

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

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D
8, avenue de Ségur, 75007, Paris.
Rédaction : mai 2002

La recrudescence des sinistres faisant de nombreuses victimes en France impose dorénavant l'élaboration d'une organisation nationale pour dispenser des soins de qualité dans les plus brefs délais. L'alerte et la mise en jeu d'une organisation des secours doivent être déclenchées devant tout sinistre pouvant entraîner au moins dix blessés dans la région concernée. L'organisation permet une aide médicale urgente aux victimes, en coordination avec les sapeurs-pompiers et les services de police, que le plan Orsec soit mis en action ou non. Ce dossier est destiné avant tout aux professionnels de santé pouvant être amenés à participer à la prise en charge des victimes.

1- INTRODUCTION

Vous trouverez sur cette page des indications sur le groupe d'experts auteurs de ces fiches techniques, sur les situations d'urgence envisagées, sur la place des media et l'intervention de personnes extérieures lors d'un sinistre.

Différents événements récents (actes de terrorisme, catastrophes naturelles, accidents collectifs...) ont fait prendre conscience de la nécessité de considérer la prise en charge médicale des personnes victimes d'accidents collectifs comme un problème de santé publique à part entière. L'association SOS ATTENTATS a fait mener en 1986 par l'Inserm une première étude épidémiologique, publiée en 1987 sos-attentats.org et une seconde étude, en 1998-1999, sous le contrôle d'un comité scientifique international, sous la présidence du Professeur Frédéric Rouillon qui a été publiée le 6 février 2001 sos-attentats.org.

Ces études avaient permis d'évaluer les séquelles physiques (fonctionnelles et sensorielles), les troubles psychologiques et leur retentissement sur la qualité de vie des victimes. Ces résultats ont été présentés à Monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, et une convention a été signée avec SOS ATTENTATS. La Direction Générale de la Santé a été chargée de réunir un groupe d'experts afin de rédiger un guide de protocole de prise en charge des victimes comprenant tant la gestion de l'urgence que le suivi des conséquences sanitaires, psychologiques et sociales à plus long terme.

Le groupe d'experts, placé sous la présidence conjointe des Professeurs Geneviève Barrier et Frédéric Rouillon, a préparé dans un premier temps un ensemble de fiches techniques répondant à une logique de médecine de catastrophe et ayant pour but de proposer des pratiques professionnelles formalisées, harmonisées et validées au niveau national.

1.1. Quelles sont les situations envisagées ?

Il s'agit d'événements occasionnant un afflux de victimes à l'hôpital, nécessitant le déclenchement d'un plan d'urgence pour l'organisation de l'accueil des blessés. Ce plan est communément appelé " Plan Blanc " lorsqu'il concerne un événement

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D - 8, avenue de Ségur, 75007, Paris.
Rédaction : mai 2002

Mise en page <http://www.samu-de-France.com> 2002

concernant dix blessés graves (circulaire du 24/12/1987 en cours d'actualisation). Cela couvre les divers actes de terrorisme (explosions, prises d'otages, attentat biologique, bactériologique, nucléaire, chimique...), les agressions et infractions pénales collectives, les accidents, les catastrophes naturelles...

Les personnes victimes peuvent être :

- des blessés très graves en situation d'extrême urgence.
- des blessés graves dont la vie n'est pas immédiatement en danger.
- des blessés sérieux dont l'état nécessite une hospitalisation.
- des blessés légers nécessitant uniquement des soins ambulatoires ou des " personnes impliquées ", c'est-à-dire des personnes sans blessure corporelle apparente mais susceptibles de souffrir d'une atteinte psychologique.

Si la victime doit être entendue en qualité de témoin des faits, l'officier de police judiciaire, sous le contrôle du Procureur de la République, interroge un membre de l'équipe médicale sur la compatibilité de l'état de santé de la victime avec l'audition. Si, sur avis médical, la victime ne peut être entendue, l'équipe médicale doit recueillir toute information utile sur l'identité, les coordonnées et la localisation de la victime pour permettre au service d'enquête d'entendre la victime ultérieurement.

1.2. Quels sont les objectifs de ce travail ?

- Mettre à la disposition de tous les professionnels de santé des procédures formalisées, harmonisées et validées.
- Garantir la coordination des interventions en assurant leur qualité et leur sécurité.
- Assurer la continuité de la prise en charge des victimes en clarifiant les passages de relais pour éviter les points de rupture.
- Prendre en compte tant les aspects somatiques que psychologiques en s'adaptant à la logique de la médecine de catastrophe.
- Considérer les 3 étapes de la prise en charge : secours immédiats des premières 24 heures, soins de suite et accompagnement à plus long terme.
- Veiller à ce que toutes les victimes (blessés et personnes " impliquées ") soient identifiées et bénéficient systématiquement d'un examen médical et d'un certificat médical initial qui leur ouvrent le droit au forfait d'indemnisation et peut permettre de réouvrir leur dossier en cas d'aggravation.
- Respecter la logique d'intervention de chaque institution (sanitaire, judiciaire, sociale...), notamment la préservation des preuves nécessaires à l'enquête judiciaire.

1.3. À qui s'adressent ces fiches techniques ?

- Les médecins, notamment les médecins généralistes.
- Les responsables d'enseignement des universités et des centres de formation continue.

1.4. Accueil des médias et intervention de personnes extérieures

Ces deux points nécessitent une vigilance particulière.

- Accueil des médias : il convient de concilier le droit à l'information des journalistes et le respect des droits des personnes victimes de l'événement (confidentialité des renseignements nominatifs, droit à l'image, respect de l'intimité...). Un " point media ", distinct de la cellule de crise, doit être réservé à l'accueil des journalistes.
- Intervention de personnes extérieures : il faut être vigilant quant à la participation de personnes extérieures aux secours ; ces personnes pourraient être très actives dans le domaine de la prise en charge psychologique des personnes victimes d'accidents collectifs en raison d'un intérêt personnel (personnes privées, sectes...).

1.5. Composition du groupe d'experts

- Pr Geneviève Barrier, ancien directeur du SAMU de Paris
- Pr Frédéric Rouillon, chef du service de psychiatrie de l'hôpital Albert Chenevier, Créteil
- Pr François Lebigot, psychiatre, hôpital d'Instruction des Armées de Percy, Clamart
- Pr Pierre Carli, directeur du SAMU de Paris
- Dr Philippe Rondet, ORL, Gentilly
- Dr Samuel Benayoun, médecin expert
- Mme Françoise Rudetzki, déléguée générale de l'association SOS ATTENTATS
- Mme Irène Stoller, magistrat
- M. Jacques Calmettes, président de l'Inavem
- M. Patrick Le Bas, Inavem, chargé de mission accidents collectifs
- Dr Philippe Hrouda, président du comité national de l'urgence médico-psychologique
- Ministère de la Justice, Direction des Affaires Criminelles et des Grâces
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité :
- Direction générale de la santé, sous-direction Santé et Société, bureaux 6 C et 6 D
- Direction générale de l'action sociale, bureau 1A
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau 01
- Coordination des travaux : Dr. Nicolas Postel-Vinay, Direction générale de la Santé, Mme Laurence Prévot, Direction générale de la Santé, bureau SD6D.

2- ORGANISATION DES SECOURS EN CAS D'AFFLUX DE VICTIMES

Vous trouverez sur cette fiche des indications sur l'organisation des secours médicaux en cas d'afflux de victimes (Plan Blanc). Le plan proposé permet, avec l'aide de tous les acteurs sanitaires, d'assurer la meilleure qualité des soins à la population dans les meilleurs délais. Il doit être coordonné avec les services départementaux et zonaux. Tout sinistre d'une certaine ampleur pouvant affecter de nombreuses victimes doit entraîner le déclenchement des plans correspondants.

2.1. Réception et vérification de l'alerte

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

2.2. Mise en place de la cellule de crise et envoi immédiat d'un véhicule médicalisé sur le site du sinistre

La cellule d'urgence est composée :

- du préfet ou de son représentant
- du Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ou de son représentant
- du procureur de la République ou de son représentant
- du directeur médical du SAMU
- d'un administrateur de l'hôpital siège du SAMU
- du médecin régulateur

La cellule d'urgence, dont les participants ne devraient pas changer pendant toute la durée du traitement des victimes, est en relation permanente avec le médecin Directeur

des Secours Médicaux (DSM) sur le site, avec les établissements de santé susceptibles de recevoir et/ou de traiter les victimes, avec les représentants du Ministère de la Santé et les autorités sur place.

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

Cette coordination est essentielle lorsqu'on déplore un grand nombre de victimes. Toute action individuelle non coordonnée peut entraîner un dysfonctionnement de la structure dont le résultat peut être très dommageable pour une ou plusieurs victimes.

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

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

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

2.3. Arrivée d'une équipe médicale sur le site

Le premier médecin arrivé sur place devra transmettre immédiatement au SAMU un premier bilan et une première appréciation du nombre et de la gravité des blessés. Il se rangera sous l'autorité du Commandant des Opérations de Secours (COS) qui est le représentant du préfet du département.

Le ramassage dans le centre de tri dont le lieu aura été choisi par le responsable local des sapeurs-pompiers en charge de la sécurité du dispositif sera sous la responsabilité de ce dernier. Le tri et le transport des blessés seront sous la responsabilité du DSM. Les médecins arrivés sur place individuellement se mettront à la disposition du Directeur des Secours Médicaux (DSM) dès son arrivée. C'est le DSM qui organisera les soins dans le centre de tri des blessés. La Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) se mettra à la disposition du DSM. Le DSM attribuera à chaque blessé une équipe soignante et sera en relation constante avec la régulation du SAMU auquel il transmettra les bilans médicaux dès qu'ils auront été faits. En retour, le médecin régulateur lui désignera un lieu d'hospitalisation pour chaque blessé en fonction des nécessités thérapeutiques.

Tous les personnels de santé mis à la disposition du SAMU dans cette circonstance agiront sous la direction du DSM qui leur désignera leur tâche. Dès lors, ils deviendront " collaborateurs occasionnels du service public " et leur responsabilité personnelle ne pourra plus être engagée (voir fiche 4. Responsabilité des professionnels de santé).

2.4. Évacuation sanitaire des blessés

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

Le DSM désignera l'équipe de transport médicalisé qui aura la charge des blessés jusqu'à leur arrivée à destination qui sera décidée par le SAMU. Le DSM est la seule personne ayant en sa possession toutes les informations nécessaires à la meilleure

dispensation des soins. Il doit rester le maître de la logistique de l'évacuation sanitaire jusqu'à ce que le dernier blessé ait quitté le centre de tri sur le site du sinistre.

2.5. Accueil des blessés à l'hôpital

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

A – Urgences absolues

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

U 1 : blessés graves mais dont la vie n'est pas immédiatement en danger. Ils nécessitent des soins intensifs immédiats, mais peuvent être opérés dans les six heures.

B – Urgences relatives

U 2 : blessés sérieux, dont l'état nécessite une hospitalisation.

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

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

2.6. Victimes décédées

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

2.7. Levée de l'alerte

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

- sur le site
- à la régulation du SAMU

Le SAMU :

- transmet l'information à toutes les structures mises en pré-alerte
- dresse la liste des victimes
- la transmet aux autorités compétentes

Tous les intervenants sur place doivent attendre la levée de l'alerte avant de quitter les lieux.

L'accueil et l'information des familles sont assurés par une cellule mise en place par le préfet.

3- CLASSIFICATION DES BLESSES

Vous trouverez sur cette page une classification des blessés selon le degré d'urgence. La gravité des blessures détermine le mode d'hospitalisation. Le transport de tous les blessés est organisé par le Directeur des Secours Médicaux (DSM). Le centre de tri classe les blessés en 4 degrés d'urgence présentés en 2 groupes : urgence absolue et urgence relative.

URGENCE ABSOLUE

– EU : extrême urgence :

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

Transport sur les lieux d'hospitalisation en ambulance de réanimation.

– U 1 : blessés graves mais dont la vie n'est pas immédiatement en danger :

blessés nécessitant des soins intensifs immédiats, mais pouvant être opérés dans les 6 heures.

Transport en ambulances médicalisées selon la disponibilité des véhicules restants.

URGENCE RELATIVE

– U 2 : blessés sérieux :

blessés dont l'état nécessite une hospitalisation.

Transport en ambulances médicalisées ou non selon la disponibilité des véhicules restants.

– U 3 : blessés légers :

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

Transport en ambulances selon la disponibilité des véhicules restants.

4- RESPONSABILITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Vous trouverez ici des indications sur la responsabilité juridique des professionnels de santé lors d'un attentat ou d'un accident collectif.

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

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

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

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

– **En cas de catastrophe**, outre l'intervention des services d'urgence (SAMU (15), police (17), pompiers (18)), tout professionnel de santé peut être amené à participer aux secours : il peut être volontaire, ou sollicité, ou requis dans les cas d'urgence nécessitant.

– Un professionnel de santé ne peut pas s'abstenir d'intervenir

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

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

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

5- PRISE EN CHARGE ORL

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

5.1. Se souvenir

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

5.2. Identifier un blast auriculaire

- Rechercher plaies du pavillon, otorragie...
- Otoscopie : à pratiquer chaque fois que cela est possible :
 - état du conduit : plaie, sang, débris. Pas de nettoyage intempestif.
 - état du tympan s'il est visible. Perforation ou non, plus souvent dans la moitié inférieure, triangulaire, à bords déchiquetés, hémorragiques. Perforation totale possible.

L'existence d'une perforation tympanique doit faire suspecter une atteinte d'autres organes, en particulier pulmonaire, dont l'expression clinique peut être retardée et l'évolution parfois dramatique.

5.3. Suspecter un traumatisme sonore

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

5.4. Conduite à tenir

- a) Personne " impliquée " sans lésion diagnostiquée :
- S'assurer de l'inscription de la victime sur la **liste des impliqués**.
 - Mentionner l'atteinte auriculaire sur le **certificat médical initial** : signes fonctionnels,

signes objectifs, nécessité d'un bilan fonctionnel spécialisé.

- Nettoyer les plaies.
- Appliquer un pansement propre dans le conduit. Ne pas mettre de goutte.

b) En cas de blast auriculaire diagnostiqué (voir identification ci-dessus)

- La surveillance médicale nécessite une hospitalisation.
- Mentionner le blast sur la fiche médicale initiale.

c) En cas de suspicion de traumatisme sonore isolé

- Le mentionner sur la fiche médicale initiale.
- Assurer une consultation spécialisée dans les 24 heures pour bilan anatomique et fonctionnel complet et mise en route éventuelle d'un traitement dit de soutien cochléaire.

6- PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE

6.1. Soins immédiats (sur le terrain ou dans les premières 24 heures)

Vous trouverez sur cette page les éléments de prise en charge psychologique et psychiatrique immédiate à assurer aux victimes d'attentat ou d'accident collectif. Les psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie des Cellules d'Urgence Médico-psychologique dispensent les soins immédiats. Selon les circonstances, ils peuvent recevoir le renfort de volontaires médicaux et paramédicaux.

6.1.1. Quand ?

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

6.1.2. À qui ?

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

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

6.1.3. Pourquoi ?

Leur but est de déceler, d'apaiser la souffrance psychique et de traiter les états pathologiques.

Par ordre de fréquence décroissant, on rencontrera ces troubles :

- Sidération, pouvant s'accompagner d'actes automatiques.
- Angoisse à divers degrés, avec parfois agitation, logorrhée.
- Déstructuration de la conscience : états oniroïdes ou confusionnels.

6.1.4. Où ?

Les soins peuvent avoir lieu :

– **Sur le terrain, à proximité de l'événement**

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

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

– **Dans le centre d'accueil des impliqués**

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

– **À l'hôpital**

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

– **Dans un cabinet de consultation médicale**

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

6.1.5. Nature des soins

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

Selon les cas, il s'agira de :

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

6.1.6. Constatations médicales initiales

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

troubles psychiques réactionnels éventuels.

Mais, dans les plus brefs délais, un certificat circonstancié et complet pouvant intégrer les données de la fiche clinique initiale sera rédigé et remis au patient après une consultation de suite. Il s'agit d'une pièce essentielle si des troubles séquellaires devaient donner lieu à indemnisation et réparation. Ce certificat doit être rédigé même pour des personnes ne présentant qu'une symptomatologie *a minima* (stress adapté) et ne nécessitant pas de soins dans l'immédiat : un traumatisme psychique peut n'avoir de traduction clinique qu'avec retard.

6.1.7. Nécessité de prévoir un relais ultérieur

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

6.2. Soins à court terme (post-immédiats, dans les jours qui suivent)

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

6.2.1. Les entretiens (premiers soins)

Ils sont individuels ou collectifs et correspondent à deux types de situations cliniques :
– **La victime est encore fragile émotionnellement, " sous le choc ", sa souffrance est très perceptible.**

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

spontanément envie de dire. Le travail collectif est stimulant et il atténue le sentiment de solitude des victimes. Comme dans les soins immédiats, on évitera de porter des jugements dans un sens ou dans l'autre (pas de dédramatisation, de déculpabilisation, de cautionnement d'hypothèses accusatrices, etc.).

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

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

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

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

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

6.2.2. Les soins ultérieurs

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

6.3. Soins à long terme

Vous trouverez sur cette page les éléments de prise en charge psychologique et psychiatrique à assurer, sur le long terme, aux victimes d'attentat ou d'accident collectif. Certaines victimes développent rapidement un syndrome de répétition traumatique et nécessitent d'emblée des soins qui vont se prolonger. Le bon interlocuteur leur est proposé précocement par les intervenants des cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP) ou d'autres acteurs, médicaux ou non médicaux (voir ci-dessous).

D'autres victimes peuvent croire être psychiquement indemnes de l'événement.

Lorsque les troubles apparaissent, après un délai très variable, divers intervenants ont à les conseiller sur une démarche thérapeutique à entreprendre :

- Services sociaux, associations conventionnées d'aide aux victimes, médecine du travail
- Services hospitaliers médicaux ou chirurgicaux
- Médecins de famille
- Répondants SAMU, cellules SVP
- etc.

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

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

6.3.1. Soins Proposés

Les soins proposés sont des psychothérapies et des chimiothérapies :

6.3.1.1. Psychothérapies (avec appoint éventuel de techniques de relaxation)

C'est l'essentiel du soin.

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

6.3.1.2. Chimiothérapies

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

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

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

6.3.1.3. Famille du patient

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

6.3.2. Accompagnement médico-social

Les interférences du milieu professionnel et des organismes sociaux nécessitent très souvent de travailler en concertation avec un travailleur social (assistante sociale, éducateur, etc.). Le thérapeute devra intervenir auprès d'interlocuteurs qui vont peser sur le destin de son patient : médecins du travail, médecins-conseils de la sécurité

sociale (particulièrement si l'événement entre dans le cadre des accidents du travail), médecins des assurances, experts etc.

6.3.3. Accompagnement médico-judiciaire

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

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

6.3.3.1. Établissement de certificats ou attestations à intervalles réguliers

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

6.3.3.2. Accompagnement

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

7- ASPECT MEDICAUX LEGAUX

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

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

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

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

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

Trois grandes périodes doivent être envisagées dans ce suivi qui posent chacune des problématiques différentes.

7.1. Au moment des faits

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

La délivrance de ce document est un droit de la victime. Ce document doit être

exhaustif, complet et prudent dans ses conclusions, c'est-à-dire qu'il doit laisser la porte ouverte à la description ultérieure des lésions passées inaperçues ou à des complications tardives.

Le certificat médical initial doit comporter impérativement :

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

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

Le certificat est conclu par la fixation d'une période " estimée " de l'incapacité totale de travail (l'ITT).

- Le nom du médecin, de la victime, la date de l'examen et la signature du médecin figurent sur chaque page.
- Le médecin doit conserver un double du certificat médical dans le dossier.

7.2. Pendant la période d'évolution des lésions

Dans cette seconde période moins aiguë la prise en charge médico-légale doit se poursuivre et prendre en compte les éléments suivants :

7.2.1. Constitution du dossier de réparation qui doit permettre au blessé de réunir

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

7.2.2. Information de la victime

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

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D - 8, avenue de Ségur, 75007, Paris.

Rédaction : mai 2002

Mise en page <http://www.samu-de-France.com> 2002

provisions sur décision de la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI) par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'infractions.

– Dispositifs spécifiques de solidarité :

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

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

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

7.3. La consolidation, le respect du débat contradictoire et l'expertise médicale

Il s'agit du temps essentiel de cette prise en charge La réparation monétaire est aussi importante que la façon dont elle est menée, et des conditions dans lesquelles l'évaluation séquelle va se réaliser. Plusieurs notions doivent être rappelées aux victimes et aux intervenants à leurs côtés.

7.3.1. La consolidation

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

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

7.3.2. Le contradictoire

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

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

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

7.3.3. L'expertise médicale

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

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

La victime doit être informée :

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D - 8, avenue de Ségur, 75007, Paris.

Rédaction : mai 2002

Mise en page <http://www.samu-de-France.com> 2002

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

7.3.4. L'aggravation

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

7.3.5. Les soins après consolidation

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

7.3.6. La tierce personne

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

7.4 Annexe

Certificat médical initial

(à remplir pour toute personne " impliquée ")

Vous trouverez, sur cette fiche annexe, un modèle de certificat médical initial à remplir pour toute personne " impliquée " (c'est-à-dire personne sans atteinte corporelle apparente mais avec une atteinte psychologique).

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

Je soussigné, Docteur....., en intervention d'urgence sur les lieux, certifie avoir examiné :

Nom et prénom :

Date de naissance : ... / ... / ...

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D - 8, avenue de Ségur, 75007, Paris.

Rédaction : mai 2002

Mise en page <http://www.samu-de-France.com> 2002

Adresse :

Ville :

Se plaignant de :

-
-
-
-
-
-

Avoir constaté (faire une description aussi précise que possible des lésions apparentes. Indiquer sur le [schéma](#) les localisations concernées) :

-
-
-
-
-
-

Retentissements fonctionnels :

Fonction atteinte (entourer oui ou non) :

Vision : oui non

Audition : oui non

Marche : oui non

Préhension : oui non

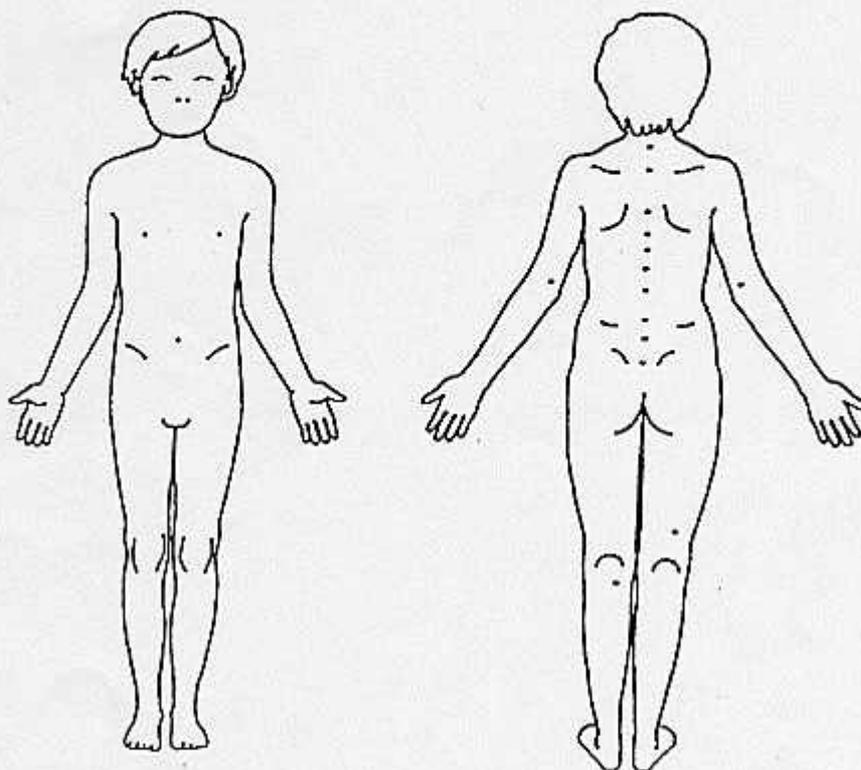
Retentissement psychologique apparent : oui non

Les blessures constatées justifient, sous réserve de complications ultérieures ou de lésions passées inaperçues, une ITT de ... jours.

Observations éventuelles :

Signature

PANTIN DE DESCRIPTION RAPIDE PERMETTANT LA LOCALISATION DES LESIONS :



DECISION MEDICALE :

- **TRANSFERT HOSPITALIER**

- **RETOUR AU DOMICILE**

- **PRESCRIPTIONS**

CONCLUSION DE LA FICHE PERMETTANT L'UTILISATION COMME CERTIFICAT MEDICAL INITIAL : RESUME RAPIDE ET FIXATION D' UNE ITT.

8- FICHE MEDICALE INITIALE

FICHE INDIVIDUELLE VICTIME OU IMPLIQUE SOINS DE TERRAIN N

Nom Prénom N° Tri

Adresse Tél.

CUMP

Date Département /.../.../ SOINS DE TERRAIN N°
 Heure (de l'examen) Soins individuels
 Soins en groupe

Victime directe
 (blessé physique)
 indirecte Sexe M F
 (impliqué)
 Témoin Date de naissance
 Famille,
 proche
 Sauveteur Nationalité

Atteinte(s) somatique(s) oui non
 si oui, la(les)quelle(s)

Atteinte psychologique

Anxiété

absente
 moyenne
 importante

État thymique

neutre
 plutôt triste
 franchement triste
 exalté, euphorique

Troubles du comportement

aucun
 inhibition
 sidération
 agitation

Traitement médicamenteux oui non

(administré sur place, sur indication CUMP)

si oui, produit(s) dose inj per os
 dose inj per os
 dose inj per os

actes automatiques dose inj per os

agressivité

confusion

troubles dissociatifs

délire

Plainte(s) somatique(s) oui non
si oui, la(les)quelle(s)

Contact relationnel avec l'intervenant

satisfaisant

peu satisfaisant

insatisfaisant

très insatisfaisant

Verbalisation

Nature du récit de l'événement

spontanée <input type="checkbox"/>	factuel exclusif <input type="checkbox"/>
provoquée facile <input type="checkbox"/>	<i>(seul le récit des faits est rapporté)</i>
provoquée difficile <input type="checkbox"/>	émotionnel exclusif <input type="checkbox"/>
absente <input type="checkbox"/>	<i>(seul le ressenti de l'événement est verbalisé)</i>
	factuel et émotionnel <input type="checkbox"/>
	amnésie <input type="checkbox"/>
	récit absent <input type="checkbox"/>

Autre(s) remarque(s)

Nature de l'événement

Date Heure (de l'événement)

Intervenant Psychiatre Psychologue Infirmier

9- DOCUMENTS ET ADRESSES D'AIDE AUX VICTIMES

Vous trouverez sur cette page une liste de documents de référence et d'adresses utiles aux victimes en cas d'accidents collectifs et d'attentats.

9.1. Textes réglementaires

- Circulaire DHOS / HFD n° 2002-284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes. (Document à consulter sur le site de Samu de France)
- Circulaire n° 700 SGDN / PSE / PPS du 26 avril 2002 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en oeuvre des matières chimiques.
- Circulaire n° 277 du 2 mai 2002 relative à l'organisation des soins médicaux en cas d'accident nucléaire ou radiologique. . (Document à consulter sur le site de Samu de France)
- Code de la Santé Publique : Livre III AIDE MEDICALE URGENTE ET TRANSPORTS SANITAIRES (a remplacé la Loi 86.11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires).
- Loi 87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs (les articles 15, 16 et 17 sont abrogés par la Loi 96-369 du 3 mai 1996).
- Loi 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.
- Décret 87.964 du 30 novembre 1987 relatif au Comité départemental d'aide médicale urgente et des transports sanitaires (JO du 1.12.87), modifié par le Décret 95-1093 du 5 octobre 1995.
- Décret 87.1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des SAMU (JO du 17.12.87).
- Décret 88.622 du 6 mai 1988 relatifs aux plans d'urgence, pris en application de la loi n° 87565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs, modifié par le – Décret 2000-571 du 26 juin 2000, par le Décret 2001-470 du 28 mai 2001.
- Circulaire 89-21 du 19 décembre 1989 relative au contenu et aux modalités d'élaboration des plans destinés à porter secours à de nombreuses victimes dénommées " plans rouges " .
- Circulaire 700/SGDN/DEN/OND du 6 novembre 1997 relative à la doctrine nationale d'emploi des moyens de secours et de soins face à une action terroriste mettant en oeuvre des matières chimiques.
- Circulaire en projet.

9.2. Ouvrages

- P. Carli et B. Riou. Urgences médico-chirurgicales de l'adulte. À paraître. Chapitre " La responsabilité médico-légale en médecine d'urgence " par Jean Sébastien Marx et Geneviève Barrier.
- M. De Clercq et F. Lebigot Les traumatismes psychiques. (Paris, Masson, 2001).

9.3. Rapports, brochures

- Rapport annuel du Conseil National d'Aide aux Victimes. Décembre 2000. Ministère

Source : Direction Générale de la Santé, bureau SD6D - 8, avenue de Ségur, 75007, Paris.
Rédaction : mai 2002

Mise en page <http://www.samu-de-France.com> 2002

de la Justice/Direction des Affaires Civiles et des Grâces.

– Plan Blanc de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Avril 1998. Cabinet du directeur général/Direction de la Politique Médicale.

– Les politiques publiques de gestion des risques collectifs et des situations de crise. Mai 2000. Institut des Hautes Études de Sécurité Intérieure (IHESI), DESS " Ingénierie de la Sécurité ".

– Rapport sur l'amélioration de la prise en charge des victimes de catastrophes et d'accidents collectifs. Ministère de la Justice - Direction des Affaires Criminelles et des Grâces.

9.4. Articles

– Bernard Decour, Frank Questel, Sarah Dauchy. Victimes d'attentats : quelle aide psychologique et juridique ? La Revue du Praticien - Médecine Générale, 17 décembre 2001, Tome 15, n° 558, p. 2210. Accès à l'article : *cliquer ici* (faire lien vers fichier BECOUR.pdf)

– Geneviève Barrier. Emergency medical services for treatment of mass casualties. Critical care medicine, 1989, volume 17, n° 10.

– Claude Martel. Qu'en est-il de l'intervention psychosociale en sécurité civile au Québec ? Santé mentale au Québec - 2000 - XXV - 1 - 45-73.

– M. Arendt, A. Elklit. Effectiveness of psychological debriefing. Acta Psychiatr Scand 2001;104:423-37.

– Hageman I, Andersen HS, Jorgensen MB. Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. Acta Psychiatr Scand 2001;104:411-22.

9.5. Journaux

– Paroles de victimes

Journal de l'Association SOS ATTENTATS

– Lettre d'information de l'Inavem Journal de l'Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation

9.6. Associations

– INAVEM. 1 rue du Pré Saint-Gervais 93691 Pantin Cedex. Tél. : 01 41 83 42 00 - Fax : 01 41 83 42 24 - E-mail : contact@inavem.org. [En savoir plus sur l'INAVEM : http://www.justice.gouv.fr/region/inavemabis.htm](http://www.justice.gouv.fr/region/inavemabis.htm)

Attention, en cliquant sur ce lien, vous quittez le site du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

– SOS Attentats. Hôtel des Invalides 75007 Paris. Tél. : 01 45 55 41 41 - Fax : 01 45 55 55 - Site Internet : <http://www.sos-attentats.org>

Attention, en cliquant sur ce lien, vous quittez le site du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

9.7. Numéro Azur d'aide aux victimes d'infractions pénales

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

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