

CHIRURGIE ET TERRORISME

Ce sont ces situations et ces lésions que je voudrais évoquer devant vous à la lumière de l'expérience vécue lors de l'attentat de la rue de Rennes, et en élargissant le propos grâce à l'expérience du service dans le traitement secondaire des victimes d'attentats.

Nous aborderons l'aspect proprement médico-chirurgical du sujet avec la mise en place de la chaîne des secours (du site de l'attentat vers l'hôpital), et les problèmes de ramassage et d'évacuation, la qualité et l'anatomie pathologique des lésions, les moyens de diagnostic, et le traitement chirurgical.

Enfin je vous donnerai un aperçu des suites et des séquelles de ces blessures, avec les différents problèmes que posent ces séquelles.

LE TERRORISME

Le terrorisme n'est pas un phénomène nouveau.

La guerre civile en ULSTER, l'avènement des Brigades Rouges en Italie, la bande à Baader en ALLEMAGNE, les événements du proche Orient, ont considérablement accéléré le processus et donné au terrorisme sa dimension internationale actuelle qui a fait dire de lui qu'il allait devenir la IIIème guerre mondiale.

DEFINITION

L'acte terroriste consiste pour un homme à peser sur le cours des événements par la violence et la mort.

Le terrorisme, actuellement, a une dimension politique c'est l'évidence.

Ce phénomène politique s'est considérablement développé dans la période récente grâce à l'écho que lui donnent les médias et tout spécialement la télévision.

L'acte terroriste est devenu un phénomène de communication qui vaut moins par lui même que par son impact médiatique. La victime est autant le messageur que la cible car c'est au bout du compte l'opinion publique qui est visée et qu'il faut terroriser. Dans le passé le terrorisme visait les dirigeants politiques, il vise maintenant les citoyens, véritables détenteurs du pouvoir dans les démocraties, grâce au relais des médias. C'est tellement vrai que le terrorisme est quasiment absent des pays où la liberté de la presse n'existe pas.

Ce sont des données stratégiques et politiques qui expliquent que la FRANCE soit actuellement la cible privilégiée d'un terrorisme international qui sévit aussi dans d'autres démocraties.

Depuis 1980 on doit déplorer dans notre pays une centaine de morts (dont les 58 tués du contingent Français de Beyrouth) et de mille blessés.

C'est exclusivement de l'attentat aveugle que nous traiterons C'est lui, en effet, qui retiendra l'attention des responsables des secours, car la voiture piégée, le camion suicide, la bombe camouflée, laisseront, en effet, sur le terrain un grand nombre de victimes et poseront les problèmes de traitement les plus aigus, d'autant que l'attentat survient exclusivement en milieu urbain.

L'ATTENTAT

Tout commence, en effet, avec l'attentat qui va en quelques minutes cristalliser sur ce théâtre de désolation, les très nombreuses difficultés qui attendent les équipes de secours. L'explosion va survenir en effet, toujours dans un quartier populaire, dans un lieu public, à une heure de grande affluence, et ceci de façon délibérée, pour entraîner un maximum de victimes et de dégâts, et pour créer la panique. Les victimes diffèrent en effet, beaucoup des combattants du champ de bataille.

-ils se recrutent dans la population tout venant d'une grande ville : les femmes, les enfants représentaient la majorité des victimes de la rue de Rennes.

MISE EN PLACE DE LA CHAÎNE DES SECOURS

Par la grâce du téléphone, l'alerte va amener sur place en quelques minutes les équipes de secours, les services de police et les équipes de presse. La suite des événements se déroulera en permanence sous l'œil des caméras.

Les difficultés pour les équipes d'intervention sont alors à leur comble : le grand nombre des victimes, l'encombrement des lieux, l'affolement des curieux, les difficultés de circulation, rendent compte de la nécessité absolue si l'on veut à la fois préserver la vie des blessés et éviter le désordre et la panique, d'une organisation de la chaîne des secours. A cet attentat, parfaitement préparé, doit répondre une riposte institutionnelle qui ait fait l'objet d'une réflexion préalable et qui écarte toute improvisation.

A Paris, les services concernés, SAMU, POLICE ET SAPEURS-POMPIERS, sont en relation permanente par le biais de leurs régulateurs, et grâce aux liaisons radio.

Directeur des secours

Sur place, la coordination des différentes équipes est dévolue au Directeur des Secours, DS, Maître d'oeuvre, qui dirige l'ensemble des actions de secours :

- Maîtrise de l'environnement (Police, services sociaux, itinéraires, stationnement, DZ, prise en charge des blessés légers et des familles).

- Contrôle des dangers et problèmes techniques (artificiers,

pompiers, gaz, électricité).

- Logistique des secours :

- . renforts,
- . moyens de dégagement,
- . moyens d'évacuation,

Relève des blessés

Création du Centre de Tri,

Tout cela pour permettre au mieux la prise en charge médicale des victimes qu'il confie au Directeur des Secours Médicaux (D.S.M.)

DIRECTEUR DES SERVICES MEDICAUX

Les soins aux blessés vont se succéder comme sur le champ de bataille en trois étapes : ramassage, mise en condition et évacuation.

1) Le ramassage

vise à regrouper tous les blessés vers le centre de tri tout proche. Il se fera sous la direction d'un médecin qui fixe les priorités et par le jeu d'une noria de brancardiers.

Dès ce stade, devront intervenir une identification des blessés, et un premier triage;

. L'identification est parfois impossible, si le blessé est inconscient et l'on devra l'étiqueter, lui, et ses affaires, ses prélèvements.

. Le triage et la catégorisation sont ici, les plus simples qu'en temps de guerre, car tous les blessés seront traités dans des délais brefs. Il importe, pour éviter la surcharge du Centre de Tri, de distinguer les blessés graves de ceux qui ne le sont pas. ce triage sommaire grave/pas grave, est assuré dans des conditions d'urgence ou manque la sérénité. Il peut, à l'occasion, ignorer certaines lésions masquées ou majorer la gravité de certaines autres. C'est alors qu'est rédigé la FME (Fiche Médicale d'Evacuation).

LA MISE EN CONDITION

Quoiqu'il en soit, on réservera aux plus gravement atteints, dès leur ramassage, les gestes de réanimation et de mise en condition les plus complets.

Ces gestes de sauvetage ou de ressuscitation doivent répondre aux deux situations de détresse classique :

- Lutte contre la détresse circulatoire :

- * par les gestes d'hémostase, compression ou garrot,
- * par le remplissage vasculaire utilisant des voies veineuses périphériques.
- * des solutés macromoléculaires.
- * parfois l'auto-transfusion d'un hémithorax à l'aide d'appareillages prêts à l'emploi.

- Lutte contre la détresse respiratoire :

- * par le contrôle de la liberté des voies aériennes supérieures qui peut aller de la simple insertion d'une canule de Guedel à l'intubation d'un brûlé ou d'un traumatisé maxillo-facial.

* la ventilation sera volontiers confiée à un respirateur portatif.

* C'est également au Centre de Tri que pourra être institué le traitement antibiotique (Péni) en prévention de la gangrène gazeuse.

Un geste particulier peut être requis en cas d'ensevelissement sous les décombres d'un bâtiment : l'amputation de désincarcération comme a pu la pratiquer notre confrère CHEVALIER à EL ASNAM, dans des conditions de difficulté et de danger extrême, et avec des moyens de fortune qui rendent son récit hallucinant.

L'EVACUATION

Ne peut être envisagée que lorsque l'accueil est assuré et le transport possible sans danger.

- Le DSM par l'intermédiaire des régulateurs et des moyens radio doit trouver une place d'accueil dans un hôpital pour chaque blessé. Cela suppose qu'il puisse fournir les détails sommaires sur la gravité du blessé et que l'hôpital d'accueil soit suffisamment polyvalent pour prendre en charge un polyblessé, ce qui n'est paradoxalement pas toujours le cas à Paris en raison de la spécialisation des services chirurgicaux.

- L'état du blessé et l'heure d'arrivée sont indiqués. Le mode de transport le mieux adapté sera alors requis en fonction de la gravité, de l'éloignement, des disponibilités, là comme en temps de guerre, l'hélicoptère peut avoir une place prépondérante.

- La mise en condition d'évacuation comporte la vérification des voies veineuses, des drains, du scope, du respirateur, pour assurer un transport sans problèmes.

Toute cette phase est sous la responsabilité d'un jeune réanimateur chirurgical.

LE TRAITEMENT A ECHELON HOSPITALIER

A l'arrivée à l'hôpital, dûment prévenu, tous les moyens en personnel disponible sont mis en oeuvre. Les possibilités de traitement seront nombreuses (ce fut notre cas, au Val de Grâce, le 17 septembre 1986 vers 18 heures).

Mais l'hôpital peut être rapidement saturé si l'on a surestimé les capacités d'accueil ou si de nombreux blessés légers encombrant le service d'urgence. Nous avons demandé trois blessés et une trentaine de blessés légers. Bien inspiré, le régulateur des pompiers a envoyé les blessés légers sur une autre formation, ce qui nous a permis de concentrer tout notre potentiel uniquement sur trois blessés. C'est la première leçon que nous avons tirée de cette expérience.

A l'hôpital aussi la présence d'un coordinateur chirurgical ou réanimateur, peu importe mais toujours chevronné est indispensable.

- pour définir les priorités, canaliser les bonnes volontés qualifiées et préciser l'action de chacun. Prévoir locaux, salles, personnel transmission.

- ainsi nos trois blessés, anonymes, furent numérotés .
A chacun d'eux fut destinée une équipe comprenant deux infirmières anesthésiste, deux chirurgiens, deux réanimateurs, une panseuse.

-Un nouveau bilan s'impose, mais le traitement institué à l'avant est poursuivi sans rupture, ce qui souligne l'importance de la communauté de vues entre réanimateur pré-hospitalier et hospitalier.

LA QUALITE DES BLESSURES

Les blessures des victimes d'attentat sont pour les plus graves d'entre elles d'une extrême sévérité qui les compare aux blessures de guerre.

- Les lésions multifocales sont la règle,
- Ce polyblessé est toujours un polyagressé associant :

- * des plaies projectilaires,
- * des brûlures,
- * un blast,
- * éventuellement un écrasement.

- la sommation de ces lésions rend compte de la gravité de l'évolution immédiate, les plus gravement atteints étant les plus proches de l'épicentre de l'explosion.

La mort immédiate succède habituellement :

- * à l'hémorragie massive,
- * à l'asphyxie,
- * au traumatisme cranio-facial majeur,
- * où à la contusion myocardique et pulmonaire par blast.

Les survivants sont menacés à très court terme par les syndromes de détresse circulatoire et respiratoire qui font de ces blessés des morts en sursis

Cette nouvelle race de blessés, inconnus sur le champ de bataille ne peut exister que par la précocité et l'extrême sophistication de la réanimation immédiate. C'est la caractéristique essentielle de l'attentat en milieu urbain.

C'est la deuxième leçon que nous avons tirée.

Pour mieux appréhender ces polyblessés qui vont nous intéresser désormais à l'exclusion de tous les autres, l'établissement d'un score de gravité est indispensable.

Aux U.S.A., un tel score existe depuis quelques années pour catégoriser les blessés du trafic ; il a été plusieurs fois utilisé pour les victimes d'attentats.

C'est le score A I S ,dont voici un exemple :

- le score I S S lui, prend en compte les trois lésions les plus graves. Il est bien corrélé avec le pourcentage d'évolution fatale. Utilisé à posteriori, il permet d'estimer la gravité de tel ou tel type d'attentat ou de catastrophe.

C'est la troisième leçon que nous avons tirée.

Anatomie-Pathologie

Nous avons retenu 5 types lésionnels qui sont énumérés ici :

1) Les lésions par projectiles et éclats

Laissons de côté les plaies par balle ou par éclats simples qui sont rares dans les attentats par explosif et consacrons un peu de temps aux plaies par éclats et projectiles secondaires qui constituent le **polycrissage**

- deux caractéristiques les définissent :
La **multiplicité** et la **septicité** qui résulte de l'inclusion de corps étrangers dans les plaies.

- Le **polycrissage "superficiel"** dont vous voyez ici quelques exemples, aboutit à des lésions toujours très étendues,

- Le **polycrissage "profond"** intéresse un blessé situé plus près du lieu de l'explosion. Les projectiles déjà dispersés sont animés d'une grande énergie et peuvent déterminer plusieurs **plaies pénétrantes**.

La gravité du crissage dépend, bien sûr de la profondeur des plaies mais surtout de leur siège :

. Les lésions crânio-faciales, hémorragiques, asphyxiques sont gravissimes dans l'immédiat, mais aussi dans les suites.

. Les lésions thoraco-abdominales pénétrantes sont responsables de thorax soufflants, d'éviscération, de lésions hémorragiques des parenchymes.

. Les lésions périphériques sont souvent étendues, infectées, elles vont obérer le traitement orthopédique et font peser sur le pronostic le spectre de la gangrène.

2) Les lésions par blast

On désigne ainsi les lésions dues à l'onde de souffle qui accompagne l'explosion. Elle crée une surpression hautement énergétique dont la propagation est perturbée par les obstacles ou majorée par la résonance dans un espace clos.

Le **blast primaire** atteint les organes inhomogènes contenant de l'air :

- sphère O.R.L. : la perforation tympanique est la lésion de base du blast aérien (on la retrouve chez presque tous les blessés proches de l'explosion). Le larynx ébranlé par l'onde peut présenter des pétéchies qui sont un signe d'alarme qui doit faire rechercher un blast pulmonaire.

Quatrième leçon à retenir.

- blast pulmonaire : il s'agit d'une lésion non par surpression, mais d'impaction de la paroi thoracique brusquement comprimée sur son contenu ; il s'ensuit une contusion pulmonaire sur laquelle on peut distinguer l'empreinte des côtes ; cette contusion pulmonaire, en fait assez rare, peut aller des pétéchies superficielles à l'hépatisation complète des poumons, également pneumo-thorax

fistules artério-veineuses.

Blast abdominal : Il intéresse les viscères digestifs contenant de l'air et peut provoquer des hématomes intra-muraux voire des déchirures de l'intestin ou du rectum. Enfin, le scrotum s'avère très exposé aux lésions de blast et nous avons rencontré deux cas.

Le blast secondaire et tertiaire regroupent les lésions

. par projectiles secondaires, effondrement des locaux,
. surtout lésions par décélération qui voient les organes pleins s'écraser sur les parois qui les entourent (déchirure hépatique, rupture de la rate, contusion myocardique, contusion cérébrale).

. enfin les blessures liées au choc du corps projeté par le souffle sur un plan dur.

3) Les lésions d'écrasement

Se rencontrent exclusivement après effondrement d'un bâtiment soufflé par l'explosion (immeuble Drakkar, Ambassade Américaine, Beyrouth).

. Au niveau des membres, c'est le crush syndrome de Bywaters, responsable si l'écrasement se prolonge, d'un cercle vicieux œdème-ischémie qui va aboutir à la libération dans la circulation lors de la levée d'obstacle, de produits de dégradation musculaire. C'est la rhabdomyolyse, souvent compliquée de septicémie. Ces lésions impliquent lors du dégagement le recours au garrottage, et éventuellement à l'amputation de désincarcération déjà évoquée, décision difficile, geste obligatoirement pénible.

. Au niveau du bassin, ces écrasements sont compatibles avec la survie mais occasionnent des lésions gravissimes, osseuses, urinaires, périnéales et rectales qui, avec l'hémorragie peuvent faire le lit de la gangrène.

4) LES BRULURES

Représentent souvent un dénominateur commun de ces blessés, dues à la chaleur de l'explosion proprement dite ou au caractère incendiaire de l'engin, voire à un incendie secondaire.

Cutanées, ces brûlures toucheront plus volontiers la face, les mains et les zones découvertes.

Respiratoires, par inhalation de gaz incandescents, elles vont entraîner des lésions trachéo-bronchiques et alvéolaires gravissimes car méconnues et aboutissant secondairement à une détresse respiratoire.

5) LES AMPUTATIONS TRAUMATIQUES

Représentent enfin une lésion très particulière de ces explosions. Il s'agit de véritables arrachements de membres par l'effet de souffle qui vont atteindre les blessés les plus proches du lieu de l'explosion et amputer ainsi plusieurs membres d'un même blessé.

Ces lésions très choquantes et hémorragiques, ne peuvent exister que par la précocité des gestes d'hémostase et de réanimation sur le terrain.

LES MOYENS D'INVESTIGATION

Bien sûr, les moyens d'investigation modernes sont disponibles et pourraient être utilisés sans restriction, mais l'urgence n'est pas au diagnostic. Elle est au traitement et toute perte de temps ne pourrait que nuire à ces blessés graves.

Aussi le bilan lésionnel sera-t-il essentiellement clinique.

- L'examen déjà commencé sur les lieux de la catastrophe repris et complété à l'admission. Se méfier d'un examen incomplet.

- Le blessé sera déshabillé entièrement.

- Examen clinique complet à la fois sous l'angle chirurgical et de réanimation.

- Difficultés de cet examen sur blessé inconscient ou sous sédation (méconnaissance pour un de nos blessés d'un hémithorax de 2 litres.

- Importance I R - P L P - ECHO

Enfin, peut se poser la question de l'examen radiologique standard d'une - lésion ostéo-articulaire

- ou thoracique.

Cet examen pourra éventuellement compléter, voire diriger une exploration chirurgicale en cours d'intervention (recherche d'éclats par exemple).

Dans tous les cas, ce bilan lésionnel ne dure jamais et ne retarde pas l'acheminement du blessé vers le Bloc opératoire.

LE TRAITEMENT

Va obéir à trois grands principes :

* C'est d'abord l'urgence extrême, au cours de laquelle il faudra privilégier les gestes de sauvetage en se gardant de tout excès thérapeutique qui risque de compromettre les chances de survie du blessé.

* C'est aussi un traitement multidisciplinaire, plusieurs spécialités chirurgicales peuvent intervenir.

* Enfin, les règles de traitement, vont différer de celles du temps de guerre :

- pas de catégorisation formelle car tous les blessés seront traités dans des délais brefs.

- pas d'évacuation secondaire : la totalité du traitement se fera à un seul échelon,

- enfin, les conditions matérielles et techniques du traitement seront les meilleures possibles.

* Surtout la mise en oeuvre et le succès éventuel reposent sur le couple réanimateur-chirurgien, une fois encore indissociable malgré leurs différences.

C'est la sixième leçon à retenir.

1) Les gestes de ressuscitation ayant été accomplis sur place, la réanimation à l'hôpital va poursuivre et prolonger le traitement antérieur.

. un nouveau bilan biologique, un nouveau groupe sont réalisés.

. la réanimation repose essentiellement sur le remplissage vasculaire.

La réanimation sanguine pose 2 types de problèmes :

. la détermination du groupe sanguin est toujours sujette à caution chez un blessé très hémodilué et dont l'identité est incertaine, par conséquent, c'est par du sang O Rh - qu'ils seront le plus souvent transfusés.

. L'approvisionnement en sang peut être problématique pour cause de rupture de stock ou par difficultés d'acheminement et de liaisons.

. Nous mêmes avons eu des problèmes d'approvisionnement liés au délai de route et ceci malgré la présence d'un motard. C'est ici que l'aide de l'hélicoptère est indispensable à une heure d'affluence.

2) Le traitement chirurgical s'adresse d'abord à des gestes de sauvetage

Ainsi, une amputation de déhocage ou l'hémostase d'un moignon de membre arraché :

De la même façon, il faudra savoir réaliser très vite une laparotomie ou une thoracotomie d'hémostase lorsque la réanimation s'avère inefficace.

Après quoi, le bilan lésionnel réalisé au bloc opératoire va permettre d'établir une hiérarchie des geste chirurgicaux indispensables et je vous propose d'évoquer ces différents gestes qui pourront au mieux être réalisés simultanément par plusieurs équipes.

a) En premier lieu, les lésions vasculaires

L'hémostase provisoire a bien sûr déjà été réalisée sur les lieux de l'accident par compression ou garrot.

Elle sera assurée définitivement, soit par une ligature, qui peut éventuellement être transitoire et après passage d'un cap critique, être suivie d'un geste restaurateur.

En effet, c'est bien souvent une amputation primaire qu'il faudra réaliser en raison de l'association de lésions ostéo-articulaires et des lésions PM sur un même membre.

b) Les lésions thoraciques

relèvent en première intention d'un drainage de la cavité pleurale en présence d'un épanchement.

Un grand volet pariétal mobile pourra être traité par SPI en n'omettant pas la possibilité de lésions pulmonaires sous-jacentes.

Enfin rarement, une thoracotomie sera indiquée si l'épanchement dépasse 100 cc/heure après le 1ère heure.

La suspicion d'un blast doit faire envisager une fibroscopie endo-bronchique à la recherche de pétéchies ou d'hématomes sous-muqueux des voies aériennes supérieures.

c) Les lésions abdominales

relèvent d'une laparotomie dans trois circonstances :

- . éviscérations,
 - . évidence d'hémorragie interne,
 - . évidence de rupture d'un organe creux.
- réparation des plaies parenchymateuses (sauf rate)
résection avec dérivation de matières dans les

plaies colo-rectales.

Les lésions pariétales doivent être explorées chirurgicalement. Le dogme de la laparotomie systématique pourra être transgressé devant une plaie pénétrante minime, sous réserve d'une surveillance armée.

d) Les lésions crânio-cérébrales et maxillo-faciales

Par une plaie crânio-cérébrale dont le traitement doit deux impératifs : la décompression du cerveau, la fermeture de la dure-mère, l'hémostase obsessionnelle.

e) Les lésions ostéo-articulaires fréquemment ouvertes feront appel, soit à l'amputation primaire, soit à la stabilisation extrafocale par un fixateur externe.

f) Enfin, les lésions de la peau et des parties molles bien que superficielles, peuvent poser de difficiles problèmes par leur étendue, l'association de criblages, plaies et brûlures qui font de ces blessés de véritables écorchés. Le parage, l'ablation des corps étrangers sont à la base de leur traitement.

LES SUITES OPERATOIRES

Se dérouleront dans un service de réanimation et seront inmanquablement marquées par des complications et des interventions itératives.

Car le traitement primaire n'est que la première étape d'un long parcours thérapeutique où les embûches et les obstacles pourront surgir à tout moment.

Parfois même pourra se poser le problème de la justification d'un acharnement thérapeutique, problème d'autant plus crucial que toute relation directe avec le blessé est impossible et que sa famille peut éventuellement rester inconnue.

J'examinerai les complications en deux chapitres :

1) Celles qui sont consécutives aux lésions initiales.

- Au niveau des membres, les pansements seront souvent quotidiens, une reprise hémorragique, un sepsis pourront obliger à une amputation .

- Au niveau de l'abdomen, un syndrome hémorragique, une péritonite post-opératoire pourront nécessiter la reprise chirurgicale avec le risque majeur d'éviscération et de fistules amenant à réaliser une laparotomie dont on s'iat l'exceptionnelle gravité sur ce terrain.

- Les lésions thoraciques et respiratoires peuvent amener à réaliser une trachéotomie, une thoracotomie d'hémostase ou de

pneumostase.

- Enfin, les complications intra-crâniennes sont dominées par l'œdème cérébral, et par l'apparition secondaire d'un hématome sous-dural.

Le scanner fait systématiquement permettra de différencier ces deux lésions, l'hématome relevant seul du traitement chirurgical.

2) La pathologie induite et les lésions iatrogènes, sont propres à ces blessés "hors du commun" qui ont nécessité une réanimation lourde.

Ainsi :

- les complications respiratoires à type d'œdème lésionnel, pneumopathie de surinfection, particulièrement chez les blessés et les brûlés,

les coagulopathies sont fréquentes, liées aux transfusions massives, à l'état de choc, à une éventuelle embolie graisseuse ; l'anurie du choc, l'insuffisance rénale d'origine multifactorielle guettent ces blessés et va nécessiter l'E.E.R. qui complique le traitement.

- Parmi les complications digestives, les hémorragies par ulcère de stress, les cholecystites post-agressives alithiasiques, les pancréatites aiguës, les fistules pourront à l'occasion relever d'un geste chirurgical.

- Enfin, les complications septiques peuvent relever d'un traitement médical (par les prélèvements multiples et l'antibiothérapie adaptée) ou d'un traitement chirurgical lorsqu'existe un foyer septique ou un abcès localisé .

Le parcours d'obstacle pourra s'achever par la décompensation d'une tare pré-existante ou par une défaillance pluri viscérale, mettant un terme à plusieurs semaines de soins intensifs.

LES SEQUELLES

SEQUELLES FONCTIONNELLES

Intéressent les grandes fonctions :

- **respiratoires** telles les sténoses trachéales ou les amputations de la capacité respiratoire,
- **abdominales** les stomies, les éventrations, les émasculations, les séquelles digestives.
- **neuro-sensorielles** il convient d'insister sur la surdité, la cécité, déficits, épilepsie, syndrome des traumatisés crâniens.

SEQUELLES MOTRICES sont présentes à l'esprit de tous.

Raideur, cal vicieux, foyers septiques osseux et articulaires feront l'objet d'interventions orthopédiques secondaires.

Amputations et moignons feront l'objet de retouches chirurgicales, de greffe et d'appareillage.

SEQUELLES PLASTIQUES

relèveront d'un traitement propre et spécialisé de chirurgie réparatrice. Les plus sévères étant les séquelles de brûlures par la durée et le caractère pénible de leur traitement qui vont ajouter aux séquelles psychiques sur lesquelles je voudrais insister maintenant.

SEQUELLES PSYCHIQUES

On retient essentiellement :

- en premier lieu, la néphrose traumatique survient volontiers après un temps de latence ou de maturation de plusieurs mois et se caractérise par un perpétuel état d'alerte, un syndrome de répétition où le blessé revit dans ses cauchemars, la situation traumatique.

- Les symptômes hystériques de conversion, la sinistrose, les revendications paranoïaques majorent volontiers des séquelles réelles qui n'ont pas ou mal été indemnisées et qui retardent la réinsertion de ces blessés.

C'est la septième leçon à retenir.

La prévention de ces troubles passe par une évaluation juste et une réparation rapide du préjudice corporel.

N'a-t-il pas fallu que sous l'impulsion d'une paraplégique, se crée une association des victimes d'attentats qui a obtenu le 9 Septembre 1986, une loi d'indemnisation systématique des victimes d'attentat et la création d'un fond de secours.

C'est peut-être une modification du regard que porte la société sur ces blessés. Ce blessé anonyme à qui on a donné tant de soucis dans la période initiale restera une victime anonyme souvent délaissée au stade des séquelles.

C'est la huitième leçon à retenir.

De timides initiatives sont cependant prises par les pouvoirs publics. J'en veux pour preuve des travaux de la 1ère Journée de INAVEM consacrée à l'aide aux Victimes d'Attentats.

CONCLUSION

"Un être qui s'habitue à tout, voilà la meilleure définition de l'homme", disait Dostoïevski.

Et de fait, le terrorisme, en 1987, est une réalité incontournable à laquelle la société doit faire face. Il revient bien sûr aux responsables politiques de lutter contre les causes et de limiter les risques d'attentats. Pour les citoyens des villes, l'observation de règles de sécurité parfois contraignantes, l'acquisition de nouveaux réflexes de prudence sont une nécessité.

Pour les responsables des secours, le phénomène de l'attentat en milieu urbain a entraîné ces dernières années une réflexion qui permet actuellement la mise en place très rapide des équipes de tous ordres, cette riposte adaptée et rapide rassure la population. Elle est la meilleure parade aux objectifs terroristes.

Enfin pour les médecins, le concept de nouveaux blessés gravissimes, impose de substituer au ramassage et à l'évacuation sauvage, une réanimation pré-hospitalière sophistiquée qui permet d'amener le blessé vivant à l'hôpital.

Là, une structure multidisciplinaire est la seule apte à faire face aux lésions de ces polyblessés.

Paradoxalement, la spécialisation des hôpitaux des grandes villes ne leur permet pas d'accepter n'importe quel blessé. Les formations multidisciplinaires ~~elles~~ peuvent le faire, mais malgré tout, les possibilités thérapeutiques actuelles ont encore des limites puisqu'après un long combat de tranchées, nous avons perdu notre dernier blessé deux mois après l'attentat.