

Traumatologie de masse : prise en charge en réanimation (Retour d'expérience après l'attentat du 14 juillet 2016 à Nice)

Nathalie Revel et Jean-Christophe Orban

Réanimation médico-chirurgicale, Pôle Anesthésie Réanimation Urgences, Hôpital Pasteur 2, CHU de Nice

Introduction

La traumatologie de masse peut revêtir plusieurs visages (catastrophes naturelles, accidents, attentats...). Depuis quelques années, la recrudescence des actes terroristes confronte plus fréquemment les systèmes de santé à cette problématique. En France, les attentats de Paris le 13 novembre 2015 et de Nice le 14 juillet 2016 sont des exemples récents d'afflux massif de victimes. La prise en charge initiale des victimes d'attentats est essentielle lors du préhospitalier et au déchocage. Cela a été rapporté à de nombreuses reprises après les attentats ayant touché Londres, Paris ou Nice¹⁻³. Cependant, une fois la phase initiale passée, les victimes sont orientées dans des services d'hospitalisation en fonction de leurs lésions. Les patients les plus graves sont donc hospitalisés en service de réanimation. A ce jour, peu de publications rapportent la prise en charge en réanimation face à ce genre d'événement. Plus qu'un apport théorique, ce texte rapporte succinctement les défis auxquels un service de réanimation polyvalente a dû répondre pour faire face à un afflux massif de victimes après l'attentat de Nice⁴.

Le contexte

Le CHU de Nice possède un trauma center de niveau 1 localisé à l'hôpital Pasteur 2. Il couvre toute la traumatologie sévère du département des Alpes-Maritimes et de l'est du Var. Le service de Réanimation médico-chirurgicale de l'hôpital Pasteur 2 représente l'aval du trauma center. Il comprend 40 lits, 23 dédiés à la réanimation et 17 à la surveillance continue. Au niveau paramédical, ses effectifs sont composés de 2 cadres de santé, 90 IDE et 40 AS. L'équipe médicale comprend 7 équivalents temps plein médecins anesthésistes-réanimateurs, 8 internes en anesthésie-réanimation et 8 à 10 étudiants en médecine.

De nombreuses manifestations sont organisées dans la ville de Nice avec une affluence importante comme lors du carnaval. En juin 2016, des matches du championnat européen de

football organisé en France se déroulaient à Nice. Pour ces raisons, le plan blanc du CHU de Nice avait été mis à jour et un exercice d'afflux massif de victimes avait été réalisé en mai.

L'attentat du 14 juillet et la prise en charge initiale en réanimation

Lors du feu d'artifice du 14 juillet, plus de 30000 personnes se trouvaient sur la Promenade des Anglais. A la fin de celui-ci, un camion a foncé dans la foule faisant initialement 84 morts et des centaines de blessés lors de cette attaque terroriste.

Dans le service de réanimation, au moment de l'attentat, 10 lits étaient fermés par manque de personnel (8 lits de surveillance continue et 2 de réanimation) et sur les 30 lits disponibles, 25 étaient occupés. La couverture médicale était représentée par l'équipe de garde, à savoir 2 médecins seniors AR, un interne AR et un étudiant en médecine. L'équipe paramédicale comprenait 10 IDE et 5 AS.

Dès la connaissance de l'attentat, plusieurs mesures ont été prises pour faire face à la situation. Un SMS groupé a été envoyé à tous les soignants du CHU leur demandant de se tenir prêt, mais de ne pas venir spontanément. Les cadres de santé ont coordonné l'arrivée des soignants pour faire face à l'afflux de patients tout en pensant à l'activité des jours suivants. Au niveau médical, les médecins seniors ont été prévenus essentiellement par des voies non institutionnelles avec une présence totale en réanimation de 8 MAR dans l'heure suivant l'attentat. De même, un grand nombre d'internes DESAR ont été prévenus par les réseaux sociaux et rapidement mobilisés. Dans le même temps, tous les lits fermés ont été ouverts et armés pour recevoir des patients de réanimation. Cinq patients ont pu être transférés dans d'autres structures du CHU afin de libérer le maximum de lits. Ainsi 20 lits de réanimations étaient disponibles pour les victimes de l'attentat. En cas d'afflux plus important, une procédure dégradée utilise une salle de surveillance post-interventionnelle pour l'accueil de ces patients.

Tous les traumatisés sévères ont été évalués au triage/déchocage par des médecins anesthésistes-réanimateurs, urgentistes ou chirurgiens. Ils ont bénéficié d'une imagerie d'urgence, d'un bilan biologique puis ont été orientés au bloc opératoire ou directement en réanimation (figure). La prise en charge chirurgicale était basée sur les principes du damage control. Tous les patients hospitalisés en réanimation ont été pris en charge par un trinôme composé d'un MAR senior, un interne DESAR et une IDE. Les lésions retrouvées étaient variées et correspondaient à ce qui est généralement constaté après des accidents de la voie publique. Ces traumatismes sont habituellement pris en charge dans la structure de réanimation. Entre le moment de l'attentat et 4 heures du matin, toutes les victimes sévères ont pu être hospitalisées en réanimation, à savoir 20 patients. Un point précis avec le préhospitalier et le déchocage a permis de déterminer qu'aucune autre victime ne nécessitait une hospitalisation en réanimation. A ce moment de la nuit, l'équipe médicale s'est réunie en staff afin de faire le bilan lésionnel des différents patients et discuter leur prise en charge ultérieure. A l'issue de ce staff, 4 médecins seniors ont été libérés en prévision de l'activité des jours suivants.

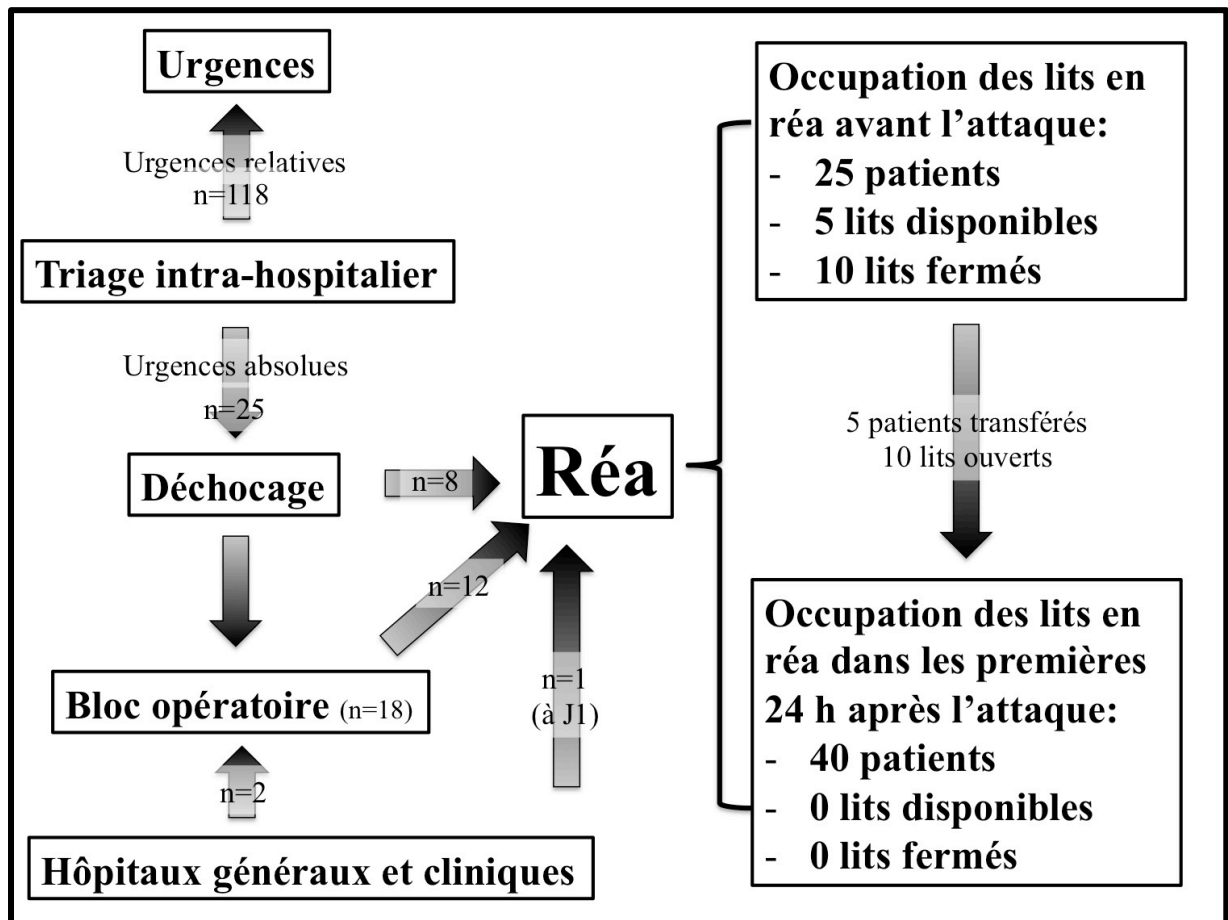


Figure : flux des patients à partir du triage intrahospitalier et organisation de du service de réanimation.

Après le 14 juillet

Après l'afflux massif de victimes de la nuit du 14 juillet, la charge de travail médicale et paramédicale est restée élevée plusieurs jours obligeant une réorganisation des plannings. Un retour au fonctionnement habituel n'a été possible qu'au bout d'une semaine. Dans le même temps, l'activité opératoire programmée a été supprimée plusieurs jours afin de permettre la prise en charge des nombreux blessés de l'attentat.

Quelles leçons tirer de cet attentat ?

Tout d'abord, le point important à souligner est la solidarité qui a été exemplaire. Durant cet événement, toutes les catégories professionnelles ont fait preuve d'un engagement total et sans faille. Ceci avait déjà été souligné lors des attentats de Paris⁵. Ensuite, la préparation à ce genre d'événement dans les semaines précédentes en raison de la tenue de l'Euro de football a certainement permis de mieux faire face à l'afflux massif de victimes. Le

point négatif majeur, là encore rapporté précédemment, a été l'identification des victimes ⁵. Cela a d'autant plus été le cas en réanimation chez des patients non communicants et/ou d'origine étrangère.

Au total, nous avons tiré plusieurs leçons de cet événement tragique:

- La mobilisation médicale devrait être maximale initialement jusqu'à la connaissance du nombre exact de victimes
- La mobilisation paramédicale devrait être organisée pour anticiper l'augmentation de charge de travail initiale et dans les jours suivants
- Il est essentiel d'anticiper un afflux massif de victime avec une mise à jour fréquente du plan blanc et des exercices de simulation
- L'identification des victimes devrait être améliorée

Références

1. Hirsch M, Carli P, Nizard R, et al. The medical response to multisite terrorist attacks in Paris. *Lancet* 2015; 386:2535-2538. doi:10.1016/S0140-6736(15)01063-6.
2. Aylwin CJ, König TC, Brennan NW, et al. Reduction in critical mortality in urban mass casualty incidents: analysis of triage, surge, and resource use after the London bombings on July 7, 2005. *Lancet* 2006; 368:2219-2225. doi:10.1016/S0140-6736(06)69896-6.
3. Service Médical du RAID. Tactical emergency medicine: lessons from Paris marauding terrorist attack. *Crit Care* 2016; 20:37. doi:10.1186/s13054-016-1202-z.
4. Orban J-C, Quintard H, Ichai C. ICU specialists facing terrorist attack: the Nice experience. *Intensive Care Med* 2017; 43:683-685. doi:10.1007/s00134-016-4570-6.
5. TRAUMABASE Group. Paris terrorist attack: early lessons from the intensivists. *Crit Care* 2016; 20:88. doi:10.1186/s13054-016-1246-0.