51e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Infirmiers. Infirmier(e)s d'urgence
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Place de l'infirmier d'urgence dans le dispositif d'une catastrophe

B. Mantz, G. Rochet, C. Pineau, D. Jannière, B. Vivien*, P. Carli

Samu de Paris, département d'anesthésie-réanimation, hôpital Necker–Enfants Malades, 149 rue de Sèvres, 75730 Paris cedex 15, France
*e-mail : benoit.vivien@nck.aphp.fr

POINTS ESSENTIELS

- La seule formation en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ne permet pas de former suffisamment l'infirmier aux situations de catastrophes.
- Sur le plan de l'expérience pratique de terrain, c'est l'activité en Smur elle-même au quotidien qui prépare le mieux l'infirmier à la pratique des soins en situation de catastrophe.
- La gestion au quotidien et à moyen terme des différents matériels, stockés en prévision d'une éventuelle catastrophe, est en grande partie sous la responsabilité des infirmiers affectés au Samu–Smur.
- L'infirmier d'urgence de la première équipe médicale arrivant sur le site participe initialement à l'évaluation globale de l'événement et du nombre de victimes, puis à la phase de premier tri des victimes.
- L'infirmier d'urgence participe, avec l'aide des logisticiens, à la mise en place initiale du poste mobile avancé (PMA) : installation et aménagement de la tente, mise en œuvre du matériel logistique et médical.
- L'infirmier d'urgence est avant tout un soignant, et ce à toutes les phases de la chaîne médicale : à l'avant et lors de la petite noria de ramassage lorsque celle-ci nécessite une médicalisation ; au PMA lors des phases de mise en condition et de traitement initial ; lors de la grande noria d'évacuation vers les destinations hospitalières.
- Dans le contexte spécifique de la catastrophe, l'infirmier d'urgence peut être amené à prendre en charge, seul, une ou plusieurs victimes, parfois même plus sévères que des patients qu'il aurait normalement pris en charge en dehors du contexte de la catastrophe.
- L'infirmier d'urgence prend part de manière active à la prise en charge et au soutien psychologique des victimes et de leurs proches.
- En situation de catastrophe, l'infirmier d'urgence doit posséder non seulement des qualités d'adaptabilité extrêmes, mais également la faculté de travailler en équipe avec une grande variété de personnels.

- Dans le cadre d'un événement nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC), l'infirmier doit maîtriser la réalisation des gestes de base, tels que la préparation et la mise en place d'une perfusion veineuse périphérique, ainsi que la préparation de divers antidotes, tout en ayant revêtu une combinaison NRBC.

Introduction

La catastrophe est définie comme l'inadéquation entre les besoins sanitaires d'une population et les moyens de soins disponibles. En France, si ce type de situation est extrêmement rare, les Samu sont en revanche fréquemment confrontés à des accidents collectifs avec de nombreux patients. Seules une planification et une organisation rigoureuses et parfaitement préétablies permettent de rapprocher la qualité des soins en situation d'exception des standards du quotidien. Dans l'éventualité d'une catastrophe, la qualification et l'entraînement des personnels aux différents plans de secours sont primordiaux. Dans ce contexte, le rôle de l'infirmier diplômé d'État (IDE) est essentiel dans le dispositif de la catastrophe du fait de sa formation technique, de sa connaissance de la logistique médicale, et ses qualités dans la prise en charge psychologique des patients en situation de stress.

Historique

La notion de médecine de l'avant existe depuis longtemps et les hommes ont pris conscience à travers notre histoire qu'il fallait sauver leurs prochains. C'est au cours des différents conflits armés qu'ont été progressivement développés les concepts de la médecine de l'avant.

Le premier qui a pris conscience qu'il fallait secourir les soldats blessés sur le champ de bataille est le Baron Dominique Larrey, chirurgien en chef de la Grande Armée de Napoléon, qui créa en 1792 les premières « ambulances volantes hippo-mobiles ». Le principe était d'aller au-devant des blessés, si nécessaire jusque sous le feu de l'ennemi, afin de prendre en charge rapidement les blessures, et ainsi de prévenir les complications en particulier infectieuses. Plus d'un demi-siècle plus tard, Henry Dunant, face au massacre auquel il assiste lors de la bataille de Solferino en 1859, décide de porter secours aux blessés avec l'aide de 300 volontaires. Quelques années plus tard, en 1863, il fonde la Croix-Rouge. Simultanément, lors de la guerre de Sécession aux États-Unis (1861–1865), une véritable organisation moderne du service de santé militaire est mise en place, avec la création de médecins et d'infirmiers spécialement formés à cet exercice.

C'est ainsi que l'infirmier a su trouver sa place dans le dispositif de secours face à de multiples victimes et est devenu un acteur indispensable au sein de l'équipe de secours. Depuis la création des Samu-Smur, l'infirmier est impliqué dans les dispositifs d'urgence préhospitaliers, et participe au premier plan à de nombreuses missions ayant un caractère catastrophique. De par sa formation et son expérience acquise dans le domaine de l'urgence préhospitalière, il est rompu à toute situation pour laquelle la prise en charge des blessés requiert une solide expérience.

Formation des infirmiers diplômés d'État à la médecine d'urgence et de catastrophe

La formation des IDE dans les Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) se déroule sur 136 semaines, soit 4760 h, réparties entre cours théoriques et stages. Pen-

dant les trois années de ce cursus, les futurs IDE suivent des modules transversaux, qui sont le support de la profession d'IDE, et des modules de soins. Le programme des études d'IDE a actuellement pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'« infirmier polyvalent, apte à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation et de réhabilitation, etc. »

Concernant plus spécifiquement les soins d'urgence, la formation pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier comprend un module de 80 h, intitulé « soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine », qui comporte une présentation des principales pathologies prises en charge en médecine d'urgence ainsi que la prise en charge de la douleur dans ce contexte. Cependant, pour pouvoir exercer dans un Smur, des formations complémentaires plus spécifiquement axées sur la prise en charge des urgences sont généralement recommandées : oxyologie paramédicale, formations dispensées par les Centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU), formations type ACLS (Advanced Cardiac Life Support), etc. Enfin, il faut rappeler que le décret sur l'aide médicale urgente recommande pour des interventions nécessitant des techniques de réanimation une équipe de trois personnes composée d'un conducteur ambulancier, d'un médecin, et d'un infirmier sans en préciser la spécialité. Les interventions étant réalisées en principe et par définition auprès de patients en état grave, l'infirmier devrait être présent aux côtés du médecin en permanence. Le décret d'actes infirmiers autorise celui-ci à participer aux transports dans le cadre d'un Smur.

Vis-à-vis de la prise en charge de multiples victimes en situation de catastrophe, il faut malheureusement concéder que la formation en IFSI ne permet pas de former les infirmiers à ce type de missions. Dans le cadre de la formation théorique, il existe des diplômes universitaires (DU) spécifiquement axés sur ce type de situation : DU de médecine catastrophe, DU de médecine humanitaire, DU d'expertise dans la gestion des interventions d'urgence sanitaire, etc. En réalité, sur le plan de l'expérience pratique de terrain, c'est l'activité en Smur elle-même au quotidien qui prépare le mieux l'infirmier à la pratique des soins pour de telles situations de catastrophe.

Gestion médicale des événements exceptionnels avec victimes multiples

En France

Sur le territoire national, l'organisation des missions de secours lors d'événements exceptionnels avec un grand nombre de victimes rentre dans le cadre des plans d'urgence départementaux. Les plans d'urgence (Orsec, plan rouge, etc.) comportent des aspects techniques et des aspects médicaux. La direction des secours est assurée par le préfet du département qui s'appuie sur l'ensemble de ses services, en particulier le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) et les Samu-Smur. De manière parallèle, l'hôpital doit se préparer (plan blanc) à accueillir de nombreux patients.

À l'étranger

Dans le cadre de l'aide internationale, les missions médicales dans des pays étrangers sont déclenchées par le ministère des Affaires étrangères et/ou le ministère de la Santé qui missionne l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). L'EPRUS est un établissement public administratif, placé sous la tutelle du ministère de la Santé, qui est chargé, d'une part, de mettre en place un corps de réserve sanitaire, et, d'autre part, de gérer les stocks et la logistique d'approvisionnement des

produits pharmaceutiques nécessaires en vue de répondre aux situations de catastrophe, d'urgence ou de menaces sanitaires graves sur le territoire français ou à l'étranger. Dans le cadre de la réserve sanitaire, il est fait appel à des personnels volontaires, médicaux et paramédicaux. Ceux-ci doivent être prêts à partir dans des délais très courts, ce qui nécessite une grande disponibilité, personnelle et, au niveau du service, de pouvoir remplacer si nécessaire le personnel partant en mission. Outre un passeport et des vaccinations à jour, une tenue vestimentaire adaptée aux situations que revêt le caractère spécifique des missions est préparée (chaussures, pantalon et saharienne multipoche, blousons, casques avec lampe frontale et lunettes, gants, couteau, ciseaux multifonctions, etc.), ainsi qu'un équipement hôtelier minimal (sac de couchage, lit de camp, nécessaire de toilette, etc.), l'ensemble devant tenir dans un volume minimal type sac à dos.

Matériel à disposition des Samu–Smur en prévision d'une catastrophe

Les outils dont disposent les équipes médicales lors de situations de catastrophe doivent permettre de prendre en charge de nombreuses victimes toutes pathologies confondues. Dans le but d'optimiser les soins prodigués aux victimes, l'ensemble du matériel, des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux utilisables en situation de catastrophe doit être connu des différents intervenants. L'IDE affecté au Samu–Smur est dans ce cadre le personnel le mieux préparé à cette tâche. En effet, c'est lui qui assure, avec l'aide des aides-soignants et logisticiens, sous la responsabilité du cadre infirmier et du pharmacien, la maintenance des stocks, le réapprovisionnement et la vérification des péremptions. Concernant le matériel médical utilisé en Smur (cardioscopes, respirateurs, seringues auto-pousseuses, etc.), il faut rappeler qu'il est soumis aux mêmes règles de maintenance et contrôles qu'à l'intérieur de l'hôpital.

Au niveau du Samu–Smur, trois niveaux de matériel sont habituellement préparés en prévision d'une catastrophe.

Premier niveau de matériel

Le premier niveau est généralement déterminé de manière autonome par chaque Samu-Smur, et consécutivement peut être très différent d'un département à l'autre, tant dans son contenu qu'au niveau de sa présentation. Au Samu–Smur de l'hôpital Necker, ce matériel de premier niveau est constitué par un sac à dos contenant le matériel de l'avant, dont le principe est issu des attentats parisiens de 1995. Il s'agit d'un sac confectionné sur mesure, facile à transporter sur le site de la catastrophe, même en cas d'accès difficile, et dont la conception modulaire en différents sets (ventilation, perfusion, médicaments, pansements, etc.) est proche de celle du lot d'intervention habituel du Smur, ce qui en facilite l'usage, même pour un personnel peu habitué à ce type d'événement. Chaque sac permet de prendre en charge une urgence absolue et deux urgences relatives pendant 20 min. Il existe un sac par unité mobile hospitalière (UMH), et une série de sacs est en réserve au Smur. Une liste du matériel avec les dates de péremption se trouve à l'intérieur de chaque sac. Après vérification, le sac est scellé, et les dates de la prochaine vérification et des péremptions sont notées à l'extérieur, afin d'en faciliter la gestion.

Deuxième niveau de matériel

Le deuxième niveau est constitué par le lot polyvalent du poste sanitaire mobile (PSM). Dans le cadre du programme de Défense civile, le ministère de la Santé a mis en place

dans les Samu des PSM, qui ont pour vocation de renforcer, en situation d'exception, le potentiel des services hospitaliers confrontés à un afflux massif de victimes. Ces PSM vont servir dans l'hôpital mais également à l'extérieur de l'hôpital. Les PSM sont en général stockés dans les hôpitaux sièges de Samu, sous la responsabilité du chef de service du Samu, et gérés par le pharmacien hospitalier. Chaque lot polyvalent d'un PSM (PSM 1) est conçu pour la prise en charge de 25 blessés graves, et est constitué de 11 malles, soit 400 kg et 1 m^3 de matériel. À l'hôpital Necker, ce lot polyvalent du PSM est stocké dans une remorque qui peut être accrochée en quelques minutes à n'importe quel véhicule du Smur. Une deuxième remorque contient une tente gonflable avec son chauffage et son éclairage, un groupe électrogène, un lot de brancards et de couvertures. Il est ainsi possible d'activer dans un délai extrêmement court ces éléments de logistique médicale permettant de traiter environ 25 blessés graves.

Troisième niveau de matériel

Le troisième niveau est constitué par les lots généraux du PSM (PSM 2). Ce lot de matériel est conçu pour assurer des soins spécialisés, d'urgence et de réanimation pour environ 500 victimes pendant 24 h. Il est constitué de produits pharmaceutiques et de matériel médicochirurgical, l'ensemble étant réparti dans 150 malles répertoriées, ainsi que six palettes de solutés. Il comporte aussi du matériel de communication. Il existe actuellement une trentaine de lots PSM 2 sur l'ensemble du territoire. Ces lots sont financés par le secrétariat général de la Défense nationale, et c'est le Haut fonctionnaire de défense et sécurité qui assure le suivi, l'actualisation et l'implantation de ces PSM. Ces lots généraux requièrent évidemment, du fait de leur volume, des moyens logistiques importants pour être déplacés sur le terrain d'une catastrophe.

La gestion au quotidien et à moyen terme de ces différents niveaux de matériels, stockés en prévision d'une éventuelle catastrophe, est donc en grande partie sous la responsabilité des infirmiers affectés au Samu-Smur. Bien évidemment, les autres personnels du Samu-Smur (médecins, logisticiens) et de l'hôpital (pharmaciens) participent également à cette gestion prévisionnelle.

Enfin, des documents administratifs et ou/de soins accompagnent toujours le matériel utilisé en cas de catastrophe. Il s'agit essentiellement :

- d'une check-list détaillée de tout le matériel disponible ;
- de fiches de procédures décrivant les formalités et les actions à mettre en œuvre en cas de déclenchement d'un plan de secours ;
- de fiches réflexes pour chaque intervenant décrivant les procédures à mettre en œuvre à son échelon individuel ;
- des fiches médicales de l'avant (FMA).

Organisation des secours en cas de catastrophe sur le territoire national

Plans de secours

Plan rouge

Le plan rouge est déclenché par le préfet du département lors de la survenue d'un accident catastrophique à effet limité (ACEL), entraînant ou susceptible d'entraîner de nombreuses victimes (généralement au-delà de 15 victimes supposées) : incendie, effondrement d'immeuble, accident de trafic routier, ferroviaire, ou aérien, explosions, attentats, catastrophes naturelles. Il peut être déclenché indépendamment du plan

blanc, mais face à de nombreuses victimes avérées, tous deux sont généralement mis en œuvre.

L'objectif du plan rouge est de pallier les conséquences d'une situation accidentelle déclarée, en prenant en compte plusieurs impératifs : la rapidité de la mise en place des moyens, l'emploi des moyens suffisants et adaptés, l'organisation rationnelle du commandement sous la direction d'un commandant des opérations de secours (COS), la coordination dans la mise en œuvre de ces moyens, et notamment une bonne organisation de la régulation médicale.

Deux chaînes distinctes sont mises en place lors du plan rouge :

- la chaîne incendie-sauvetage, essentiellement chargée de la lutte contre le sinistre initial, mais qui concourt également à la mission de recherche, de localisation, et de dégagement d'éventuelles victimes, en y associant la pratique des gestes de secourisme ;
- la chaîne médicale, sous le commandement du directeur des secours médicaux (DSM), qui assure le ramassage des victimes, leur catégorisation et leur mise en condition au niveau du PMA, et leur évacuation vers les structures de soins adaptées.

Selon le type de catastrophe à laquelle il faut faire face, le plan rouge peut faire appel à des moyens autres que sapeurs-pompiers et Samu, tels des associations de secouristes (Croix-Rouge, etc.), et/ou des ambulanciers privés : ces derniers interviendront essentiellement pour la prise en charge des urgences relatives aux PMA, et/ou comme vecteurs d'évacuation non-médicalisés, et éventuellement participeront à la prise en charge psychologique des impliqués.

Plan blanc

Les modalités du plan blanc sont définies pour chaque établissement de santé, public ou privé, par une personne désignée par l'établissement, et le plan est soumis aux différentes instances consultatives et délibératives de l'établissement (conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement et commission d'hygiène de sécurité et des conditions de travail). Le schéma départemental des plans blancs est établi par les Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), en collaboration technique avec le Samu.

L'activation du plan blanc est décidée par le directeur de l'établissement. Les principales mesures prises par l'établissement comprennent :

- la mise en place d'une cellule de crise ;
- le maintien sur place des équipes de personnels volontaires (notamment en cas de changement d'équipe), et le rappel gradué des personnels volontaires en repos, afin d'avoir des moyens suffisants, mais aussi de pouvoir organiser des rotations en cas de crise durable ; la liste des personnels volontaires est renouvelée tous les ans ;
- un transfert des patients des services impliqués vers des services moins impliqués, d'autres établissements, voire le renvoi à domicile lorsque cela est possible ; une déprogrammation des activités non urgentes (consultations, interventions chirurgicales) ;
- l'inventaire des moyens disponibles à l'instant pour les services médicotechniques (pharmacie, laboratoires, imagerie médicale) et logistiques (blanchisserie, restauration) ;
- le renforcement des moyens de communication, en particulier le standard de l'hôpital ; les communications sont réservées au seul plan blanc ;
- le renfort si nécessaire par un lot PSM ;

- en cas d'afflux massif aux urgences, l'organisation d'un triage médical strict dans une salle suffisamment grande et sous la responsabilité d'un médecin trieur, distincte de l'accueil classique des urgences, et distincte de l'accueil aux familles et aux médias ;
- éventuellement, le recours à des moyens associatifs (bénévoles des associations de secourisme et d'aide sociale) pour le traitement des soins légers ou les gestes d'accompagnement ;
- la mise en place d'un point d'accueil aux familles et d'accueil aux médias ; les ministres des cultes peuvent être prévenus pour aider le soutien moral aux familles ;
- l'organisation de la circulation automobile sur le site ainsi que l'organisation des norias ; la mise en place d'une signalétique et d'un fléchage supplémentaire pour faciliter la circulation en interne ; le recours à des mesures de surveillance et de gardiennage renforcées ;
- en cas d'accident nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC), le flux des nouveaux arrivants est maîtrisé afin de prévenir la contamination de tout l'établissement.

Missions du Samu en situation de catastrophe

Dès que le Samu est averti de la survenue d'une catastrophe ou d'un ACEL survenant sur son territoire, il doit immédiatement prendre de nombreuses dispositions, concernant directement les soins aux victimes d'une part, et sur un plan organisationnel d'autre part :

- envoi sur le terrain des équipes de Smur nécessaires ; rappel éventuel de personnels : médecins, infirmiers, logisticiens, permanenciers auxiliaires de régulation médicale de Samu (PARM), cadres, etc. ;
- alerte des services hospitaliers d'urgence, ainsi que des services spécialisés (réanimations, blocs opératoires, services de brûlés, etc.) afin de « réserver » ou de faire créer les places nécessaires pour prendre en charge les victimes de la catastrophe ;
- acheminement sur le site des éléments de logistique médicale indispensables : lots PSM, tente pour le PMA, véhicule de commandement médical pour la régulation depuis le site de la catastrophe, etc. ;
- alerte des Samu des départements limitrophes pour une demande de renfort éventuelle (« appui réciproque des moyens ») ;
- alerte des structures administratives responsables (DDASS, DGS, etc.) ;
- gestion des communications avec les autorités administratives et les médias.

Chaîne médicale

L'organisation de la chaîne médicale comporte trois phases d'intervention :

- le ramassage, qui comprend le relevage et le transport des victimes jusqu'au PMA ;
- la catégorisation et la mise en condition des blessés, effectuées au PMA (tri des victimes) ;
- l'évacuation à partir du PMA vers les hôpitaux, après régulation par le Samu du département concerné.

Dégagement et ramassage

Les actions de dégagement et de ramassage sont généralement confiées à des secouristes. Cependant, en présence de victimes incarcérées, une médicalisation est réalisée alors par les équipes de Smur, et exceptionnellement la présence d'un chirurgien est parfois nécessaire « à l'avant ». Selon le nombre et la gravité des victimes, et selon le ratio entre le nombre de victimes et le nombre de personnels médicaux et paramédicaux disponibles à l'avant, l'IDE peut alors être éventuellement amené à prendre en

charge, seul, un ou plusieurs patients simultanément. La phase d'évacuation des victimes depuis le site de la catastrophe jusqu'au PMA est appelée noria de ramassage ou « petite noria ».

Poste médical avancé

Le PMA est une zone de soins proche de l'événement située à l'écart du risque, dans laquelle sont regroupées les victimes acheminées par la petite noria. Le « médecin-chef du PMA » coordonne l'activité des soins au niveau du PMA, avec l'aide d'autres médecins et infirmiers de Smur. Le PMA permet d'effectuer :

- l'identification, le tri et la catégorisation des victimes ;
- la mise en condition et le traitement primaire des blessés ;
- la régulation et la hiérarchisation des évacuations vers les destinations hospitalières.

Évacuation

La mission évacuation, encore appelée « noria d'évacuation » ou « grande noria », consiste à concentrer et à gérer l'ensemble des vecteurs d'évacuation, en fonction des besoins exprimés par le médecin-chef du PMA. Les vecteurs sont des UMH, des véhicules de sapeurs-pompiers, des véhicules associatifs, des ambulances privées, ou des hélicoptères, etc.

L'évacuation de chaque victime, selon un moyen adapté à sa gravité, est soit médicalisée, soit paramédicalisée sous la responsabilité d'un IDE, soit uniquement effectuée par des secouristes. Néanmoins, lorsque le nombre de victimes excède le nombre de médecins et/ou d'infirmiers de Smur disponibles pour les évacuations, une des solutions possibles est l'organisation d'un « convoi » de plusieurs (2 à 3) vecteurs se dirigeant vers le même hôpital. Ainsi, un patient qui aurait normalement nécessité une médicalisation en d'autres circonstances peut être confié à un infirmier seul à bord d'un vecteur d'évacuation, sous réserve de la présence d'un médecin à bord d'un vecteur médicalisé « supervisant » l'ensemble du convoi. Une telle organisation des évacuations n'est évidemment qu'une réponse pratique « dégradée », envisageable uniquement en situation de catastrophe, lorsque le nombre de victimes excède le nombre d'équipes de Smur complètes et disponibles.

Régulation médicale par le Samu

La régulation des destinations hospitalières est toujours sous la responsabilité d'un médecin du Samu. La solution optimale est de disposer d'un véhicule de commandement et de régulation médicale du Samu, qui est installé à proximité du PMA, et qui permet au médecin régulateur de disposer de tous les moyens logistiques et de communication pour organiser les évacuations. Lorsqu'une telle organisation est impossible, la régulation des évacuations est effectuée directement par la régulation départementale du Samu, avec au mieux du personnel dédié à la catastrophe et installé dans une salle de crise.

En présence de nombreuses victimes nécessitant des soins similaires, la répartition des victimes sur plusieurs sites hospitaliers, grâce à la régulation médicale effectuée par le médecin du Samu, permet de ne pas surcharger les équipes de chirurgie et de réanimation et d'apporter des soins adaptés à la totalité des victimes de l'événement.

Cellule d'urgence médicopsychologique

Certains patients impliqués dans la catastrophe ou l'événement collectif sont peu ou pas blessés physiquement. Ils peuvent cependant nécessiter des soins psychologiques car ils présentent des troubles susceptibles d'évoluer vers une névrose post-traumatique. Le Samu délègue sur le terrain les médecins et les paramédicaux des cellules

d'urgences médico-psychologiques (CUMP). Ces mêmes personnels pourront prendre en charge les blessés dans les hôpitaux lorsque les thérapeutiques somatiques auront été débutées.

Mission et qualités requises pour l'infirmier en situation de catastrophe

Mission de l'infirmier d'urgence

L'infirmier d'urgence de la première équipe médicale arrivant sur le site d'une catastrophe participe initialement à l'évaluation globale de l'événement et du nombre de victimes, puis à la phase de premier tri des victimes.

Sur le plan organisationnel, l'infirmier d'urgence participe, avec l'aide des logisticiens, à la mise en place initiale du PMA : installation et aménagement de la tente (zone urgences absolues et zone urgences relatives), mise en œuvre du matériel logistique (groupes électrogènes, éclairage, etc.) et médical (brancards, scopes, respirateurs, réserve de solutés et médicaments, etc.). Dans le cadre d'un événement NRBC, il participe également à la mise en œuvre de la chaîne de décontamination. Par la suite, il participe à la gestion du matériel médical et de soins pour le PMA et éventuellement pour l'avant : réapprovisionnement en consommables, demande de matériel spécifique, etc.

L'infirmier d'urgence est avant tout un soignant. Il participe donc évidemment aux soins à toutes les étapes de la chaîne médicale : à l'avant et lors de la petite noria de ramassage lorsque celle-ci nécessite une médicalisation ; au PMA lors des phases de mise en condition et de traitement initial ; lors de la grande noria d'évacuation vers les destinations hospitalières. L'évacuation hospitalière de patients confiée à un infirmier seul à bord d'un vecteur paramédicalisé s'inspire directement du concept récent de transfert infirmier interhospitalier (TIIH), qui est développé depuis quelques années dans de nombreux Smur. Néanmoins, dans le contexte spécifique de la catastrophe, selon le ratio entre le nombre de victimes et de soignants, il faut souligner que l'infirmier d'urgence peut être amené à prendre en charge seul une ou plusieurs victimes, parfois même plus sévères que des patients qu'il aurait normalement pris en charge en dehors du contexte de la catastrophe.

En raison de sa polyvalence acquise lors de son travail quotidien, l'infirmier d'urgence possède une compétence qui lui permet de prendre en charge les patients relevant de pathologies très diverses, qu'elles soient médicales, chirurgicales, traumatiques, ou qu'il s'agisse de brûlures, etc. Cette polyvalence lui permet également de dispenser l'ensemble des divers soins nécessaires aux victimes : soins d'urgence, d'hygiène, et soins primaires de santé.

Du fait de sa formation et du contact privilégié qu'il a acquis auprès des patients, l'infirmier d'urgence prend également part de manière active à la prise en charge et au soutien psychologique des victimes et de leurs proches dans ces situations de catastrophe. L'équipe médicale et les infirmiers d'urgence présents sur le site de la catastrophe ont un rôle de soutien important avant l'arrivée des équipes de la CUMP. En effet, le premier contact avec le patient et les personnes impliquées est primordial. Il permet le plus souvent de réduire la tension et d'éviter le déclenchement de phénomènes psychologiques morbides. Vis-à-vis des autres membres plus « fragiles », souvent parce que plus jeunes, des équipes de secours, l'infirmier d'urgence exerce un rôle de compagnonnage essentiel : le débriefing précoce de tous les acteurs permet là encore de diminuer les conséquences psychologiques de l'événement auprès de ceux qui sont moins habitués à de telles situations où sont présentes simultanément de nombreuses victimes.

Concernant les catastrophes ayant une dimension NRBC, une formation spécifique et des entraînements réguliers doivent être réalisés par l'ensemble des personnels susceptibles de travailler dans de telles conditions. À ce titre, l'infirmier doit maîtriser la réalisation des gestes de base, tels que la préparation et la mise en place d'une perfusion veineuse périphérique, ainsi que la préparation de divers antidotes, tout en ayant revêtu une combinaison NRBC avec des gants en butyle et un masque à gaz facial.

Qualités requises

Dans le cadre d'une catastrophe avec de nombreux intervenants, l'infirmier d'urgence doit posséder une qualité d'adaptabilité extrême. Il ne s'agit pas uniquement d'une adaptabilité aux conditions de travail parfois difficiles (terrain hostile, conditions météorologiques, etc.) et aux conditions d'hébergement sommaires lors de missions prolongées (vie en communauté dans un campement, nourriture, blanchissage, etc.), qui constituent un changement radical par rapport à ses habitudes de travail du quotidien. L'adaptabilité de l'infirmier d'urgence concerne également les différents matériels et personnels présents, et ce à tous les niveaux de la chaîne médicale. Ainsi, la présence de nombreuses équipes issues de Smur et/ou de Samu parfois distincts peut conduire à une relative hétérogénéité de matériels et de pratiques. De même, l'infirmier d'urgence peut être amené à travailler en équipe directement avec des personnels (médecins, autres infirmiers d'urgence, logisticiens, etc.) qu'il ne connaissait pas auparavant. Enfin, il doit collaborer avec d'autres catégories de personnels, affectés ou non à la chaîne de soins (secouristes, militaires, membres d'associations humanitaires, etc.). Le travail d'équipe dans de telles conditions nécessite incontestablement de la part de l'infirmier d'urgence une faculté d'adaptabilité extrême.

Enfin, dans le cadre de missions de secours éloignées et prolongées, l'infirmier d'urgence, tout comme les autres personnels l'accompagnant, doit également être prêt à partir dans des délais très courts, et ce pour une durée souvent initialement indéterminée, ce qui nécessite évidemment une grande disponibilité personnelle et professionnelle. Dans notre service, une liste des volontaires avec les noms, numéros de passeports et états des vaccinations est tenue à jour par les cadres du service.

Conclusion

Tant dans la phase de préparation et de gestion des matériels médicaux que sur le terrain, l'infirmier d'urgence est un personnel qui, par sa formation, sa polyvalence et son expérience acquise en situation d'urgence, est parfaitement adapté aux situations de catastrophes. Si des formations complémentaires spécifiques sont utiles, l'exploitation des retours d'expérience est un élément indispensable dans l'amélioration des pratiques face à de telles situations heureusement rares. Néanmoins, il ne faut pas oublier que l'infirmier d'urgence et/ou de Smur est avant tout un soignant : il va ainsi pouvoir apporter sur le terrain non seulement sa compétence technique de terrain, mais également son expérience de soutien psychologique aux victimes d'événements exceptionnels.