



11^{ème} congrès de médecine générale France

1^{er} avril 2017



Attentat : dynamiques des réponses du médecin généraliste dans la crise à fort potentiel traumatique

Sébastien Ramade, Hugues Lefort

*Ecole du Val de Grâce
Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, Paris, France*

*sebramade@gmail.com
hugues.lefort@pompiersparis.fr*



**« L' intelligence est parfois définie comme la
capacité d' un individu à s'adapter à son
environnement avec succès - ou à ajuster son
environnement à ses besoins »**

Bruce Lee

Partie 1 : Faire face, s'ajuster, sauver... Marche Ryan !

Partie 2 : Prise en charge d'un blessé au moyen et long cours



Années « 70 »

- Problèmes liés à la répartition des moyens sapeurs-pompiers
- Pas de coordination des moyens médicaux
- Evacuations sauvages

1^{ère} puis 2^{de} vague d'attentats des années 80

2^{ème} vague d'attentats des années 80

La vague d'attentats fait 18 morts et 213 blessés

Régulation médicale avancée

Nouvelle vague d'attentats (1995-1996)
St Michel, Port-Royal, gare d'Orsay



Années 2000 : nouvelles préoccupations

NRBC

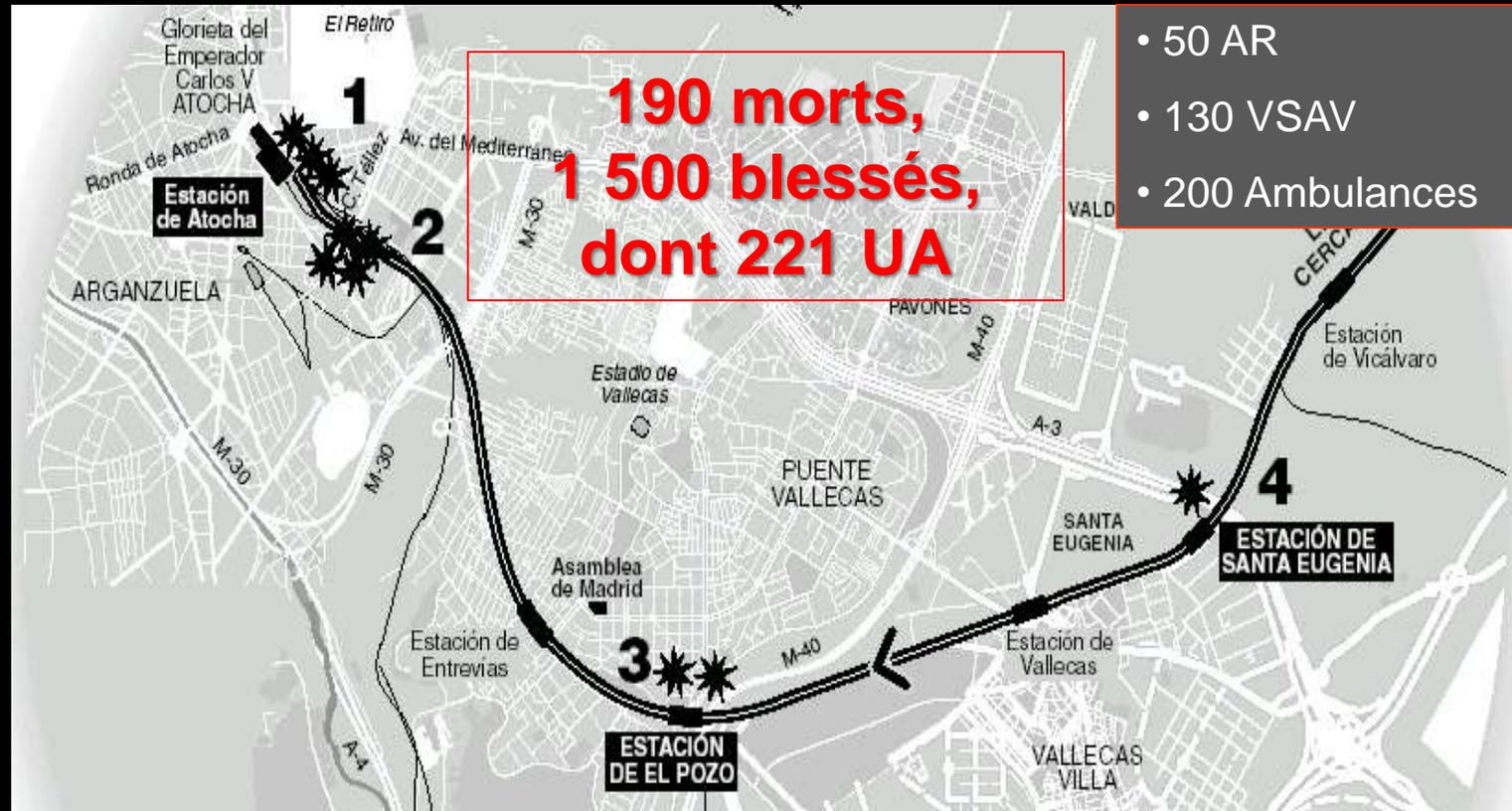
- Japon : Matsumoto 1994 et Tokyo 1995 (**Sarin** dans le métro).
Russie : Moscou 1996 (source de **Césium 137** + explosif).
- USA : Chicago 2002 (**bombe sale**).
- Japon: Fukushima 2011
- Biologique : USA et France 2001 : **enveloppes et charbon**.

Terrorisme : plongée dans l' « Hyperterrorisme »

- New-York 11 septembre 2001.
- Madrid Londres 2004.



Attentats de Madrid du 11 mars 2004



Près du $\frac{1}{3}$ des victimes transportées « sauvagement » ou s'étant rendues par leurs propres moyens à l'hôpital.



Attentats de Londres du 7 juillet 2005



56 morts,
800 blessés, dont 70 UA



Evolution des modes d'action terroristes

Du plan rouge

depuis 1980 secteur BSPP = 20 attentats dont 10 en 1986
1 seul site visé / 3 morts et 42 blessés



Au plan rouge alpha

Attentats **simultanés** sur plusieurs sites
Nombre massif de victimes (31 morts et 263 blessés)



Paris janvier 2015

Paris 13 novembre 2015



Paris 13 novembre 2015

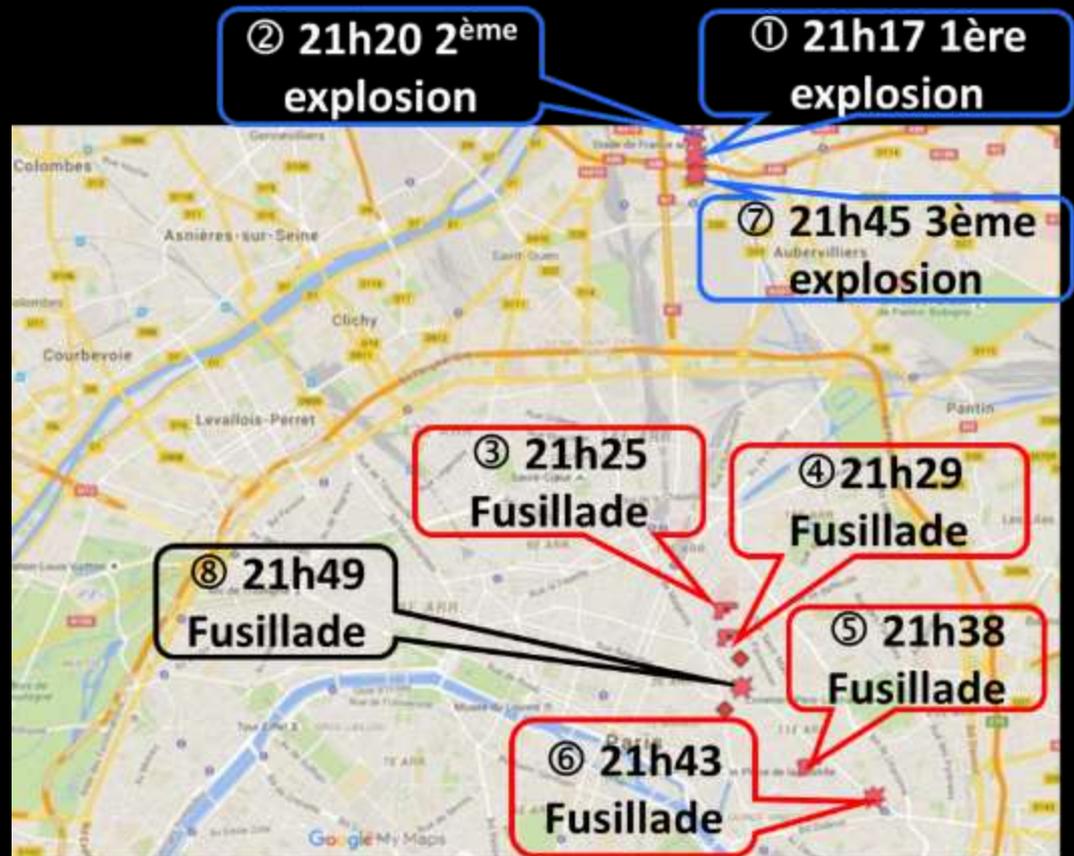
8 attaques dont 1 POM* en 32 minutes

Stade de France:

France-Allemagne,
72000 spectateurs +
officiels

Fusillades dans Paris

Terrasses bondées un
vendredi soir
Salle de concert avec
exécution d'otages



* Prise d'otages massive



La balistique lésionnelle de la victime d'attentat de masse

2 types d'armes :

Les balles

Les bombes (3B, NRBC ?)



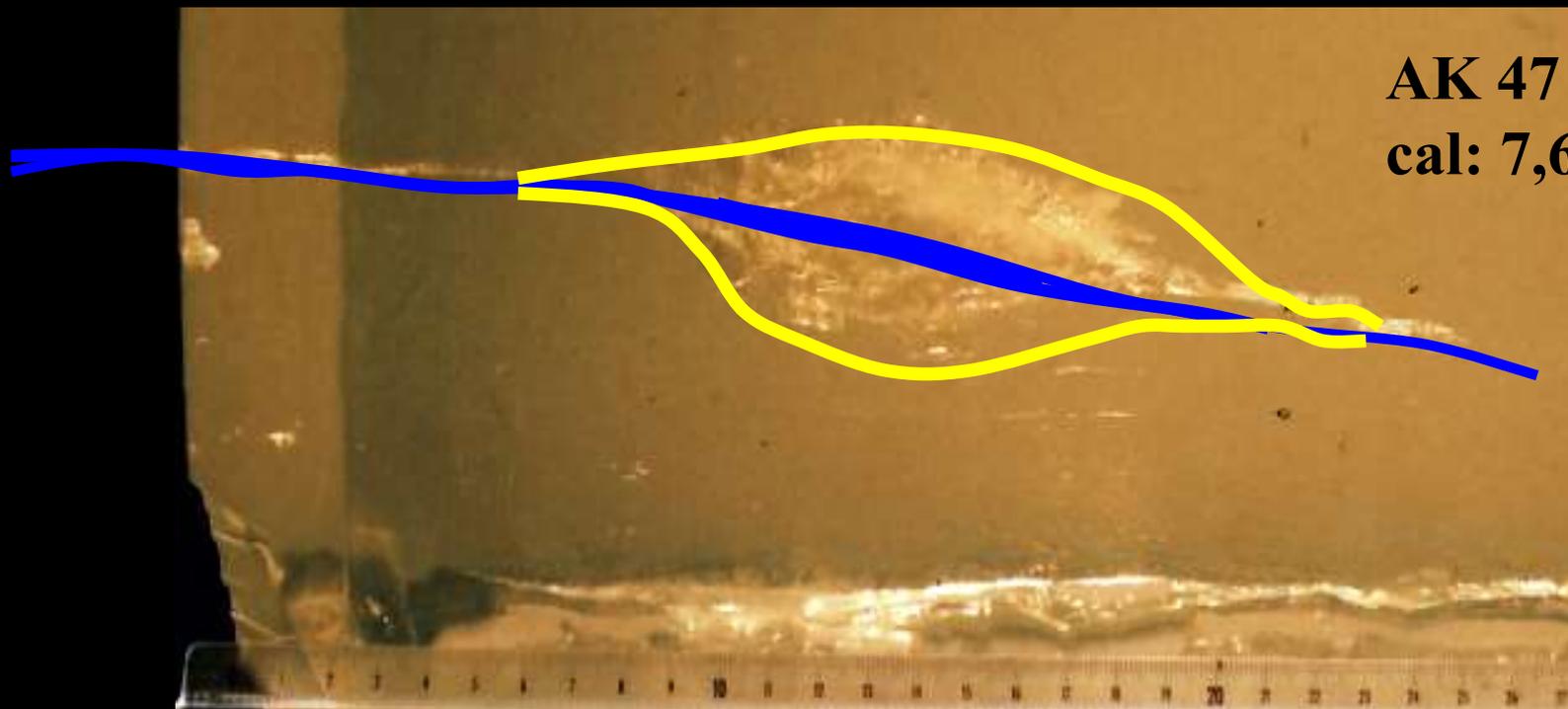
2 grands mécanismes lésionnels :

Perforants (les balles et éclats)

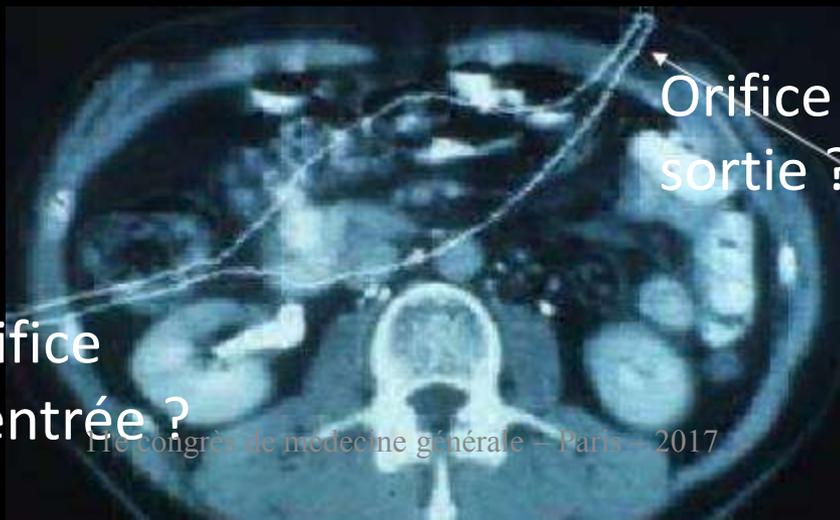
Blast (explosions)



Traumatismes par perforation



AK 47
cal: 7,6



Orifice de
sortie ?

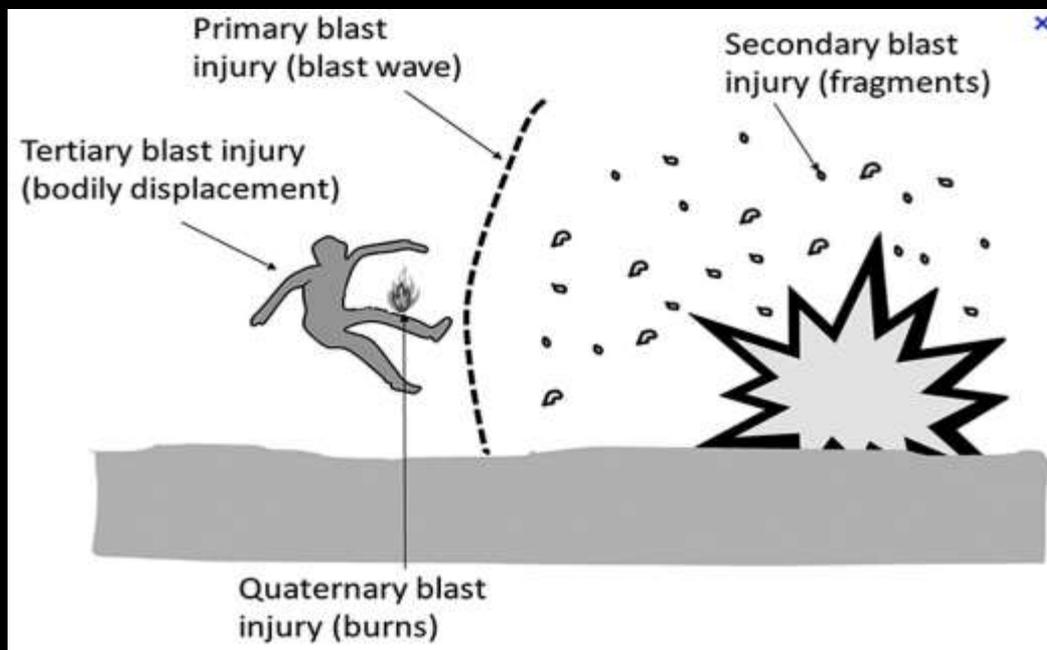
Orifice
d'entrée ?

Le congrès de médecine générale – Paris – 2017



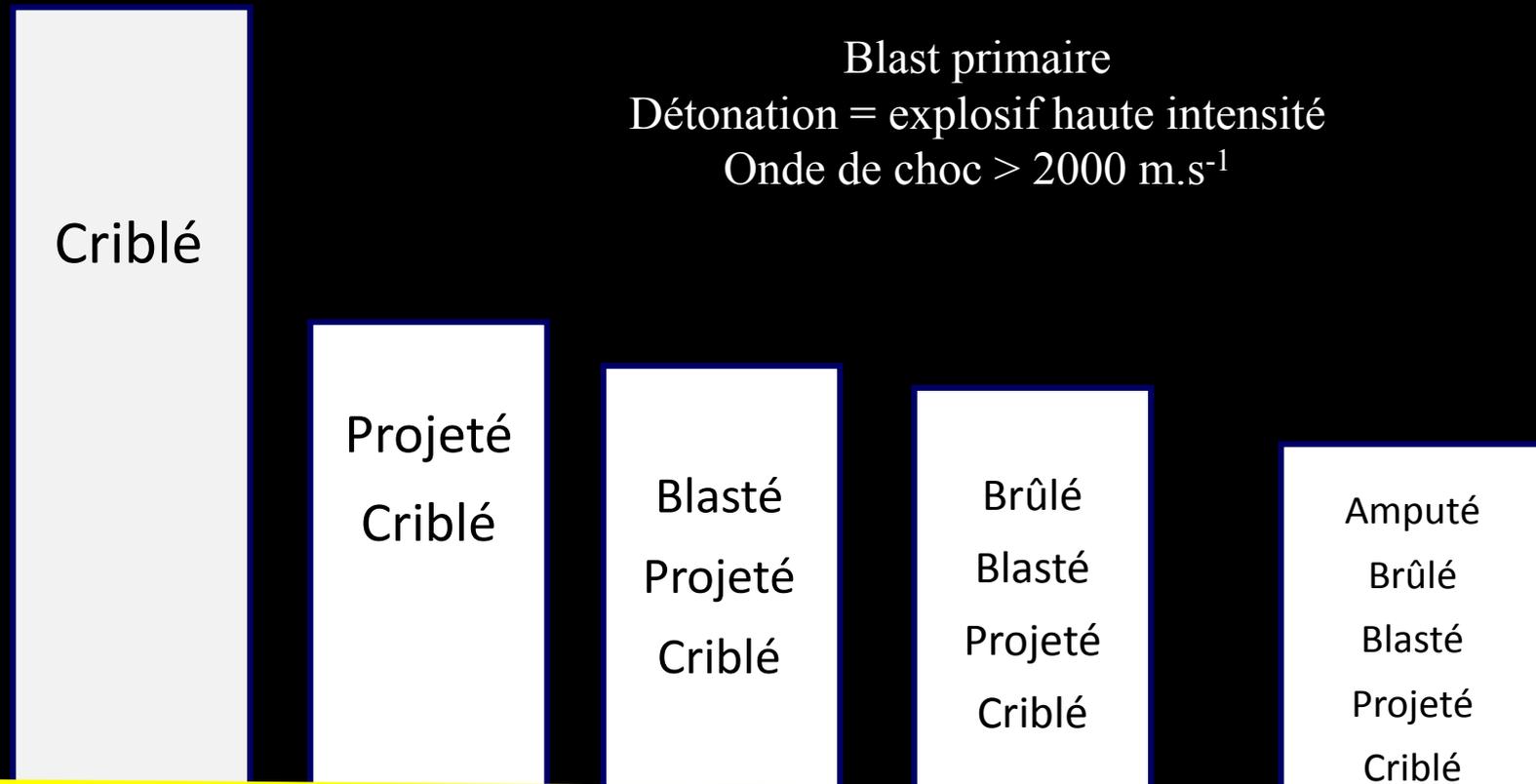
Le blast

- Onde de choc
- Transmise par les matériaux denses
- À l'origine de lésions anatomiques et physiologiques
- Peu arrêté par les gilets pare-balle (effet arrière)
- à l'origine des « morts intacts » ou « vent du boulet »



Lésions par explosion

Blast primaire
Détonation = explosif haute intensité
Onde de choc > 2000 m.s⁻¹



Gravité augmente avec **proximité** épicentre

Nombre de victime augmente avec **éloignement** épicentre

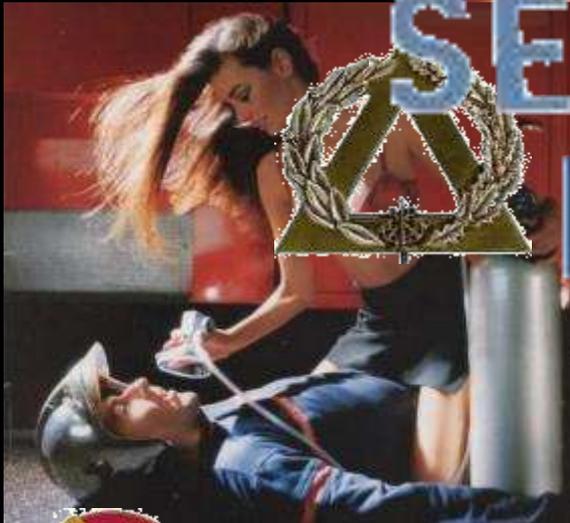


Je ne suis là...



JE SUIS UN
SUPER
MEDECIN

LE
MEILLEUR
SECOURISTE
DE TOUS
LES
TEMPS !





Je suis là...

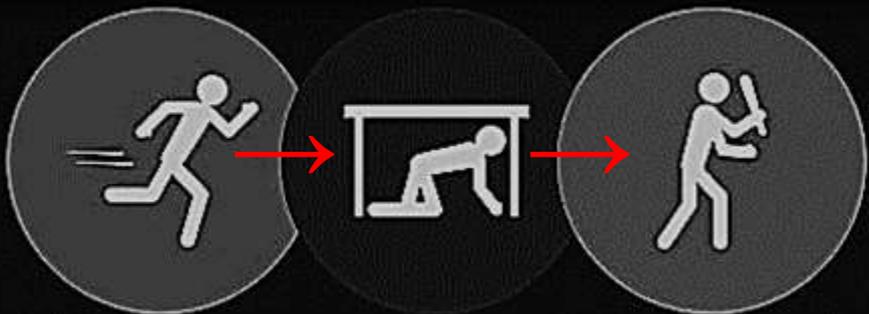
TACTICAL RESPONSE



! Fixer les objectifs !

- T** threat suppression
- H** hemorrhage control
- RE** rapid extrication to safety
- A** assessment by medical providers
- T** transport to definitive care





SAMU 15	POLICE 17
NUMEROS D'APPEL D'URGENCE	
POMPIERS 18	NUMERO D'URGENCE EUROPEEN 112

Bataclan, Paris, novembre 2015





Objectifs

Damage control

Intérêts de certains enseignements en pratique civile ?

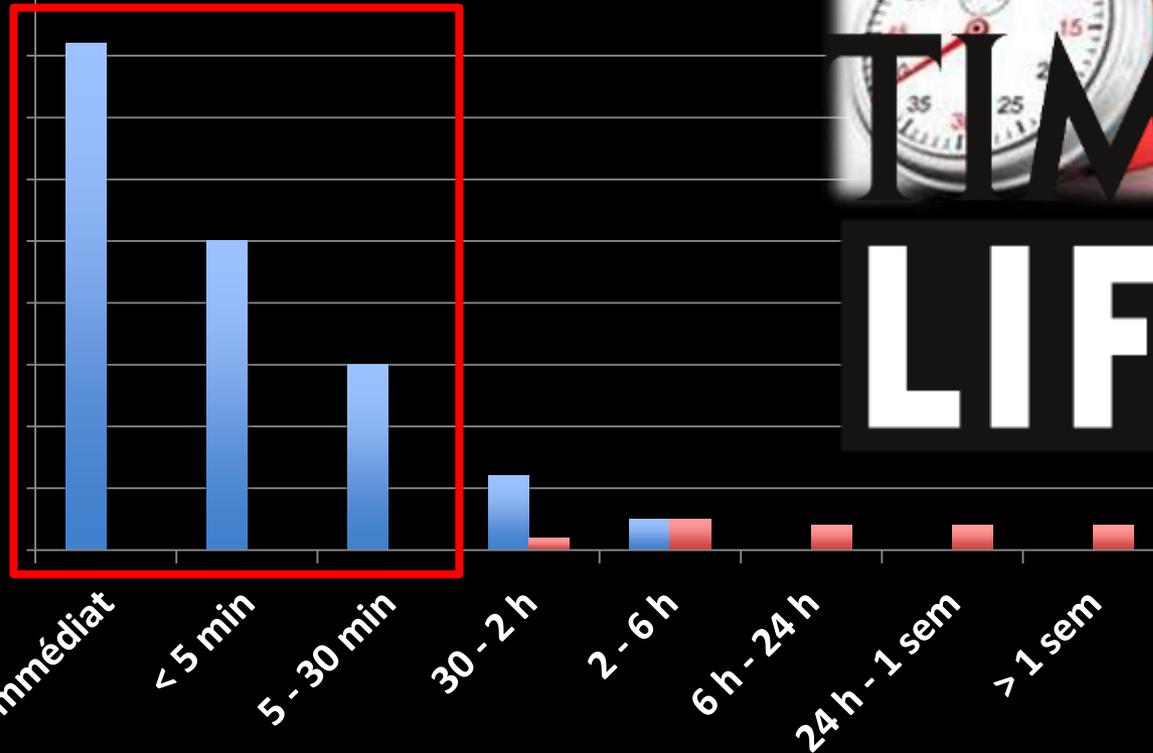
= Lutter contre la *spirale des défaillances*
= Hémostase la plus précoce possible



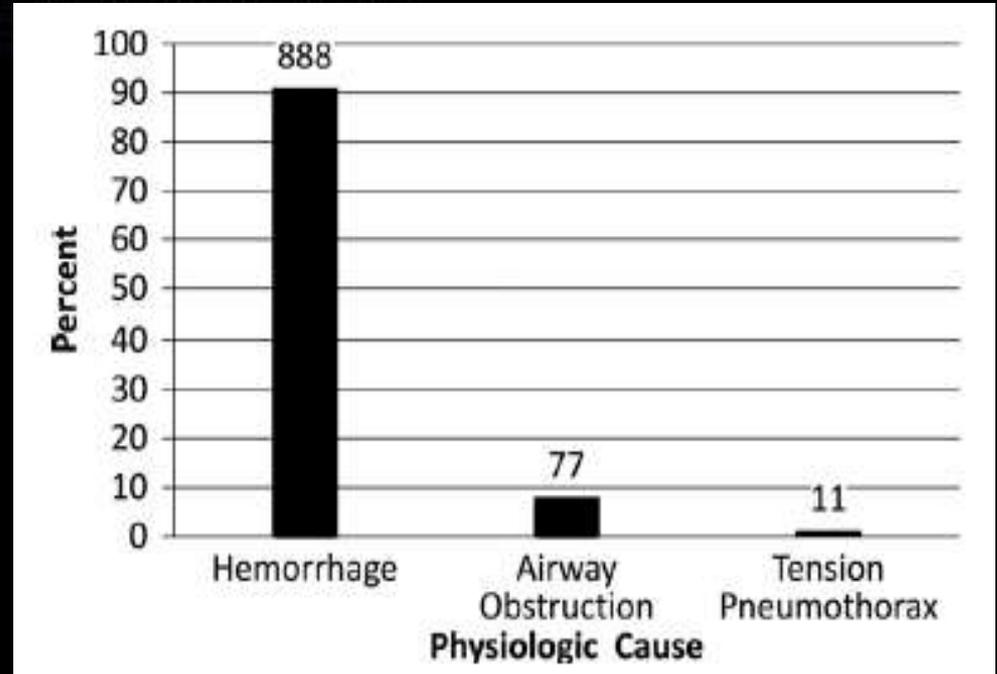
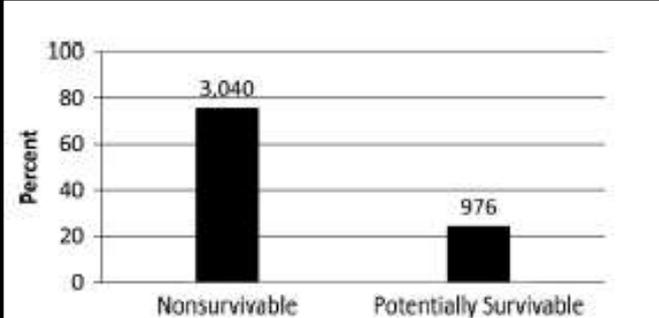
Qui sauver ?

Décès
au
combat

Pourcentage des décès totaux



Causes de décès évitables



Eastridge et al. Death on the battlefield (2001-2011): Implications for the future of combat. J Trauma Acute Care Surg 2012

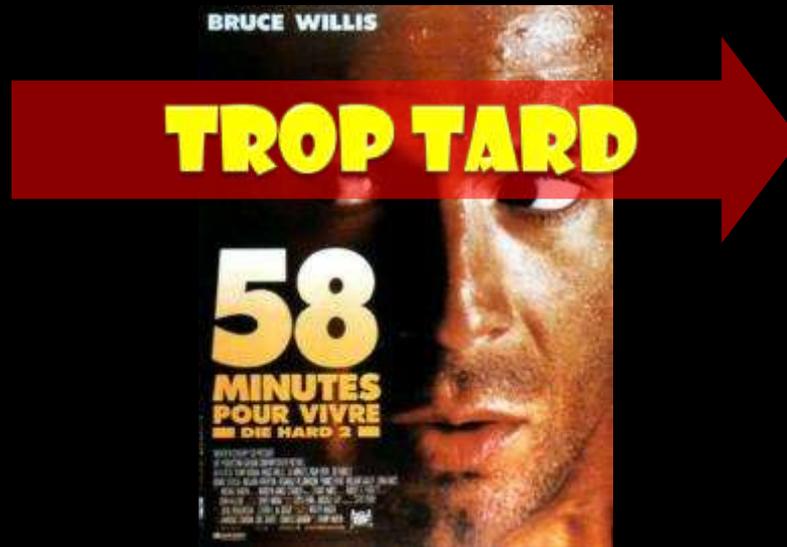
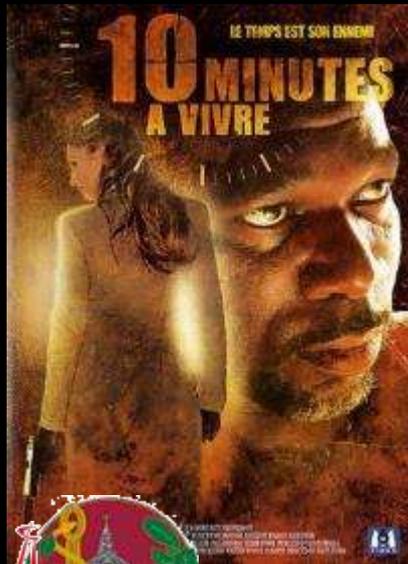
Orlando, USA, 2016: peut faire mieux





Jacob Peter Gowri, la Chute d'Icare

La chute d'un mythe !



Hémostase et damage control non chirurgical

Massive bleeding Control



Garrot tactique = moyen le plus sûr et rapide dans un contexte de multiples victimes

- Tourniquet idéalement
- De fortune

PRECOCE

BRAS ET CUISSE



Idéalement
5 à 7 cm au-dessus de la plaie



Le garrot de fortune

Tissu ni trop fin, ni trop épais

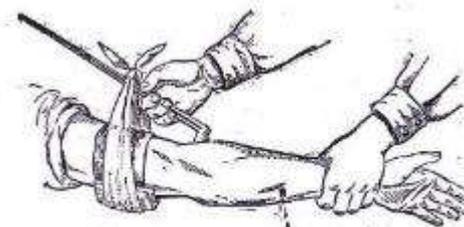
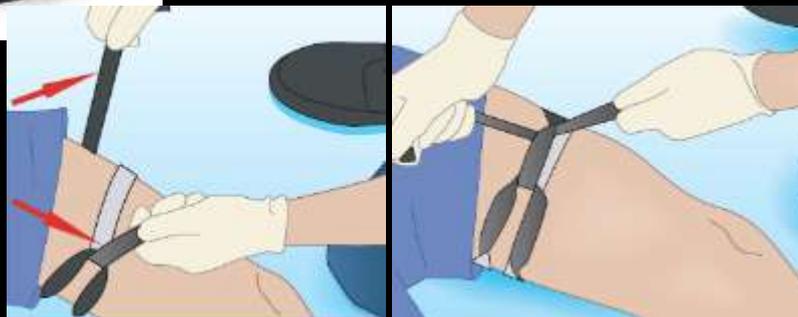
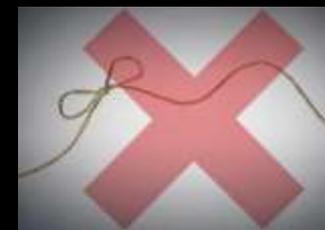


Рис. 23. Приложение закрутки (первое подожжение)



Рис. 24. Приложение закрутки (второе подожжение)



Le garrot tactique

Posé sous le feu et/ou « au moindre doute ... »

Mise en sécurité de la victime et du secouriste

Au poste médical avancé ou à l'hôpital, conversion en pansement compressif (< 2 h)

Réévaluation permanente :

- resserrer, doubler, repositionner si nécessaire
- ou desserrer et laisser en attente

Toujours apparent :

↔ attention à la **récidive de saignement**

- lors du remplissage
- sous les couvertures ou les pansements



Pansements hémostatiques

QuikClot™ (Z-Medica)

- Zéolithes (ACS et ACS +)
- Kaolin (Combat Gauze et QuikClot Combat Gauze XL)
 - Absorption d'eau et concentration des facteurs de coagulation + plaquettes
 - Activation voie intrinsèque de la coagulation
 - **Forme Z folded**



**Faible niveau de preuve
Grosse expérience militaire**

Benett et al. *Military Medicine* 2014
Smith et al. *Emerg Med j* 2013
Grandville-Chapman et al. *Injury* 2010



Autres solutions d'hémostase ?

- Combat Ready Clamp (CRoC)



- Sam Junctional Tourniquet

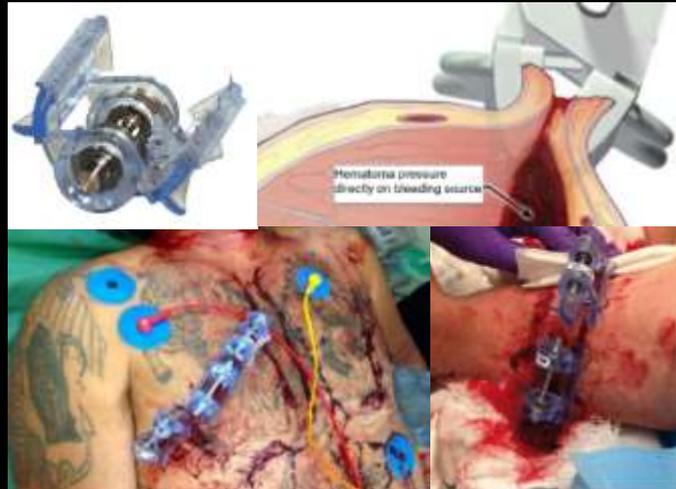


- Cellulose Mini Sponge



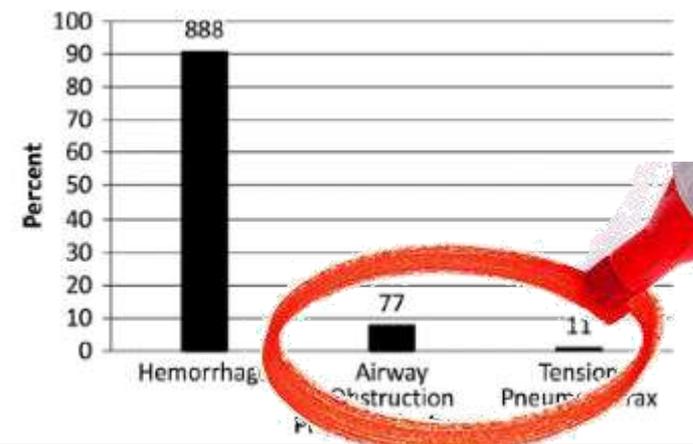
Autres solutions d'hémostase ?

➤ iT Clamp



➤ Secuderm





les derniers
10 % ?

Positions d'attentes

Blessé des voies aériennes

→ respiration, écoulement du sang :

- ✓ Mise en **position latérale de sécurité**
- ✓ Libération des voies aériennes
- ✓ Surveillance, alerte



Blessé du thorax → Permettre la respiration:

- ✓ **Position de confort** pour le blessé :
↔ demi-assis, allongé sur le côté blessé
- ✓ Si **inconscient**, mise en **position latérale de sécurité**
- ✓ Surveillance, alerte



What else !



Contrôle précoce de l'**hypothermie**

↔ **majoration du saignement**

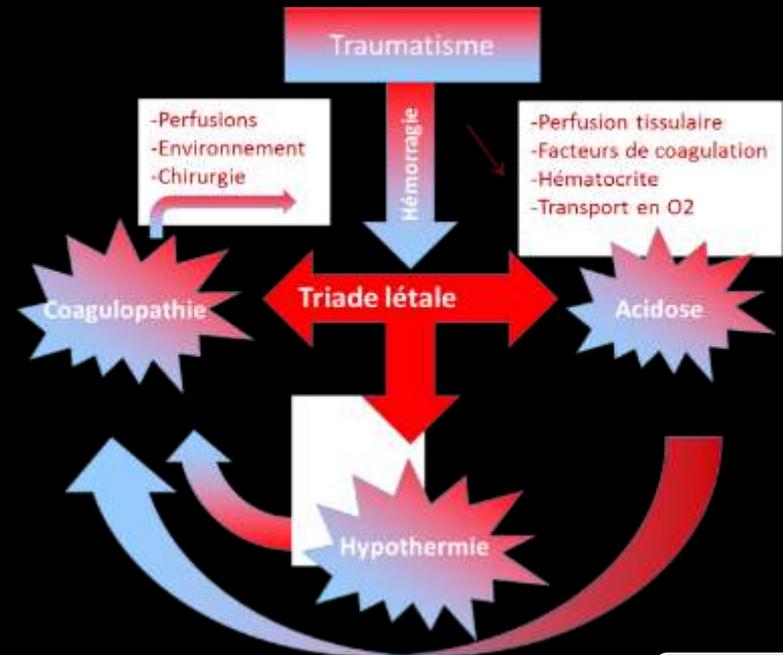
→ Point de regroupement des victimes (PRV)

chauffé et à l'abri du vent

→ Couvertures de survie (bordez-les !) ou autres

→ Ne pas déshabiller inutilement :

- Si lésion évidente à visualiser et à traiter
- Si vêtements trempés (eau, sang, etc.)
- Sécurisation de la victime, etc.



L'algorithme SAFE / MARCHE / RYAN

Application pratique des enseignements militaires



Damage Control - Patient en MARCHE



Tout combattant est un soignant

- Agir en moins de 10 minutes
- Impérative nécessité de former les civils aux gestes qui sauvent

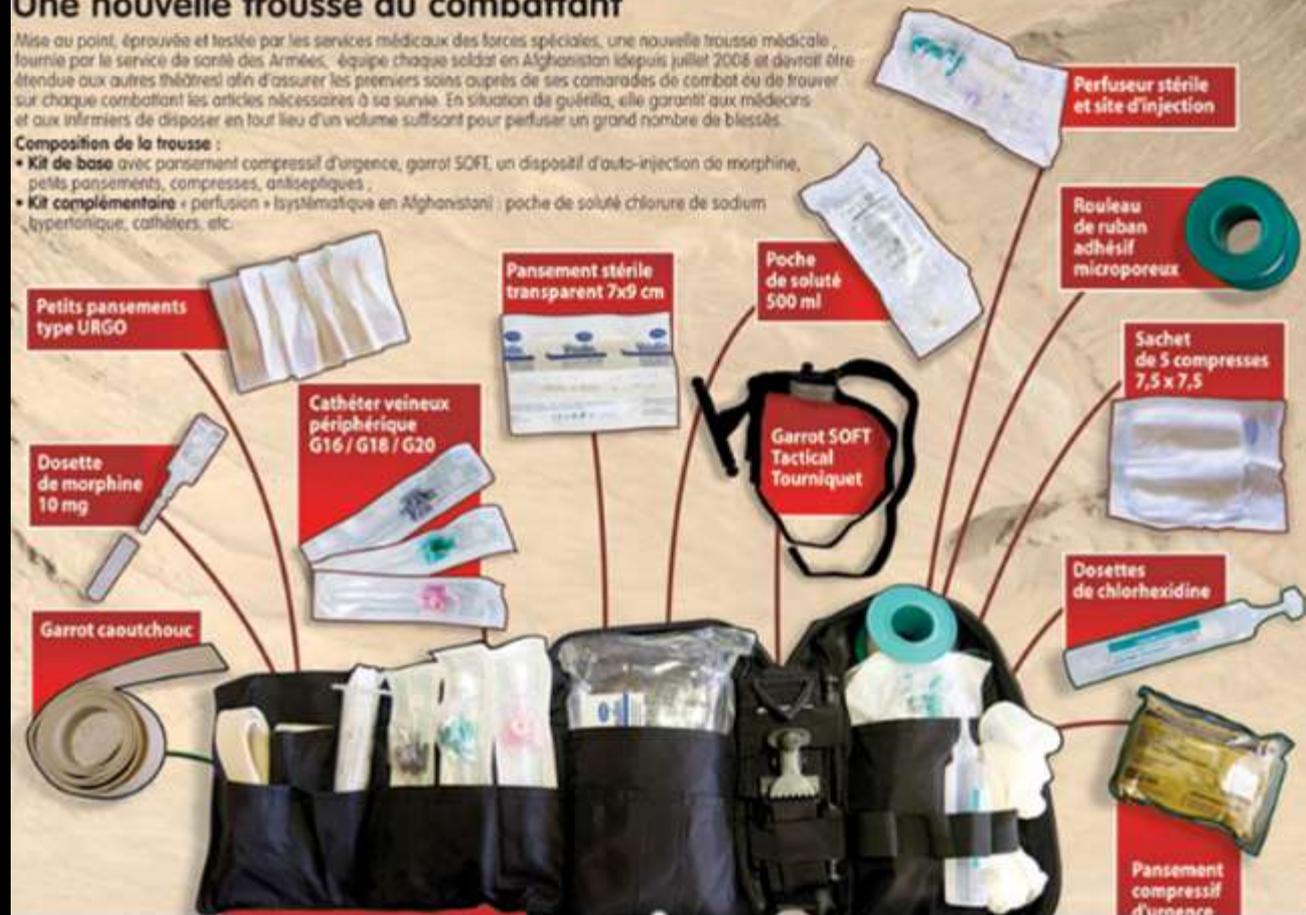


Une nouvelle trousse du combattant

Mise au point, éprouvée et testée par les services médicaux des forces spéciales, une nouvelle trousse médicale, fournie par le service de santé des Armées, équipe chaque soldat en Afghanistan depuis juillet 2008 et devrait être étendue aux autres théâtres afin d'assurer les premiers soins auprès de ses camarades de combat ou de trouver sur chaque combattant les articles nécessaires à sa survie. En situation de guérilla, elle garantit aux médecins et aux infirmiers de disposer en tout lieu d'un volume suffisant pour perfuser un grand nombre de blessés.

Composition de la trousse :

- **Kit de base** avec pansement compressif d'urgence, garrot SOFT, un dispositif d'auto-injection de morphine, petits pansements, compresses, antiseptiques.
- **Kit complémentaire** : perfusion (systématique en Afghanistan) : poche de soluté chlorure de sodium hypertonique, cathéters, etc.



SAFE

STOP THE BURNING PROCESS

stopper l'agression / la menace

ASSESS THE SCENE

analyse de la situation

FREE OF DANGER FOR YOU

absence de danger
(= vous & proche)

Evaluate

évaluation des victimes



Principes du MARCHE/RYAN

- Priorité aux **blessures qui tuent** et non pas aux plus impressionnantes
- **Un signe = un geste = contrôle d'efficacité**
- Ne pas chercher à faire de diagnostic

M qui saigne meurt

A qui s'étouffe meurt

R qui ne respire pas meurt

C qui est vide meurt

H qui a froid ou est inconscient/paralysé meurt

E qui n'est pas évacué rapidement meurt



Sauvetage au combat EXTREME URGENCE

Triage

P.E.C

méthode **START**: Simple Triage And Rapid Treatment

● Marche

▶ aucun soin immédiat, regroupement PRB
Point de Rassemblement des Blessés

● Respire < 30 et pouls radial+ et conscient

▶ soins différés

● Respire > 30 ou pouls radial- ou inconscient

▶ soins immédiats: 1/2 assis, garrot, PLS...

● Respire pas après LVAS

Libération des Voies Aériennes

S
A
F
E

M
A
R
C
H
E

R
Y
A

Massive bleeding control

Airway

Respiration

Choc

Head - Hypothermia

Evacuation

MARCHE



La méthode MARCHE en milieu civil

ANNEXE A. Synthèse des positions d'attentes envisageables en fonction de l'analyse MARCHE.

	Détresse		Position d'attente envisageable
M	Massive Bleeding Control	Hémorragies actives	Membre : surélevé, voire à la verticale Tête, cou, tronc : Compression extrinsèque constante ORL : PLS lésion "au sol" Thorax : PLS, héli-thorax hémorragique "au sol"
A	Airways	Voies aériennes	Traumatisme cervical ou facial : libérer les voies aériennes + PLS
R	Respiratory	Ventilation	Position demi-assise, jambes pendantes (ou à plat à défaut) Thorax (et frontières cervico-abdominales), blasté : respecter la position de confort du patient intolérant à la position demi-assise. Blessé abdominal : décubitus dorsal, membres inférieurs semi-fléchis.
C	Circulation	Circulatoire	Décubitus dorsal ± jambes surélevées.
H	Head	Etat de conscience	PLS
E	Evacuation	évacuation	Réévaluation régulière selon l'évolution du MARCHE



Soins 2017; 815:61-2

11e congrès de médecine générale – Paris – 2017



La méthode MARCHE en milieu civil

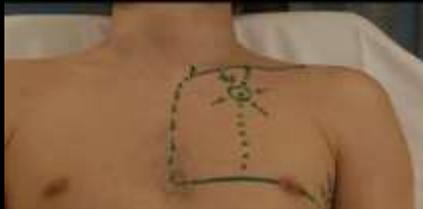
Spécificités médicales

mArche

- Aspiration
- Dégagement au doigt



maRche



Trauma thoracique

- Position de confort, (demi)-assise
- Pansement 3 côtés
- Drainage thoracique ?
 - exsufflation à l'aiguille, cathéter 14G
 - Ligne médioclaviculaire 2^{ème} ou 3^{ème} Espace intercostal

marChe



- Pouls radial:
 - Absent = choc
 - Présent = abstention si pas de trauma crânien
- Voie veineuse périphérique ?
 - NaCl 0,9%, adrénaline

17e congrès de médecine générale - Paris - 2017

La méthode MARCHE en milieu civil

Spécificités médicales

marc**H**e

- **H**ypothermie toujours même si trauma crânien
- **H**ead = Hydroxyéthylamidon sur TC avec anisocorie ?
- **H**ead = Perte de conscience. Intubation ?
- Ra**H**is = A évaluer toujours

→ « **H** » toujours après le contrôle des hémorragies !

march**E**vacuation





1/10 Responsabilité juridique du soignant en cas d'attentat ou de catastrophe

L'exercice infirmier répond à un cadre réglementaire d'ordre public. Cela implique que celui-ci est directement opposable à l'infirmier et ne souffre pas d'exception. Néanmoins, en cas d'attentat ou de catastrophe, ces règles répondent clairement à la problématique de l'infirmier placé en situation d'exception.

Comprendre le dispositif de secours et s'y intégrer



Attentats de Boston, 15 avril 2013

AGIR EN CAS D'ATTENTAT OU DE CATASTROPHE

1. **Responsabilité juridique du soignant en cas d'attentat ou de catastrophe**
2. Action de l'infirmier sur un lieu d'attentat impliquant de nombreuses victimes
3. Mise en sécurité et alerte des secours
4. Positions d'attente et lutte contre le froid
5. Gestion d'une hémorragie en situation de crise
6. Constituer une trousse de gestion des hémorragies
7. Gestion d'une situation de grande ampleur
8. Principes du triage lors d'un accident catastrophique à effet limité
9. Soigner dans un espace confiné
10. Gestion du stress lié au traumatisme



Rôle du 1^{er} médecin

- Se présente au premier responsable SP
= premier Commandant des opérations de secours (COS)
- Effectue un premier point de situation rapide (mais ne soigne pas les victimes ++):
 - Nb de victimes découvertes ou potentielles
 - Risque évolutif
 - Risque particulier (toxique notamment)
 - Reconnaissances ?
- Recherche d'un Point de regroupement des victimes (PRV) si non effectué
- Message d'ambiance à la régulation médicale + demande de renforts si nécessaire



Message d'ambiance type

- Le **bilan d'ambiance** à la régulation médicale = première appréciation de la situation.
- **Passé par téléphone au 18 / 112 ou au SAMU au 15**, il est passé dans les **5 à 10 minutes après avoir fait le tour de l'évènement** et après avoir pris un minimum de renseignements.
- **Ni trop précoc**e : risque d'être faussement rassurant par manque d'informations
- **Ni trop tardif** : risque de retarder le déclenchements des renforts sur situation critique
- **Après prise de contact sur le modèle suivant :**
Se présenter: Nom, prénom et sa fonction
Donner l'adresse la plus exacte

- Contexte et sécurité
- Victimologie (UA/UR, spécificités...)
- Lieu du PRV ou PMA
- Demande de moyens



Premiers intervenants : ramassage et tri visuel

Symptôme ou blessure = victime. Sinon Impliqué. Les DCD d'emblée sont laissés sur site à disposition des forces de l'ordre.

Catégorisation secouriste par les premiers intervenants

Geste salvateur secouriste

En pratique...

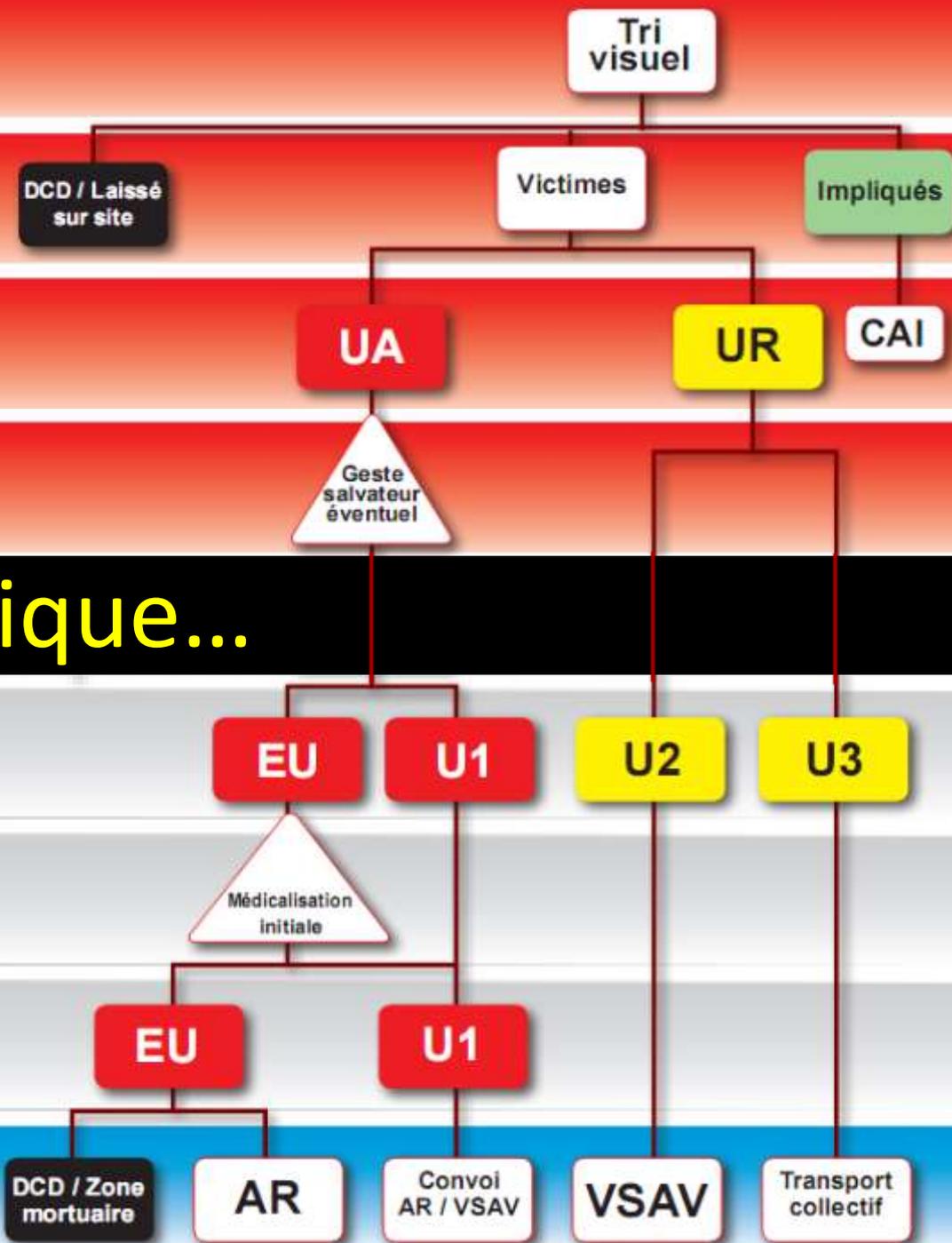
Catégorisation médicale

Médicalisation initiale : remplissage vasculaire, contrôle des VAS, exsufflation d'un pneumothorax...

Si l'état du patient n'est pas stabilisé par l'éventuel geste salvateur et la médicalisation initiale, son pronostic vital est toujours immédiatement engagé (EU).

Evacuation

Les DCD au centre de tri sont déposés en zone mortuaire.



CAI : éloigné du lieu de l'évènement, prise en charge police et associatifs

UA : pronostic vital engagé.

UR : pronostic vital non engagé.

Geste salvateur secouriste : réalisé dès l'identification d'une menace vitale. PLS, libération des VAS, pansement compressif ou garrot.

EU : pronostic vital immédiatement engagé.

U1 : pronostic vital potentiellement engagé.

U2 : victime invalide nécessitant un transport couché non médicalisé.

U3 : victimes valides pouvant être évacuées au moyen de transports collectifs.

Quelques exemples :

EU : polytraumatisé avec tension imprégnable...

U1 : brûlé de 20 à 50%, fracture ouverte de fémur...

U2 : fracture fermée de jambe, trauma crânien conscient...

U3 : petites plaies, entorses, brûlures superficielles < 10%...

Petite et grande noria

11e congrès de médecine générale – Paris – 2017



«Je demande PR. Bilan approximatif:
X DCD; X UA. ZDI telle adresse»

«PMA activés. Bilan provisoire 13h42
: X UA; X UR».

«PMA activés. Bilan provisoire 13h42
: X DCD; X UA; X UR ».



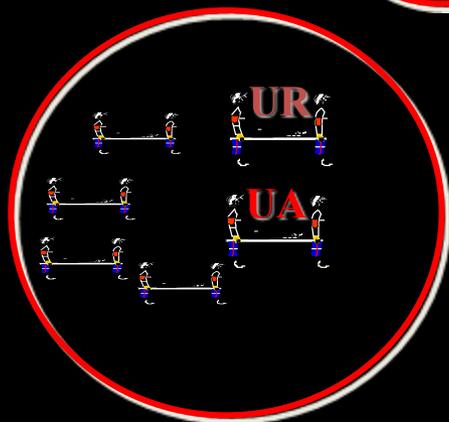
Attentat



COS



**PRV, PMA
triage**



RAMASSAGE

Mise en sécurité / regroupement

Triage sommaire

Valide = impliqué

Non valide = UA ou UR

Hémostase primaire

Position de sécurité

PMA/TRIAGE MEDICAL

Dénombrement +/- état civil

Triage médical

Priorisation aux soins de damage control

Priorisation à l'évacuation

Régulation des évacuations

EVACUATION

Coordination avec PMA

Optimisation des vecteurs

Surveillance

Médicalisation de convoi



Le poste médical avancé

11e congrès de médecine générale – Paris – 2017



Officier « PMA/triage »

Accueil

Sécurisation des victimes

Sécurisation des secouristes

Medecin Chef triage,

Triage médical

Gestes qui sauvent

Validation des évacuations

Secrétariat

Dénombrement

Traçabilité des patients

Renseigne autorités

SECRETARIAT

UA

UR

EVACUATION

ENTREE

REGULATION

Evacuation

Traçabilité

Recherche des vecteurs

FMA

Médecin/IDE/secouristes

Prise en charge en équipe

Préparation à l'évacuation

Fiche médicale de l'avant

Stabilisation hémodynamique

Poursuite des soins de stabilisation

Médecin régulateur

Régulation des destinations

Prise en charge d'une victime en stress aigu

La rencontre accidentelle avec la mort...

C'est la confrontation « objective »

Avec le **REEL** de la **MORT** et du **NEANT**

- de soi
- de l'autre
- d'une mort horrible
- de la mort psychique



Le 'trou'-matisme

Jacques Lacan, 1998



2 conditions événementielles

1. Violence de la situation
2. Surprise

± situation de stress intense

→ Face à cette confrontation, le sujet n'a **pas la possibilité**

- ✓ d'y **répondre** (impuissance) par : l'action, la parole, la pensée
- ✓ d'y **attribuer un sens**.



Le 'trop'-matisme

Colette Soler, 2010



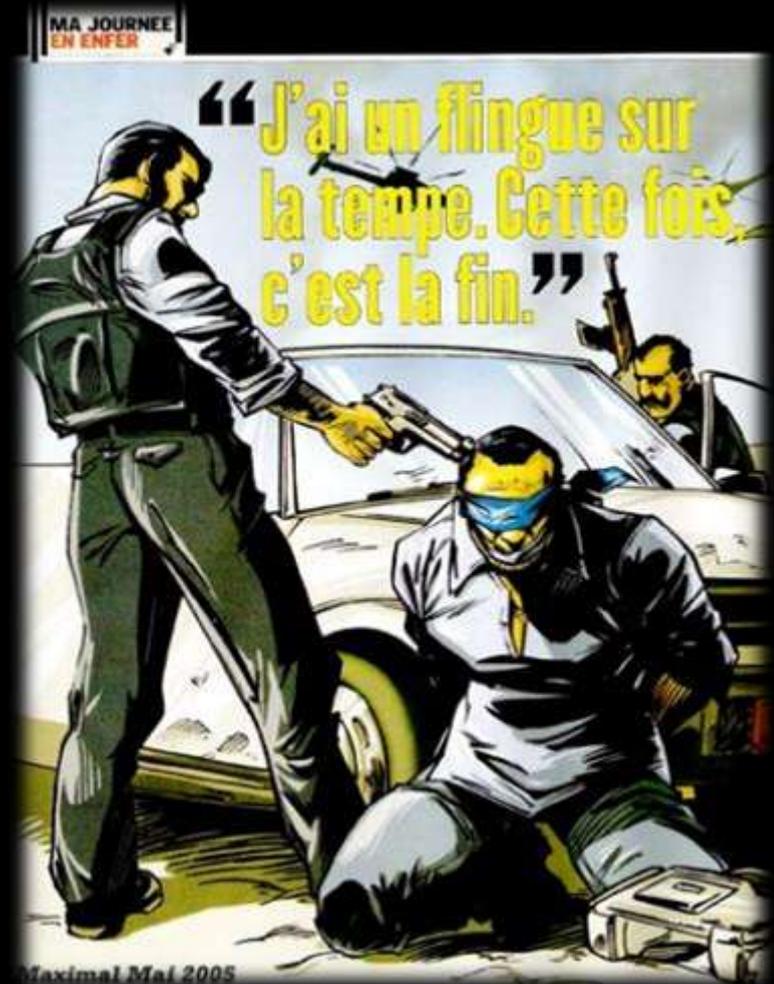
3 mythes s'effondrent

1. Logique du monde

↔ *on a ce qu'on mérite*

2. Immortalité

3. Invulnérabilité





L'effroi

vécu dans l'**horreur**, l'**abandon** et l'**impuissance**

Vécu **sans émotion**

Zone de blanc, Zéro de l'affect. Moment de panne, absolu silence, vide.

« je n'ai même pas eu le temps d'avoir peur »
la peur viendra après

Vécu dans l'**absence de langage**



stress ≠ traumatisme

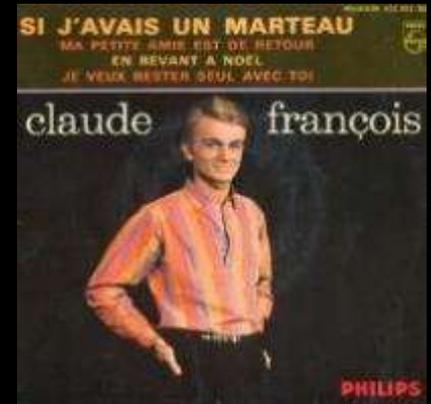
2 mots clés = *adaptation + exigence*

↔ ensemble des réponses **d'adaptation**, avec l'**exigence** d'y faire face

- physiques
- émotionnelles
- cognitives (pensées)
- comportementales

lorsque surviennent dans son **environnement** :

- ✓ des modifications
- ✓ des menaces
- ✓ des contraintes



Friedrich Nietzsche



L'orage physiopathologique

Le stress dépassé

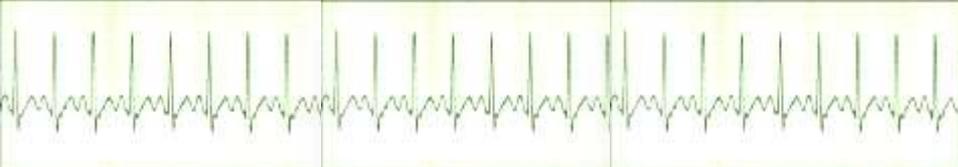
- La déconnexion du cerveau cortical
- L'isolement du cerveau amygdalien
- Facteurs de résilience ?
- Prise en charge



Le stress aigu

- L'effondrement
- La dissociation
- L'agitation/la prostration
- Hallucinations
- Suicide, agressivité





Vécu émotionnel

- Colère, révolte
- Emprise sur soi
- Résignation
- Impuissance
- Humiliation
- Abandon
- Solitude
- Culpabilité



PMA Oberkampf, Paris, novembre 2015



Réponses attendues

→ Flight (panique/ou adapté)

→ Freeze

→ Fight : l'attaque = « coping » = faire face

↔ Stratégie d'**ajustement** *Lazarus et Folkman, 1984*

*« Le problème on s'en fout,
c'est comment tu t'ajustes par rapport à ça qui importe ! »*

↔ Réponses pro et **méta-professionnelles** : **don**



Sur place : CAT

- Reconnaître les états de stress aigus

- ✓ Sujet **calme** ≠ **bonne santé**
- ✓ Sujet **stuporeux** → danger (raptus clastique)
- ✓ Sujet **agité** → urgence



- **Protéger** le patient et son entourage :

- ✓ Le **désarmer** en cas de possession armes (à feu ou armes par destination),
- ✓ L'envoyer consulter rapidement le **médecin**,
- ✓ Dès que possible adresser à la **cellule médico-psy** ou au psy sur site
- ✓ L'**isolement du groupe** est alors préférable avec surveillance par un proche.

- Laisser **satisfaire des besoins physiques** primordiaux :

- ✓ boire, manger, téléphoner, se laver, etc.
- ✓ prendre aussi un temps de repos, souffler, pleurer, etc.
- ✓ Eviter de le rendre otages de nouveau → **famille**





Soins et trauma



LE DÉFUSING = « Déchocage psy »

- sur les lieux du drame, le lendemain : **entre 1h et 24h**
- replace les victimes, les primo-intervenants dans le « Hic et Nunc »
- aider à se détacher par la parole du cauchemar vécu.
- Proposer un suivi psychologique individuel.

**Mais les soins post-immédiats
ne peuvent se résumer au seul défusing**

LE DÉBRIEFING ou bilan psychologique d'évènement lorsque : **entre 5 et 15 jours**

- les réactions immédiates (angoisse, agitation, sidération...) ne sont plus susceptibles d'entraver le cours de la parole,
- premières conséquences symptomatiques du trauma commencent à se faire sentir.



Les grosses ficelles...

Verbaliser l'événement

Informer sur l'événement

Donner une structure à l'événement (*≠ sens*) :

↔ qu'est-ce que les uns et les autres ont compris de la situation

Evaluer les signes de détresse et leur impact

Rassurer, sécurité

« ... afin de ré-insérer les individus dans une communauté humaine »

François Lebigot



Etats de stress post-traumatique isolé ou associé à une blessure physique – Le long court Place du médecin généraliste ou du travail

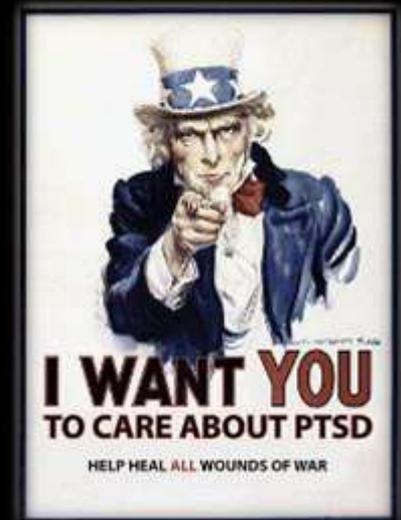
Fréquents chez les victimes ou impliqués d'attentats ?

- confronte au réel de la mort et à une menace pour son intégrité physique
- renvoi à un vécu d'impuissance
- génère de la frayeur chez le patient
- Et le soignant par l'état et les caractéristiques des victimes à secourir ou à identifier
- est de nature à provoquer une forte identification aux victimes ou à leur entourage

Tableau clinique typique souvent incomplet initialement

→ parfois un diagnostic trompeur

- burn out
- Dépression
- Alcoolisme
- personnalité pathologique



Présentation clinique

Période de latence

Signes cardinaux

- Les ecmnésies (flash back) répétitives
- Les cauchemars

Autres signes associés non spécifiques

- Repli et isolement familial et professionnel
- Sentiment d'insécurité permanente
- Troubles de l'humeur (irritabilité++)
- Anesthésie affective
- Honte traumatique
- addictions



Principes de prise en charge

- Elle doit être globale
- Associer, rassurer et protéger l'entourage dans la mesure du possible
- Aider aux démarches d'indemnisation
 - ONAC-VG, assurances
- Limiter les congés de maladie autant que possible
- Prise en charge médicamenteuse
- Différentes psychothérapies

Probabilité qu'un certain nombre d'intervenants fasse l'expérience, à plus ou moins long terme, de difficultés transitoires ou durables, justifie une organisation particulière des dispositifs de prévention et de soins impliquant la **systématisation de mesures** à leur intention.

ement blessé et brûlé lors de l'attentat des galeries barbes dans l'Opéra le 13 novembre 2015. Je suis âgé de 70 ans en tant que sapeur pompier de PARIS j'aurais aimé avoir pu être évacué par un psy ou autre comme il le font maintenant!

Posté par : [nom] | le 16 janvier 2016 à 18:49 | Répondre | Signaler un abus

et le retour d'expérience de ce qu'il s'est passé à l'époque, et que j'ai subi, qui fait qu'on a compris l'importance de le faire, y compris pour les gens qui initialement ne réalisent pas en avoir besoin.

Posté par : [nom] | le 20 janvier 2016 à 18:55 | Répondre | Signaler un abus



Commentaires des internautes en réaction à un article du Monde du 15 janvier 2016

Extraits de l'audition du Général Boutinaud le 16/12/15 devant la commission de la Défense Nationale et des Forces Armées
Source : bigbrowser.blog.lemonde.fr/2016/01/15/le-patron-des-pompiers-de-paris-raconte-la-nuit-des-attentats-du-13-novembre/

**Place de l'imprévu. Combat entre Eros ↔ pulsion de vie, et Thanatos.
Se protéger physiquement avant tout**

**Prendre en charge les blessures qui tuent rapidement
et non les plus impressionnantes**

C'est bien le chirurgien qui sauve le blessé de guerre = évacuation rapide et régulée

**Altérité, transcendance et sublimation : Fuir, se figer ou attaquer...
Prendre soin ↔ question de présence : à l'autre, à soi-même**

**Initiation particulière dans la fulgurance d'un instant
→ fascinations, grandeurs et auto-trahisons
→ Traumatisme de mon éthique : celui que je m'étais construit**

Accompagnement ⇔ Pas d'échec, pas de réussite



*L'avenir tu n'as point à le prévoir
mais à le permettre*

Antoine de Saint Exupéry, Citadelle

**En mémoire de nos morts
et de tous ces héros ordinaires ayant œuvrés
lors d'attentats**

