dans les zones les plus difficiles.

Immédiatement, on a préparé l'intervention d'hélicoptères militaires équipés pour le vol nocturne et spécialisés en sauvetage par treuil. Ils ont effectué de nombreuses interventions et ont sauvé 80 personnes.

A la préfecture d'Avelino, on a constitué une cellule de crise. Le Département de la protection civile a commencé la coordination des interventions. 200 lits

complets et 1 000 couvertures ont été livrés. La population de Sarno, deux heures après la vague, était réunie dans les écoles, dans les auberges, dans les hôtels à proximité. 500 personnes étaient sans abri.

L'éboulement a dévasté une grande partie de Sarno. L'hôpital qui était doté de 62 lits dont 29 pour la chirurgie et 14 pour l'orthopédie a décidé d'envoyer des médecins, des infirmières, une auxiliaire afin de prévoir des visites improvisées. 15 patients hospitalisés et parents présents dans le premier étage de l'hôpital ont été déplacés dans les étages supérieurs. Le sous-secrétaire qui coordonnait l'unité de crise s'était installé près du site de Sarno.

Les forces qui sont intervenues sont les sapeurs-pompiers, les volontaires, les militaires.

Dr Demitrios PIRROS

Centre national des soins d'urgence (Grèce)

Je vais vous présenter l'unité spéciale de médecine de catastrophe.

Mesdames et Messieurs, mes chers collègues. Je vous souhaite la bienvenue à ma conférence.

Je commencerai par vous donner des informations sur l'organisation de notre centre national de consultations avant de vous parler de l'unité spéciale. La Grèce est un très petit pays de 10 millions d'habitants. La démographie évolue en été, puisque vous avez 10 millions de touristes qui viennent s'ajouter aux 10 millions d'habitants, mais la plupart d'entre eux se rendent dans les îles grecques et non pas sur le continent. Il faut savoir que 5 millions de Grecs habitent la zone du grand Athènes. Ces modifications démographiques posent beaucoup de problème dans la gestion des urgences.

Le centre de consultations est l'unique fournisseur de soins pré-hospitaliers en Grèce. Il a été créé en 1985 par la fusion de plusieurs services ambulanciers qui existaient à l'époque. Il est géré par un conseil d'administration et un conseil scientifique. Le conseil scientifique est une entité qui est responsable devant le conseil d'administration. Mais le conseil scientifique a également un comité de formation et d'éducation. Nous avons embauché 500 personnes de plus, ce qui fait que nous avons près de 2.000 employés.

Les soins de base, les soins quotidiens sont fournis par l'ambulance que vous voyez à l'écran qui est conduite par deux personnes.

A gauche, vous avez une ambulance type. A droite, nous avons quelques unités mobiles de soins intensifs qui fonctionnent dans les grandes villes grecques avec deux personnes à bord plus un médecin. Ce que vous voyez, là, c'est l'unité de soins intensifs mobile. Et vous voyez l'équipement médical dont dispose ces nouvelles unités mobiles. Nous avons équipé 75 unités mobiles de moyens de réanimation modernes.

L'une des choses les plus importantes que je voudrais partager avec vous, c'est notre formation. Je vais vous parler de la formation de nos équipes d'ambulanciers.

70 % de nos équipes d'ambulanciers ont une année de formation avant de rejoindre le service d'ambulances, grâce à un programme sur 5 ans financé par l'Union Européenne. Cela a été géré pendant 5 années de suite. Depuis 1994, nous avons eu beaucoup de personnel formé au service ambulancier. Puis, chaque année, il y a un programme de formation continue, un séminaire d'une semaine suivi d'un examen. Nous l'avons complété par un programme sur deux années par la création d'une école de formation aux ambulanciers d'urgence et nous espérons que ce programme démarrera au mois de septembre.

En ce qui concerne les médecins, il y a un programme annuel à la médecine pré-hospitalière d'urgence qui a lieu dans quatre centres de formation à travers l'ensemble du pays. Ce programme prévu sur une année vous donne le titre officieux d'urgentiste, car il n'existe pas d'urgentiste en Grèce. Les urgentistes n'existent qu'en Belgique et au Royaume-Uni en tant que spécialité reconnue par l'Etat. Mais il existe un manifeste européen d'urgentiste qui indique clairement que l'urgentiste est quelqu'un qui a déjà une spécialité et qui ajoute une formation de deux années à la médecine d'urgence.

L'une de nos activités de formation en tant que médecin est de former d'autres personnes. Nous pensons que c'est la meilleure façon de nous recycler tout en formant les autres. Nous faisons cela en formant les infirmières et autres catégories spécifiques de la population.

Quand une catastrophe a lieu, l'unité spéciale de médecine de catastrophe est un service volontaire au sein du service d'ambulance qui s'adresse aux employés, aux médecins et aux ambulanciers du service d'ambulance. Quand une catastrophe a lieu, vous n'avez pas à chercher en dehors du personnel d'ambulance pour trouver de l'aide, vous prenez les personnes qui y travaillent déjà et vous les transformez en unité spécialisée de gestion de catastrophe, tout en mobilisant les ressources supplémentaires de sorte que le flux quotidien du travail n'est pas perturbé. Tout ce que nous devons faire, c'est former le personnel. C'est une unité de réponse rapide. - elle pourrait être aéroportée - avec des guides médicaux préemballés. C'est quelque chose de différent de ce qui existe pour la gestion du quotidien.

Jusqu'à maintenant, en tant qu'unité spécialisée, nous avons déjà accompli des missions concrètes. Nous avons eu à gérer différents tremblements de terre. 50 % de toute l'activité sismique européenne se produit en Grèce. Nous sommes intervenus également à l'occasion d'une attaque terroriste contre un car de touristes grec.

En Grèce, nous fonctionnons - lors de réponse aux catastrophes - sous l'égide du Secrétaire général de la Protection civile dépendant du ministère de l'Intérieur. Nous devons fonctionner en interdépendance avec nos collègues de

la lutte contre l'incendie et les ingénieurs de génie civil. Les ingénieurs du génie civil jouent un rôle prépondérant pour assurer la sécurité des victimes.

Vous connaissez notre philosophie : nous voulons que notre équipe soit petite, mobile, complète, autonome et indépendante, surtout quand nous devons aller à l'étranger. Nous avons organisé les "Olympiades 1997" impliquant du personnel militaire des forces aériennes bulgares, roumaines et des Pays-Bas dans le cadre des partenaires de l'OTAN pour la paix. Nous étions les seuls entités civiles, non militaires qui ont été invitées parce que le scénario impliquait la réponse à un tremblement de terre.

S'il n'y a pas de questions, avant de vous quitter, je voudrais vous inviter au 11^{ème} congrès de l'association mondiale de la médecine de catastrophe à Osaka au Japon du 10 au 15 mai 1999.

M. Wolfam GEIER

**Chef du département des services de secours
Arbeiter Samariter Bund (Allemagne)**

Je voudrais vous remercier de m'avoir invité à assister à ce séminaire très intéressant concernant le rôle de notre médecine en Europe.

Je voudrais faire une présentation du programme du ministère de l'Intérieur allemand afin de vous donner un aperçu des activités relatives à la gestion des catastrophes en Allemagne.

C'est une situation complexe, notamment à cause de notre situation politique, puisque, comme vous le savez, notre pays est divisé en Lander.

Nous nous occupons aussi bien des problèmes de catastrophes naturelles que d'autres catastrophes. Notamment, en cas d'inondations, nous avons un système de détection précoce qui marche très bien avant de pouvoir prendre les mesures nécessaires.

L'Allemagne est un pays très industrialisé et nous sommes très vulnérables en ce qui concerne les accidents chimiques ou nucléaires. Nous n'avons pas connu véritablement de grandes catastrophes en Allemagne, sauf bien sûr en 1998 l'accident de l'ICE.

Le contrôle de la médecine de catastrophe est dévolu au secteur public. Le gouvernement fédéral est responsable de la défense civile et de la protection des citoyens. Les 16 Lander, quant à eux, sont responsables, au plan législatif, des premiers secours, du service des pompiers et du contrôle des catastrophes. Les différents Lander sont également responsables de l'organisation de tous ces services.

Le système allemand est basé sur le principe de la subsidiarité entre le secteur public et le secteur privé. Il y a beaucoup d'associations privées impliquées dans la gestion des catastrophes. En Allemagne, nous avons des associations publiques et privées qui travaillent ensemble.

Des organisations ou associations reconnues par l'Etat, peuvent travailler avec le secteur public. Parmi eux, les Samaritains. Ces différentes associations sont intégrées au niveau de l'Etat. Il y a une collaboration très étroite entre elles en ce qui concerne l'accomplissement de leurs tâches.

La Constitution allemande permet également l'utilisation des Forces Armées lors d'une catastrophe. Grâce à cette assistance militaire, nous avons un soutien important en ce qui concerne des accidents en mer ou lors d'accident comme l'ICE.

Nous avons beaucoup de bénévoles sans formation, mais qui sont vraiment la colonne vertébrale de notre association. Nous savons que ces bénévoles sont vitaux non seulement au niveau de l'assistance qu'ils peuvent procurer, mais au niveau de l'assistance financière pour les dons qu'ils peuvent apporter. Ces associations ont été créées au milieu du 19^{ème} siècle et, dès lors, plusieurs tâches en ce qui concerne la prévention et l'assistance lors des catastrophes sont de leur responsabilité. Leur tâche principale est d'assister les pompiers, le service des premiers soins et la Croix Rouge lors de catastrophes naturelles.

Après la guerre, nous avons créé un comité de contrôle des désastres entre les différents Lander.

Le financement de tout ce système n'est possible que grâce à ce système quasi militaire qui est très structuré. On peut également offrir une formation aux bénévoles et au personnel de ces différentes associations.

80 % des différents services en cas de désastre sont effectués par des professionnels. Il y a un potentiel énorme grâce à toute cette expérience dans le domaine de la médecine de catastrophe. Nous avons des unités qui sont organisées pour la formation de chaque membre de l'équipe afin de pouvoir encourager une coopération la plus étroite possible.

Vous voyez les chiffres : en ce qui concerne les bénévoles, nous avons environ 3 millions de pompiers bénévoles, 64.000 travaillent pour le soutien technique et 90.000 dans les associations de secouristes. 90 % sont des bénévoles qui travaillent sans être rémunérés. Ces bénévoles peuvent remplir ces tâches soit en tant que bénévoles non rémunérés, soit en tant que salariés à plein temps.

La loi fédérale fait en sorte que les personnes, qui ne veulent pas effectuer leur service militaire, peuvent travailler dans la défense civile (40 %). Ils peuvent recevoir une formation relative à la médecine de catastrophe. Cette formation est payée par le gouvernement fédéral. Nous effectuons des formations continues et techniques pour toutes ces personnes, qui sont financées par les Lander et le gouvernement fédéral.

Plusieurs milliers de professionnels travaillent dans chaque Land à ce niveau-là. Les formations sont dispensées par des écoles. On voit bien que les bénévoles ont beaucoup de motivation pour assister et aider les personnes et les victimes, mais il faut savoir les encadrer afin de pouvoir répondre aux différentes exigences.

Dans ce domaine, le gouvernement fédéral a décidé, dans les années 90, qu'il ne fallait pas créer un système fédéral spécialisé, mais qu'il fallait continuer avec ce système décentralisé par Land. L'impact risque de se faire sentir à l'avenir. Nous avons monté des unités de défense civile spécialisées dans les 16 Land. Ces différentes unités assurent les premiers secours pour les victimes des catastrophes. Elles sont gérées par chaque Land.

En ce qui concerne le côté psycho-social, nous avons une équipe qui apporte les premiers secours, tant au niveau des abris, de la nourriture ou de l'eau. Nous avons les pompiers et nous travaillons étroitement avec les ONG qui peuvent nous apporter une assistance technique, même au niveau fédéral.

En ce qui concerne la formation dans chaque Land et dans chaque grande ville, nous avons une unité de formation. Lors des opérations, il y a un responsable sur le site qui peut gérer les différentes activités de secourisme. Cette unité comprend des médecins, des pompiers, des médecins d'urgence, etc. Toutes ces personnes ont bénéficié de formations spécifiques dans le domaine du secourisme. Les secouristes doivent suivre une formation sur 2 ans qui comprend 520 heures. Pour les bénévoles de ces différentes associations, ils sont formés par des programmes qui durent entre 90 et 112 heures.

Les médecins doivent suivre une formation de 80 heures et des cours interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ils doivent également démontrer leur expérience dans le domaine de la médecine d'urgence. Les médecins en chef doivent suivre, par ailleurs, un supplément de 40 heures de formation et ils doivent avoir pratiqué la médecine d'urgence ou de catastrophe depuis 3 ans. Ces associations existent au plan local, régional et fédéral, afin de pouvoir répondre à ces catastrophes.

Notre système en Allemagne est en train d'être révisé. Des projets de lois devraient modifier le système actuel. Enfin, l'avenir de notre système exige la mise en œuvre des actions suivantes :

- ◆ conception d'un système fédéral spécifique, destiné à évaluer la situation suite à une catastrophe et répertorier tous les bénévoles disponibles au niveau national,
- ◆ développement d'un système de secours intégré comprenant la prévention, le secourisme, le service des pompiers, le service technique, la défense des villes.

En cas de catastrophe, nous avons nos équipes de réponse rapide qui sont des unités professionnelles, qui feront le lien entre ces différentes associations et les bénévoles. On voudrait entamer des formations intégrées dans le domaine de la défense civile. On voudrait améliorer les programmes de formation pour les personnes responsables.

Certaines questions peuvent toucher aux questions de l'assurance et des finances. Il faut penser à la situation après la catastrophe : le stress post-traumatique et les hospitalisations qui peuvent être plus ou moins longues. La conception de différents programmes et la coopération transfrontalière sont à l'ordre du jour. Ces différents projets devraient rendre encore plus facile notre assistance en cas de catastrophe ou d'accident.

Nous avons voulu également promouvoir la coopération internationale entre les différentes organisations et associations en Europe et dans le monde entier. Nous avons entamé des échanges parmi les membres de nos différentes organisations.

Vu le nombre de catastrophes en Allemagne et les problèmes que nous pouvons rencontrer, nous sommes prêts à émettre un maximum de propositions afin d'organiser les bénévoles dans le cadre de différents programmes de gestion des catastrophes. Les professionnels collaborent côte à côte avec ceux qui travaillent dans le domaine de la défense civile, y compris les bénévoles et les différentes associations présentes dans notre pays. Ceci constitue un véritable réseau qui doit être réalisé de plus en plus activement.

M. Duncan MACPHERSON

Ministère de la Santé (Grande-Bretagne)

Je suis responsable d'une unité au sein du ministère de la Santé, l'unité de coordination et de planification des services d'urgence. Le Dr. Andrew Mason, chirurgien des urgences en Grande-Bretagne et Robert Seaman du Service des ambulances sont de véritables experts. Il faudra leur adresser vos questions. Je ne suis qu'un fonctionnaire.

En raison des discussions qui ont eu lieu, nous avons pensé, en tant qu'anglo-saxons, vous dire deux ou trois mots sur ce que nous avons voulu exprimer par certains termes utilisés en anglais.

Médecin : on ne l'utilise pas en Angleterre. C'est associé au cinéma américain.

Emergency Medical Service : ce service fournit du personnel des ambulances.

Les urgences ordinaires, quotidiennes, sont assurées par du personnel hospitalier et ambulancier qui travaille dans le cadre du service national de la santé.

Ensuite, nous parlons d'incidents majeurs, d'incidents graves, ces incidents sont gérés par les mêmes personnes que celles qui gèrent nos services d'urgence, à savoir les ambulanciers. Toutes nos ambulances peuvent répondre à un incident grave, à un accident.

Au Royaume-Uni il existe des autorités de santé, des autorités sanitaires qui ont la responsabilité globale de la planification des incidents graves, de la réponse aux incidents graves, cela veut dire la réponse des ambulanciers et des hôpitaux et la réponse en termes de santé publique. Je pense à des incidents graves d'ordre chimique. Un incident grave n'est pas forcément une grosse explosion. Nous avons beaucoup parlé d'explosions, mais un incident grave peut être une épidémie.

Puis, la discussion a beaucoup tourné, hier, sur les paramédic et leur fonction.

Je vous parlerai très brièvement du rôle des paramedics au Royaume-Uni et ce que nous entendons par paramédical. C'est le personnel des services ambulanciers. Il s'occupe du triage et du transport des blessés lors d'accidents normaux. Si vous avez un accident de la route au Royaume-Uni et que vous êtes traité sur place, il y a des chances que votre intraveineuse soit faite par un paramedic et non par un médecin. Ils peuvent intuber, défibriller, etc., mais ils fonctionnent dans le cadre d'une structure de contrôle très étroite. Ils doivent respecter médicalement des protocoles très stricts supervisés par des médecins.

Par contre, le paramédical n'a pas un rôle très spécial dans la gestion d'un accident grave. Les paramédicaux sont souvent les premiers arrivés sur les lieux d'un accident grave, ils en font l'évaluation jusqu'à l'arrivée de l'officier ambulancier qui en prendra le commandement, puis un officier médical si l'officier ambulancier pense qu'il est nécessaire, de même, s'il le faut, une équipe ou des équipes mobiles de services médicaux.

Au Royaume-Uni, c'est le ministère de la Santé qui détermine la politique de la Santé et qui alloue les fonds aux différentes autorités de Santé et aux différents services locaux.

Le ministère de la Santé est divisé en huit bureaux régionaux. C'est au niveau régional qu'est définie la planification des urgences. Il finance les soins médicaux à travers les hôpitaux et les services ambulanciers.

Les citoyens, les généralistes doivent être impliqués, concernés, intégrés dans la gestion des urgences.

La parole est à Andrew MASON qui va vous parler d'une manière concrète de ce qu'il fait, à savoir le rôle de l'hôpital. Nous allons vous montrer un document, au sein du service de Santé, qui vous expliquera nos procédures en matière d'urgence. Ce document est disponible sur Internet.

Dr Andrew MASON

Chirurgien - Medway Hospital - Kent (Grande-Bretagne)

Une vue d'ensemble sur la manière dont le système hospitalier anglais gère les urgences. Nous travaillons en étroite collaboration avec nos collègues américains, canadiens et australiens.

Le Ministre de la Santé a fixé des directives aux hôpitaux pour faire face aux catastrophes :

- ◆ Il faut apporter une réponse clinique, c'est évident, c'est-à-dire qu'il faut se conformer aux directives nationales. Chaque hôpital doit préparer un plan local qui s'inspire de la directive nationale ;
- ◆ Nous devons, en deuxième lieu, travailler en liaison étroite avec les services ambulanciers et les autres hôpitaux, la Police et d'autres organismes d'Etat. Il est rare qu'en cas de catastrophe un hôpital puisse gérer seul la réponse à cette catastrophe. Généralement plusieurs hôpitaux peuvent intervenir, ainsi que d'autres organismes publics. L'hôpital est souvent appelé à coordonner la réponse à des incidents graves, notamment après la réception du patient.
- ◆ Notre rôle est de communiquer avec la communauté, les media et les personnalités importantes. Nous devons communiquer avec les familles des victimes. En général, la police est souvent responsable de la coordination globale de la réponse en cas d'incident grave.
- ◆ Parfois c'est un médecin spécialisé dans les urgences qui peut coordonner une réponse médicale à une urgence. Ce médecin n'a pas besoin d'exécuter toutes les tâches. Il est responsable de la supervision de l'équipe.
- ◆ Le plan de gestion des incidents graves est notre Bible. Nous devons faire preuve de souplesse. Nous avons vu exposer différents types d'urgence, mais personne ne peut prévoir ce qui se passera demain.
- ◆ Nous devons créer une équipe de commandement au sein de l'hôpital, composée en général de personnels expérimentés (médecins, chirurgiens-orthopédistes souvent, administrateur, infirmières). La plupart des médecins et des infirmières n'y sont pas spécialement formés ou n'ont pas eu l'occasion de gérer une situation de crise grave.

Nous avons mis au point des fiches d'action où notre plan de gestion des incidents graves est mis à disposition des médecins qu'ils soient expérimentés ou pas et des infirmières, ce qui leur donne très brièvement des idées sur des actions à mener.

- ◆ Nous devons gérer le flux de patients. Nous avons parlé du triage, à nous de veiller à ce qu'il y ait des places dans nos services de radiologie et en chirurgie pour accueillir tous les patients qui nous arrivent. Les équipes médicales comprennent généralement un anesthésiste, un médecin spécialisé dans les accidents et les urgences, une infirmière et un assistant. Cette équipe peut être augmentée, doublée, triplée ou complétée par des équipes des hôpitaux.

Il est essentiel de souligner que nos équipes et nos projets sont à jour, ont été mis à l'épreuve et ont été testés. Nous devons en particulier tester tous les six mois nos systèmes de communication. Et tous les deux ans, nous faisons un exercice en grandeur réelle.

M. Herman KERS
Chef de projet de l'aide médicale d'urgence (Pays-Bas)

Je viens du ministère de l'Intérieur des Pays-Bas. Notre structure est très proche de la structure britannique. La seule différence est le financement de tout le système de Santé par les services d'assurance.

Plusieurs études montrent que, soit dans les aspects financiers ou opérationnels, il y avait un problème de mise à jour. Nous avons commencé un projet d'amélioration de ces points. C'est la raison pour laquelle je suis ici, pour savoir ce que font les autres pays européens pour mettre en œuvre les bonnes idées que nous pouvons apprendre auprès de nos collègues européens.

Nous essayons de compenser ces déficiences de trois manières :

◆ Nous essayons d'améliorer la chaîne des soins médicaux. Nous avons hiérarchisé les incidents.

Nous essayons d'élaborer des doctrines pour les différentes parties de la chaîne de soins (services en traumatologie, équipes mobiles et équipes pour les grandes catastrophes).

Nous voulons mettre en place des réglementations.

◆ Il y a une interdépendance au sein de la chaîne de soins. Il faut avoir une doctrine unifiée pour l'ensemble des participants dans la chaîne (les médecins, les personnes opérationnelles, les pompiers qui sont tous impliqués et qui doivent savoir ce que l'on attend d'eux.)

◆ Il faut un cadre structurel, un cadre organisationnel qui implique les services médicaux et le gouvernement.

La première année du projet, nous avons réussi à décrire, en coopération avec toutes les personnes concernées, les organismes impliqués dans les services d'urgence et la médecine de catastrophe, ainsi que toutes les parties prenantes de la chaîne.

De plus, nous sommes convenus avec toutes ces parties prenantes d'une méthode de description et d'évaluation de la qualité par rapport à un certain nombre de critères.

Le plus grand défi sera de créer un consensus avec le gouvernement et les autres organisations pour la mise en œuvre d'une structure professionnelle. Les autorités régionales sont responsables de cela. Nous essayons d'établir un cadre qui fonctionnera pendant de nombreuses années.

A la conférence du mois de juin, nous vous présenterons des diapositives. Je n'en ai pas préparé pour mon intervention d'aujourd'hui, mais d'ici là nous aurons une vue d'ensemble de tout ce qui a été fait et nous pourrons vous dire ce que nous aurons fait d'ici la fin de l'année. Merci.

Mme le Dr Esther Pardo-Sanchez

Ecole Nationale de Protection Civile (Espagne)

Je voudrais maintenant vous présenter rapidement les différentes unités d'urgence à Madrid placées sous l'autorité du maire de Madrid.

350 personnes travaillent au SAMU en étroite collaboration avec les bénévoles. Il y a 1 800 interventions par an. Il existe une coopération avec les services de police. Ces corps de métier travaillent en collaboration étroite, notamment en ce qui concerne les relations avec les hôpitaux. Chaque unité a un médecin, un infirmier et un chauffeur-secouriste.

340 unités sont dotées d'un système d'intervention immédiate, avec médecin et chauffeur secouriste qui peuvent utiliser cet équipement très sophistiqué à l'intérieur de ces unités, tout en transportant les victimes. Nous avons un système spécifique pour les secours dans les bâtiments de très grande hauteur ou en souterrain.

Nous avons une unité de soins en psychiatrie. Notre siège est à Madrid et nous avons un système de communication à travers toute la ville qui nous permet d'être sur place en six minutes. Nous donnons une formation de six mois à tous les secouristes qui travaillent pour le SAMU à Madrid.

En cas de catastrophe, nous pouvons faire appel à des bénévoles, durant six jours. Nous avons plusieurs spécialistes cardiaques disponibles à tous moments.

Le 14 mai prochain, il y aura une conférence à Madrid pour mieux présenter notre structure. Vous êtes tous les bienvenus. Le Docteur FRUTOS vous parlera plus amplement du service de santé militaire en Espagne.

Mme le Dr Pilar HERNANDEZ-FRUTOS

Médecin-capitaine à l'école militaire (Espagne)

Je suis médecin à l'Ecole militaire de Madrid où je suis chargée des statistiques. Je travaille avec l'OTAN et dans les missions de paix. J'ai une activité de médecin " normal " et j'ai l'occasion de pratiquer ma profession.

Nous, médecins militaires, sommes impliqués dans beaucoup d'opérations hors guerre depuis des années. En 1973, nous avons découvert que les structures médicales n'étaient pas suffisantes. Nous avons créé un système d'unités flexibles qui est plus efficace en cas de catastrophe. Nous avons un modèle très léger qui peut être exploité à tout moment et qui peut être utilisé même pour les opérations chirurgicales sur sites.

Il y a deux ou trois médecins par unité. Ce sont bien sûr des médecins militaires. Nous avons des équipes de précision, de trois, quatre ou cinq personnes.

Bien sûr, il y a toujours un médecin, toujours un infirmier militaire, plus un assistant radio et un chauffeur avec une formation spécifique. Nous travaillons avec les voitures blindées, les hélicoptères PUMA et Super PUMA. Ces équipes suffisent pour certaines opérations de secours rapides.

Nous avons également une équipe qui travaille dans un hôpital de campagne avec les différents services neurologiques et spécialistes, des médecins assistants paramédicaux et des officiers. Ils peuvent intervenir en cas de chirurgie d'urgence, parce qu'il n'est pas toujours possible de transporter immédiatement les victimes dans un hôpital lors de certaines situations. Cette question de pré-hospitalisation nous concerne énormément. Cela dépend à chaque fois de la condition physique des victimes.

Je voudrais vous expliquer ce que nous faisons dans le cadre de la formation et de l'information pour les médecins civils et militaires en Espagne, pour toute opération hors-guerre, y compris les catastrophes. Nous avons deux sortes de formations :

◆ aux professionnels, nous offrons un diplôme général de logistique, des cours sur la défense et la gestion pour les risques chimiques. Nous organisons également un concours sur la logistique médicale en cas de guerre ou de catastrophe (la question logistique, le nombre de lits, etc.) et des cours pour les infirmiers, en cas de catastrophe. Certains de nos infirmiers sont au niveau des officiers et ils peuvent avoir un rôle à jouer, non pas pour la gestion des catastrophes, mais en tant que soutien.

Enfin, une formation sur la chirurgie en temps de guerre. Nous ne nous concentrons pas sur la chirurgie elle-même, mais plutôt sur le côté organisationnel et logistique.

Les différentes unités de valeur (UV) qui mènent au diplôme général logistique durent trois mois dans un premier temps. Ensuite, il y a un examen de passage. En cas d'échec, il n'est plus possible de continuer.

◆ Puis nous organisons six modules de formation :

- Les ressources humaines,
- Les travaux,
- Les fournitures nécessaires,
- Le soutien médical,
- Les différents aspects de relations civile.

qui durent 100 heures pour chaque module et qui vous donne 60 UV au total.

Il y a, ensuite, des cours pratiques : 20 heures de cours pratiques pour la formation. Je voudrais souligner que les opérations militaires de guerre ne sont pas comprises dans cette formation.

Il faut bien voir que nous nous concentrons également sur les autres aspects médicaux en coopération avec les différentes forces militaires. Il existe un programme de formation avancée, plutôt destiné à une formation pour les personnes non médecins ou même des particuliers. Il y a une formation initiale de quatre mois suivie d'un examen.

On ne parlera pas d'informations dans le cadre de cette formation qui vise les particuliers ou les non-médecins. Ils peuvent apprendre beaucoup sur la gestion en temps de crise et les différents équipements nécessaires. Ils travaillent sur l'équipement de protection en cas de désastre chimique. Ils ont une expérience avec les unités de décontamination. Nous organisons des visites de nos différents centres nucléaires également. Nous visons les différentes personnes de l'Armée. Des pharmaciens de l'administration peuvent se joindre à cette formation et des particuliers qui peuvent être intéressés dans le cadre de leur travail.

Autre formation logistique médicale en cas de guerre ou de désastre, 80% de cette formation ne concerne pas la guerre. Cette formation dure un mois, elle est suivie d'un examen. Pendant ce mois, on dispense une formation à raison de 25 heures par semaine.

Nous travaillons en collaboration étroite avec le ministère de la Santé pour que du personnel puisse venir participer à cette formation, autant stagiaires que formateurs.

Une autre formation vise les infirmiers. C'est une formation moins longue sur un mois, avec présence de deux semaines pour 25 heures par semaine.

Une formation sur la chirurgie en cas de guerre ou de désastre : on regarde de près les différents unités de chirurgie d'urgence. Cela dure un mois avec une formation de 20 heures par semaine. On se concentre là sur les aspects logistiques de la chirurgie.

Bien sûr, nous parlons du déploiement de ces unités et nous visons non seulement les chirurgiens, mais aussi d'autres médecins, les médecins militaires ou des officiers.

Nos cadets sont bénéficiaires de formations en option, non obligatoires. Ce sont des formations générales sur la médecine de catastrophe. Cette formation n'est qu'une phase de présence non pratique, car ces personnes sont souvent à l'université. Nous visons les cadets médecins vétérinaires, médecins pharmaciens, odontologistes.

Il y a trois modules de 20 heures chacun. On aborde la logistique générale en médecine de catastrophe et les différentes possibilités de coopération avec l'ONU ou d'autres organisations internationales.

Autre formation spécifique réservée aux infirmiers parce que les infirmiers en Espagne n'ont pas de rôle de gestionnaire.

Un participant.

Est-ce que les cours se passent en anglais ? J'aimerais savoir dans quelle mesure les services de médecine d'urgence militaire et civile travaillent ensemble. Est-ce que les médecins militaires participent aux formations ? Participez-vous aux opérations de médecine de catastrophe?

Dr FRUTOS

Les cours sont en espagnol. Nous espérons mettre en place une traduction simultanée en anglais et en français. La prochaine formation généraliste sur la

logistique aura lieu en novembre et nous espérons que nous aurons des professeurs civils.

En ce qui concerne votre deuxième question, nous pouvons participer dans deux cas :

- lorsque l'unité militaire se trouve à proximité de la catastrophe, c'est une collaboration, une coopération directe.
- lorsqu'il s'agit de catastrophes de grande envergure.

Mais la difficulté existe lorsque des opérations de catastrophes doivent être menées dans certaines zones de la planète ; cela peut poser problème, selon l'envergure de l'opération et de la catastrophe.

ANNEXES
