Attentat terroriste à Djibouti : expérience de l'Hôpital médico-chirurgical Bouffard

E. Le Gonidec[a, b], J.-B. Roseau[a, c], G. Lacroix[a, d], S. Mugnier[e, f], C. Vanoye[a, g], M. Rüttimann[a, h]

a HMC Bouffard, SP 40173 – 00200 Armées.
b Bataillon de marins-pompiers, 9 boulevard de Strasbourg – 13233 Marseille Cedex 20.
c Service de pneumologie, HIA Laveran, BP 60149 – 13384 Marseille Cedex 13.
d Fédération d'anesthésie-réanimation, HIA Sainte-Anne, BCRM Toulon, BP 600 – 83800 Toulon Cedex 9.
e Centre médical interarmées, SP 40173 – 00200 Armées.
f Antenne médicale de Calais, CMA de Lille, BP 303 – 62107 Calais Cedex.
g CMA de Rochefort-Cognac, Antenne médicale de Saintes, route de Bordeaux – 17136 Saintes Air.
h École du Val-de-Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 Paris Cedex 05.

Résumé

Le 24 mai 2014 à Djibouti, deux kamikazes ceinturés d'explosifs ont perpétré un attentat dans un restaurant fréquenté par les expatriés. Revendiqué par les Shebab somaliens, ce dramatique événement a fait 3 morts dont les 2 terroristes et 19 blessés occidentaux parmi les nombreuses victimes. Nous présentons dans cet article le travail et les réflexions des équipes de l'hôpital Bouffard où la plupart des blessés ont été pris en charge.

Mots-clés : Attentat. Djibouti. Hôpital Bouffard.

Abstract

AN ATTACK IN DJIBOUTI: THE EXPERIENCE OF BOUFFARD HOSPITAL.

On May 24th, 2014 in Djibouti, two explosive belted suicide bombers conducted an attack in a restaurant frequented by expatriates. This dramatic event was claimed by Somalia's Shebab, and killed three people including two terrorists, and injured nineteen Western people among the many victims. We present here the work and reflections of Bouffard hospital teams where most of the injured were cared for.

Keywords: Attack. Djibouti. Bouffard hospital.

Introduction

Djibouti est le port principal de la Corne de l'Afrique. Entouré par l'Érythrée, l'Éthiopie, la Somalie et le Yémen, il est le partenaire incontournable de l'occident dans la région. Il accueille entre-autre : le principal contingent de militaires français à l'étranger, l'unique base militaire américaine en Afrique (point de départ d'opérations antiterroristes menées au Yémen et en Somalie depuis 2002), la Force navale européenne de lutte contre la piraterie depuis 2008 (Eunavfor) et enfin, la mission européenne en charge du renforcement de l'appareil judiciaire et des capacités maritimes de la Somalie depuis 2012 (Eucap Nestor).

E. LE GONIDEC, médecin en chef, praticien confirmé. J.-B. ROSEAU, médecin principal, praticien certifié. G. LACROIX, médecin en chef, praticien certifié. S. MUGNIER, médecin en chef. C. VANOYE, médecin principal. M. RÜTTIMANN, médecin chef des services, professeur agrégé du Val-de-Grâce.
Correspondance : Monsieur le médecin en chef E. LE GONIDEC, Bataillon de marins-pompiers, 9 boulevard de Strasbourg – 13233 Marseille Cedex 20.
E-mail : melegonidec@gmail.com

Depuis 2013, la République de Djibouti est engagée dans l'AMISOM, mission de l'union africaine en Somalie.

Pour le soutien médical de ces contingents et de ces différentes missions, la France met à disposition un *Role 3* : l'Hôpital médico-chirurgical Bouffard (HMC Bouffard).

Le samedi 24 mai 2014 vers 20h à Djibouti, place Ménélik, deux kamikazes ceinturés d'explosifs se font exploser dans un restaurant fréquenté par les occidentaux. Cet attentat fera 3 morts et de nombreuses victimes, dont 19 occidentaux.

Les Shebab somaliens, ayant fait allégeance à Al-Qaïda, revendiquent 72 heures plus tard l'attentat. Les Français sont clairement visés pour « leur rôle actif dans la formation et l'équipement des troupes djiboutiennes en Somalie » (1).

Nous présentons dans cet article l'HMC Bouffard, le travail effectué par les équipes du Service de santé des armées français ainsi que leurs réflexions à la suite de cet attentat.

Présentation de l'HMC Bouffard

Le Service de santé des armées des Forces françaises stationnées à Djibouti regroupe la Direction du Service de santé (composée d'une direction, du service de surveillance épidémiologique et du service vétérinaire), un *Role 1* (assurant la médecine générale et de prévention au profit des 2 000 militaires et de leur famille, ainsi que le soutien médical des activités des forces), une Unité de distribution des produits de santé (UDPS) et enfin, un *Role 3*, l'hôpital Bouffard. Il est situé à proximité du centre historique de la capitale. Grâce à ses 140 personnels français et djiboutiens, civils et militaires, il assure la prise en charge de la communauté française (4 729 inscrits au consulat dont 1 060 binationaux) (2), de la communauté occidentale (dont 4 000 soldats américains qui bénéficient par ailleurs d'un *Role 2*), des Forces armées djiboutiennes et de leurs familles (27 000 personnes). En fonction des capacités hospitalières et sous réserve de solvabilité, le reste de la population y est également admis. Enfin, avec un quota ne pouvant pas dépasser 20 % de l'activité totale, l'HMC Bouffard peut accueillir les plus pauvres grâce à l'aide médicale à la population.

Disposant d'un Service d'accueil des urgences (SAU) (5 000 passages par an), d'un service de réanimation de 8 lits et d'un service commun de médecine et chirurgie de 20 lits, une offre de soins variée y est proposée : chirurgie orthopédique, viscérale, ORL et dentaire, médecine interne et psychiatrie, biologie médicale, service de radiologie conventionnelle et scanner.

Dans un contexte sanitaire en pleine mutation avec l'apparition depuis quelques années de nombreuses structures de soins, l'HMC Bouffard conserve toute sa place. Avec une garde médicale et un plateau technique performant, il reste l'hôpital de référence pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

Chronologie de la soirée du 24 mai 2014 (fig. 1)

À 19 h 55, place Ménélik, le chef de service de médecine dînant dans un restaurant voisin, est témoin de trois explosions. Ne pouvant accéder à la zone et n'ayant aucune information objective sur la situation sécuritaire et médicale, il alerte le médecin-chef et rejoint l'hôpital Bouffard. En l'absence de bilan, ce dernier ordonne le déclenchement du plan MASCAL (*Mass casualties*) (3). Partant d'un effectif de 14 personnels présents sur l'hôpital en heures non ouvrables, ce plan va réunir en un minimum de temps les moyens humains et matériels permettant de faire face à un afflux de victimes. L'équipe du SAU se charge alors de transmettre le message de rappel de tout le personnel aux différents services. La fermeture des accès à l'hôpital et la demande de renforts en armes pour en assurer la sécurisation et la fouille de tous les véhicules sont réalisées. La tente afflux massif de blessés est montée devant le SAU. Le transfert des

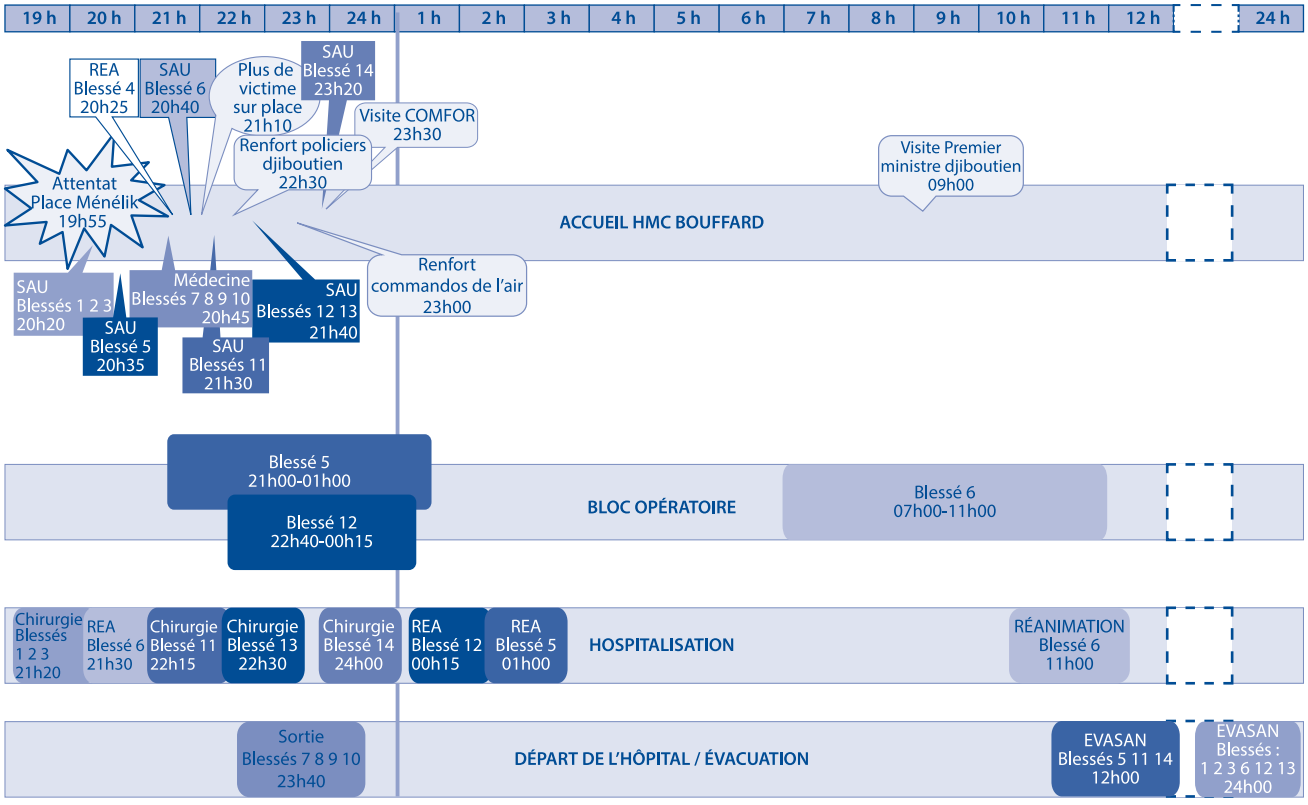


Figure 1. Frise chronologique.

malades valides pour libérer des places de réanimation et de chirurgie est organisé. Enfin la cellule de crise de l'hôpital est activée. Elle est en charge de la répartition du personnel rappelé, de la cellule administrative du triage, du suivi en temps réel des lits, de la coordination logistique et de la communication vers l'extérieur.

Alors que le médecin-chef se prépare à orienter temporairement les blessés dans l'hôpital, le médecin anesthésiste-réanimateur d'astreinte rejoint le médecin de garde des urgences. Grâce aux nombreux renforts (en particulier des personnels médicaux et paramédicaux du *Role 1*) ils organisent le triage initial en 4 postes de déchoquage, composés chacun par 1 médecin et 1 infirmier. Adaptant les recommandations (4) aux contraintes locales, il est décidé pour chaque victime d'une prise en charge identique : examen clinique, pose de deux voies veineuses périphériques, bilan biologique préopératoire, réalisation des tests rapides hemocue et tétanos, fast échographie et radiographie pulmonaire.

À 20 h 20, les urgences accueillent une 1re ambulance (militaires djiboutiens) (fig. 2). Elle transporte trois coopérants militaires français (blessés n° 1, 2, 3). Victimes de polycriblage et d'un blast auriculaire, ils sont transférés dans l'heure vers le service de chirurgie.

À 20 h 25, une 2e ambulance (pompiers djiboutiens) transfère directement en réanimation un civil turc en arrêt cardiorespiratoire (blessé n° 4). Il présente une asystolie, une mydriase aréactive, des plaies cervicales, costoclaviculaires droites et abdominales. La fast echo montre un hémothorax gauche. Le patient décède après réanimation. La tomodensitométrie post mortem réalisée dans un temps ultérieur montrera des corps étrangers métalliques de 0,5 cm des régions para-cervicales, thoraciques (ayant entraîné une lésion des gros vaisseaux avec hémopneumothorax) et intra-abdominales (à l'origine d'une lésion de l'estomac avec pneumopéritoine).

À 20 h 35, une 3e ambulance (pompiers français de la base aérienne) arrive aux urgences avec un blessé espagnol (blessé n° 5). En instabilité hémodynamique, il présente un abdomen chirurgical et un polycriblage de la face et du tronc. La fast echo retrouve un épanchement intra-abdominal. Après remplissage efficace, un body scanner est réalisé et montre une plaie de l'aorte abdominale sous-rénale, un volumineux épanchement rétropéritonéal, une plaie du duodénum et du côlon ascendant, un hématome du mésentère. Il présente par ailleurs des éclats métalliques dans l'œil gauche, sous-cutanés dorsolombaires et para coliques droits. Il reçoit au cours d'une chirurgie d'hémostase deux culots globulaires, deux plasmas cryodesséchés et du fibrinogène humain. Il quitte le bloc opératoire à 2 heures et est évacué 10 heures plus tard, intubé-ventilé sous amines, soit 16 heures après l'attentat.

À 20 h 40, une 4e ambulance (pompiers djiboutiens du port) arrive avec une blessée allemande polycriblée (blessé n° 6) (fig. 3), sans signe de détresse. Le bilan radiologique retrouve une fracture du massif facial avec de multiples éclats métalliques faciaux et oculaires, un pneumothorax apical droit et de multiples éclats métalliques pulmonaires apicaux droits et précardiaques sans lésion cardiaque. Elle est surveillée en réanimation au cours de la nuit et bénéficie d'une ostéosynthèse mandibulaire le lendemain matin. Elle est évacuée le même jour à minuit, soit 28 heures après l'attentat.

À 20 h 40, le médecin-chef fait une demande de renfort de policiers djiboutiens.

À 20 h 45, quatre Français (blessés n° 7, 8, 9, 10) se présentent par leurs propres moyens. Ils sont dirigés vers la salle d'attente du service de médecine où ils sont pris en charge par un interniste et un infirmier. Ils souffrent tous de blasts tympaniques isolés. Débriefés par le psychiatre, ils quittent l'hôpital à 23 h 40. Ils sont examinés le lendemain par l'oto-rhino-laryngologiste.

À 21 h 00, le médecin-chef décline la proposition de renfort d'une équipe chirurgicale américaine car celle-ci n'est pas nécessaire.

À 21 h 10, un médecin militaire djiboutien rend compte au médecin-chef de l'hôpital de sa présence sur les lieux de l'attentat. Il transmet le premier bilan et annonce qu'il n'y a plus de victime sur place.



Figure 2. Accueil des premières victimes.



Figure 3. Polycriblage.

À 21 h 30, une victime espagnole (blessé n° 11) se présente aux urgences. Elle souffre d'un blast auriculaire. Après un court séjour dans le service de chirurgie, elle est évacuée avec ses camarades le lendemain à 12 heures.

À 21 h 40, une 5e ambulance transporte un couple de victimes allemandes (blessés 12, 13) en provenance de l'hôpital djiboutien Pelletier.

La première victime sans signe de détresse, présente un polycriblage de la face, du thorax, du bras gauche et des membres inférieurs, un blast auriculaire, une brûlure peu étendue de la face. La tomodensitométrie retrouve une fracture de l'orbite droite, une plaie oculaire droite, un pneumothorax apical droit minime, des éclats métalliques sus claviculaires droits entre les gros vaisseaux. Elle est prise en charge immédiatement au bloc opératoire où elle bénéficie d'une énucléation et d'un parage de la face. Elle est maintenue sédatée et ventilée jusqu'à son évacuation le lendemain à minuit.

Son mari souffre d'un blast auriculaire et d'un polycriblage qui ne nécessite que des soins infirmiers. Il est hospitalisé en chirurgie dans l'attente de son évacuation.

À 22 h 30, deux policiers djiboutiens en armes viennent renforcer la sécurité de l'hôpital.

À 23 h 00, trois militaires français de l'escadron de protection de la base aérienne prennent la responsabilité de la sécurité de l'hôpital.

À 23 h 20, un militaire espagnol (blessé n° 14) se présente aux urgences. Il souffre d'un blast auriculaire et d'un polycriblage ne nécessitant que des soins infirmiers. Il est lui aussi hospitalisé en chirurgie dans l'attente de son évacuation.

À 23 h 30, le général Commandant les forces françaises à Djibouti (COMFOR) est accueilli à l'hôpital pour un briefing de la situation et la visite des blessés valides.

À 9 h 00, le lendemain, le Premier ministre, le ministre de la Défense et le ministre de la Santé djiboutiens se rendent auprès des blessés.

À 12 h 00, les trois blessés espagnols (blessés 5, 11 et 14) sont évacués dans leur avion présidentiel.

À 00 h 00, les trois blessés allemands et les trois coopérants français blessés (blessés 1, 2, 3, 6, 12 et 13) sont évacués par un airbus médicalisé allemand. Les Français ont pu bénéficier ensuite, d'un second vol médicalisé entre Cologne et Paris.

Discussion

Bilan et prise en charge des victimes

Toutes les victimes occidentales ont été admises à Bouffard à l'exception de six marins hollandais, blessés légers. Malheureusement, aucune donnée sur le nombre de blessés pris en charge par les structures hospitalières djiboutiennes n'a été communiquée. Au total, 2 blessés catégorisés T1, 2 blessés catégorisés T2 et 10 blessés catégorisés T3 ont été pris en charge (5). Comme attendu, la plupart étaient blastés, polycriblés et présentaient des lésions du tronc. L'étude de Sheffy et al. (6), regroupant les données de 533 victimes civiles d'attentats en Israël sur une période de 4 ans, montre que les blessures touchant plusieurs régions du corps sont les plus fréquentes et que les lésions du tronc, faute de protection balistique, sont plus nombreuses que chez le soldat. Une seule victime, admise en arrêt cardiorespiratoire sur choc hémorragique, est décédée malgré réanimation. L'hémorragie non accessible reste le principal facteur de décès comme le rappellent Pasquier et al. (7) dans leur étude sur les victimes des conflits irakiens et afghans. Semblablement au travail de Aschkenasy-Steuer et al. (8) sur l'accueil des victimes d'attentat dans le principal centre de traumatologie de Jérusalem entre 2001 et 2004, la mortalité de cet attentat sans effondrement est de moins de 10 % (en excluant les deux kamikazes).

Trois interventions chirurgicales dans les 12 premières heures ont été assurées. Les capacités chirurgicales de l'hôpital ont été suffisantes. Sans activité opératoire au moment de l'attentat, deux salles ont pu être ouvertes. Un blessé a été transfusé mais aucune procédure de sang total n'a été nécessaire.

Délais de prise en charge et d'évacuation

La 1re victime est arrivée à l'hôpital à la 25e minute et les 10 premières dans l'heure qui a suivi l'attentat. Les derniers blessés ont été accueillis 3 h 30 plus tard. L'orientation des blessés occidentaux directement vers Bouffard (à l'exception de deux Allemands) assurée sur les lieux par un médecin de la Gendarmerie djiboutienne, l'absence de mise en condition avant transport et la position centrale de l'HMC Bouffard expliquent la rapidité avec laquelle les premiers blessés sont arrivés. En situation « normale », l'équipe du SAU peut médicaliser un véhicule léger afin de répondre à une urgence médicale pré-hospitalière. Considérant la proximité qui existe entre les lieux de l'attentat et l'hôpital Bouffard, il a été décidé de concentrer les moyens médicaux sur l'hôpital. Les équipes ont dû faire face à un afflux de proximité, non saturant pour le service des urgences. Les victimes, toutes conscientes, ont pu être identifiées. Il n'a pas été nécessaire d'utiliser les fiches médicales de l'avant. Le nombre de lits disponibles avant l'attentat a permis d'accueillir tous les blessés. Deux patients hospitalisés en réanimation, et dont l'état le permettait, ont été transférés dans le service de médecine avant l'arrivée des premières victimes. En revanche, il n'a pas été nécessaire de transférer des malades en dehors de l'hôpital.

Tous les blessés nécessitant une prise en charge complémentaire ont pu être évacués moins de 30 h après l'attentat. L'évacuation médicale des victimes françaises et allemandes dans un même avion a été coordonnée par l'État-major opérationel santé (EMO santé) avec le bureau médical de l'*European air transport command* (EATC) d'Eindhoven. Il rationalise l'emploi des moyens et les adapte aux besoins médicaux.

Massive Casualties Plan

L'HMC Bouffard n'a pas accueilli d'afflux massif majeur de blessés depuis l'attentat contre l'« USS

Cole » en 2001 (9) et les accrochages à la frontière entre Djibouti et l'Erythrée en 2008 (10). Cet événement rappelle, comme Planchet et al. dans leur retour d'expérience sur l'attaque terroriste de Gwan en 2012 (11), l'impérieuse nécessité de disposer d'un plan MASCAL. Son actualisation récente et la tenue dix jours auparavant d'une réunion médicale interarmées sur la médecine de catastrophe ont probablement eu un impact très favorable. Le débriefing médical a permis, quelques jours plus tard, d'apporter des corrections au plan MASCAL de l'hôpital (amélioration du plan de rappel, modification de l'emplacement de la tente triage, réorientation des impliqués après enregistrement vers le réfectoire). En revanche, la proposition française de rédaction d'un plan commun avec les forces armées djiboutiennes et américaines est restée sans suite.

Sécurité et risque de suraccident

Une société privée assure, en temps normal, la sécurité de Bouffard. Sachant que l'hôpital fait partie des cibles potentielles d'un surattentat, et afin de sécuriser l'afflux des blessées, la protection de l'hôpital a été immédiatement renforcée en doublant l'effectif des gardes civils et secondairement avec le renfort de policiers djiboutiens et de commandos français de l'escadron de protection.

Facteurs favorables

L'absence de victime parmi les personnels ou les familles des personnels de l'hôpital, l'absence de pédiatrie et l'absence d'attaque visant directement l'hôpital ont largement facilité le travail des équipes. Par ailleurs, l'attentat étant survenu en semaine, l'ensemble du personnel était disponible et a pu rejoindre l'hôpital dans des délais rapides. Enfin, l'enquête a permis d'apprendre que le scénario initial a été modifié. En effet, le deuxième terroriste devait tirer au fusil d'assaut sur la foule avant d'activer sa ceinture d'explosif. Gêné par la présence de policiers devant le restaurant, il a agi d'emblée sur la terrasse.

Facteurs défavorables

En effectifs réduits, les policiers présents sur place dans les minutes qui ont suivi l'attentat, ont été limités dans leurs actions. Aucun périmètre de sécurité n'a pu être mis en place alors que de nombreuses autorités civiles et militaires se rendaient sur les lieux. L'absence de sectorisation des secours adoptée par les unités de contre-terrorisme a également mis en danger les équipes de premiers secours (fig. 4). Pour le Recherche assistance intervention dissuasion (RAID), les équipes médicales des unités spécialisées interviennent en zones de combat et de reprise alors que les services de secours (SAMU, SDIS) ne peuvent opérer qu'en zone de soutien (12). Sur place, les victimes ont été orientées mais n'ont pu être ni triées ni conditionnées et ni régulées comme c'est habituel en France. Aucun geste type « *damage control ground zero* » n'a pu être réalisé par le médecin djiboutien présent sur place (13). Tourtier

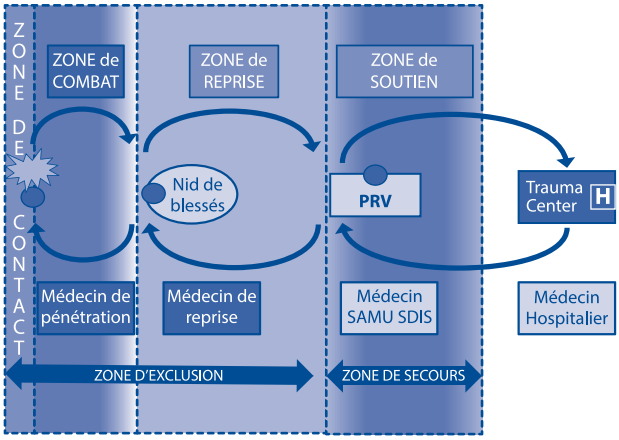


Figure 4. Organisation des secours proposée par le service médical du RAID lors d'un attentat.

et al. en rappellent encore récemment l'importance, à l'occasion des attentats de Charlie Hebdo (14). Il a fallu attendre 21 h 10, soit 75 minutes pour avoir un bilan de la situation sur place et apprendre ainsi que toutes les victimes avaient été évacuées. Enfin, il faut déplorer l'absence de plan de secours civil malgré la sensibilité de nombreux sites comme la centrale électrique (unique source de production locale d'énergie), le port de Djibouti (véritable poumon économique) ou encore l'aéroport international.

Propositions envisagées

Une réflexion a débuté au sein des équipes de l'hôpital afin de faire des propositions pour améliorer la préparation du personnel : sensibilisation de tous les nouveaux arrivants au plan MASCAL, renforcement de l'enseignement à la démarche SAFE-MARCHE-RYAN, notamment lors du stage de médicalisation en milieu hostile organisé (MEDICHOS) chaque année à Djibouti. Sachant qu'ils ont été les seuls français à participer au relevage des victimes et alors que leur cadre habituel d'intervention se limite aux enceintes des bases aériennes, il a été envisagé de proposer une formation au sauvetage au combat aux pompiers (15). Une réflexion élargie sur leurs conditions d'engagement est aussi nécessaire. Elle doit impliquer le service de santé et en particulier le *Role 1*, habitué au relevage en zone de combat. Selon le contexte, il paraît envisageable, que les pompiers puissent être équipés de protections balistiques.

Malgré les difficultés, il semble opportun de renforcer la coopération entre partenaires à travers des formations ou encore la mise en place de procédures communes de coordination médicale.

Conclusion

Le 24 mai 2015 à Djibouti, suite à un attentat perpétré par deux kamikazes, les équipes du Service de santé des armées ont pris en charge quatorze victimes de

différentes nationalités. Les pompiers les ont évacuées sans délai vers l'hôpital Bouffard alors que la zone n'était pas encore sécurisée. Comme les victimes civiles d'attentat, la plupart étaient polycriblées et blastées. Grâce au Centre de coordination européen des évacuations médicales stratégiques par voie aérienne, elles ont pu être transférées dans les premières heures.

Cet attentat rappelle toute l'importance de l'enseignement formalisé par le Service de santé des armées : le sauvetage au combat dans le Centre d'enseignement et de simulation à la médecine opérationnelle (CeSimMO) pour les médecins et infirmiers des forces, Cours avancé de Chirurgie en mission extérieures (CACHIRMEX) pour les chirurgiens.

Néanmoins, le soutien médical assuré par la France à Djibouti est en pleine refonte avec la construction d'un *Role 2* sur sa principale implantation militaire. Une large réflexion est en cours afin de définir clairement sa place et son rôle futur dans le réseau de soins, en particulier en cas de « plan ORSEC NOVI (nombreuses victimes) ». L'hôpital Bouffard quant à lui, sera confié aux autorités djiboutiennes.

Les auteurs ne déclarent pas de conflit d'intérêt concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. France 24. Djibouti : les Shebab revendiquent un attentat contre les croisés français. http://www.france24.com/fr/20140527-djibouti-attentat-suicide-revendication-shebab-france-somalie. 27 mai 2014.
2. Ministère des Affaires étrangères et du Développement international. Présentation de Djibouti. http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/djibouti/presentation-de-djibouti. 01 mars 2015.
3. Note de service N°533/FFDj/DIASS/HMCB//NP du 14 décembre 2013 relative à l'organisation du plan « Mascal » du Service de santé des armées des forces françaises stationnées à Djibouti.
4. Mérat S, Bordier E, Chazalon P, Villvielle T, Falzone E. Le blessé de guerre. Éditions Arnette. 2015 ; 2 (3) : 165-73.
5. Hamada S, Laplace C, Duranteau J, Vigué B, Harrois A. The initial management of severe trauma patients at hospital admission. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2013 ; 32 : 483-91.
6. Sheffy N, Mintz Y, Rivkind A, Shapira S. Terror-Related Injuries : A comparaison of gunshot wounds versus secondary fragments induced injuries from explosives. Journal of American college of Surgeons 2006 ; 203 : 297-303.
7. Pasquier P, de Rudnicki S, Donat N, Auroy Y, Merat S. Type et épidémiologie des blessures de guerre, à propos de deux conflits actuels : Irak et Afghanistan. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2011 ; 30 : 819-27.
8. Aschkenasy-Steuer G, Shamir M, Rivkind A, Mosheiff R, Shushan Y, Rosenthal G, et al. Clinical review : the Israeli experience : conventional terrorism and critical care. Critical Care 2005:490-9.
9. Imbert M, Rouvin B. Gestion de l'évacuation sanitaire des blessés de l'USS Cole. Médecine et Armées 2001 ; 29 : 591-6.
10. Aigle L, Le Goff A. Prise en charge d'un afflux massif de blessés de guerre djiboutiens par deux équipes médicales d'unité en situation d'isolement. Médecine et Armées 2010 ; 38 : 55-62.
11. Planchet M, Delbart C, Thomas A, Chenais L, Cazes N, Puidupin A. Prise en charge d'un afflux saturant de blessés de guerre français en Afghanistan. Médecine et Armées 2013 ; 41 : 175-82.
12. Service médical du RAID. Médicalisation de l'extrême-avant au cours d'une intervention des forces de l'ordre pour prise d'otages : principes régissant la prise en charge médicale et retour d'expérience du RAID. Annales Françaises de Médecine d'Urgence 2015 ; 5 : 166-75.
13. Tourtier JP, Palmier B, Tazarourte K, Raux M, Meaudre E, Ausset S, et al. The concept of damage control : extending the paradigm in the prehospital setting. Annales Françaises d'Anesthésies et de Réanimation 2013 ; 32 : 7-8.
14. Tourtier JP, Pelloux P, Dang Minh P, Marx J-S. Charlie Hebdo attacks : lesson from the military milieu. The American Journal of Emergency Medicine 2015 ; 33 : 843.
15. Service de santé des armées École du Val-de-Grâce. Enseignement du sauvetage au combat. Référentiel de formation n°309/EVDG/DPMO ; 2012.