URGENCES 2009
co-fondateurs

Chapitre 89

Rôle de l'infirmier au Poste Médical Avancé

J-Y. André, P. Tursis, J. Asaph, C. Chollet-Xemard

1. Introduction

En cas de survenu d'un événement catastrophique, un certain nombre d'installation doivent être mises en place afin d'assurer au plus vite la prise en charge médicale et l'évacuation des victimes. Parmi elle, le poste médical avancé (PMA) est situé au plus près de la catastrophe et ses fonctions sont d'assurer la médicalisation de l'avant. Son implantation et son organisation en termes de ressources humaines et matérielles répondent à des règles strictes. Les personnels impliqués dans la chaîne des secours se doivent de bien connaître ses principes d'organisation ainsi que leurs différents rôles afin d'optimiser les prises en charges des victimes.

2. Organisation générale de la chaîne des secours

Les trois grands principes organisationnels de la chaîne des secours dans le cadre d'un événement catastrophique sont les suivants :

– Le ramassage (petite noria) : consiste à prendre en charge les victimes sur les lieux du sinistre (chantier) et à les ramener au plus vite auprès des équipes médicales.

– La prise en charge médicale au PMA : consiste en un tri initial des urgences en fonction des critères de gravité de chaque victime **(Tableau 1)** puis à une prise en charge médicale adaptée.

Correspondance : Hôpital Henri Mondor, SAMU 94, Créteil.

Tableau 1 – Classification des urgences

	Catégorie	Types de lésions	Évacuation
Urgences absolues	Extrême Urgence **UE**	**Victimes très graves pronostic vital engagé à court terme** • Détresses ventilatoires aiguës • Brulés très graves > 50 % • Hémorragie massive	Évacuation, très rapide vers les hôpitaux les plus proches après mise condition, par voie héliportée de préférence ou routière
Urgences absolues	Première Urgence **U1**	**Victimes graves pronostic vital engagé à moyen terme < 6 h.** • Blessé thoracique non asphyxique • Trauma crânien • Fractures ouvertes • Brûlés graves > 20 % • Blessé abdos. Stables • Traumatismes oculaires graves	Évacuation rapide vers les hôpitaux proches après mise condition par voie routière ou héliportée
Urgences relatives	Deuxième Urgence **U2**	**Blessés peu graves pouvant être opérés dans un délai de 12 à 24 h.** • Fractures fermées. • Plaies des parties molles (sauf fesses et périnée). • Brûlures < 20 %. • Traumatismes crânien conscient.	Évacuation moins urgente vers les hôpitaux plus éloignés par avion, train ou route
Urgences relatives	Troisième Urgence **U3**	**« Éclopés »** • Petits blessés traumatismes fermés...	Transport après mise en condition

L'évacuation des victimes vers des établissements de soins (grande noria) : avec des moyens adaptés aux circonstances (vecteurs et ressources humaines).

Le PMA est le lieu de passage obligatoire des victimes arrivant du « chantier » **(Figure 1)**, il est donc impératif que son installation soit pertinente.

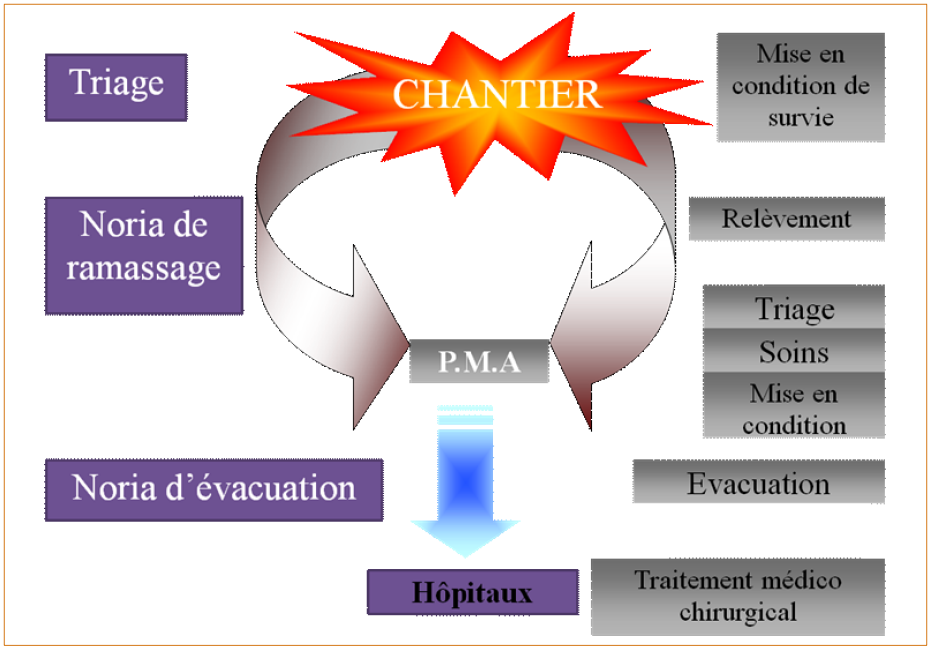
3. Le Poste Médical Avancé

3.1. Installation du PMA

Le choix de l'emplacement du PMA résulte d'une concertation entre le directeur des secours médicaux (DSM) et les logisticiens. Il se fera après reconnaissance et balisage du site choisi. Il doit être située au plus près du sinistre, en zone sécurisée et à l'abri de tout risque évolutif lié au type de catastrophe (météorologique pour le risque toxique atmosphérique, distance pour le risque d'explosion…). Selon les circonstances, deux types de structures peuvent être utilisées pour l'installation du PMA :

– bâtiments existants,

Figure 1 – Configuration générale du dispositif



– systèmes modulaires (tentes).

Ces structures doivent permettre l'installation d'un PMA vaste, abrité, chauffé et éclairé, avec une source d'eau accessible.

Quelque soit le type de PMA choisi, un certain nombre de critères doivent être pris en considération :

– en bordure de voies de communication permettant l'accès des différents véhicules de secours,

– proximité d'une aire de poser pour l'hélicoptère,

– deux accès distincts : un pour l'entrée et un autre pour la sortie. Ces accès doivent être matérialisés et identifiés (panneaux),

– balisage de l'accès au PMA,

Cette structure est sous la responsabilité du médecin chef du PMA.

3.2. Organisation du PMA

Le PMA possède 3 zones distinctes :

– l'accueil et le tri correspondant à l'entrée du PMA,

– la zone de soins : répartie elle-même en différentes zones en fonction de la catégorie des urgences,

– la zone d'évacuation correspondant à la sortie du PMA.

3.2.1. La zone d'accueil et le tri

C'est le passage obligatoire avant l'admission de la victime dans le PMA. Elle correspond à l'entrée du PMA. Un secrétariat est installé permettant de recenser chaque victime (identité si disponible, sexe, numéro d'identification figurant sur la fiche médicale de l'avant). Puis, le médecin « trieur » ou le médecin chef du PMA, en fonction des ressources humaines disponibles, doit évaluer rapidement et précisément le caractère et l'étendue des lésions. Il doit ensuite catégoriser le type d'urgence en urgence absolue (UA) ou urgence relative (UR) afin d'orienter la victime vers la zone de soins appropriée.

3.2.2. La zone de soins

C'est la zone de prise en charge médicale des victimes. Elle est classiquement divisée en deux parties. Une zone UA pour la prise en charge des urgences absolues et une zone UR pour les urgences relatives.

3.2.3. La zone d'évacuation

Elle correspond à la sortie du PMA. Un secrétariat est également mis en place et permet également de répertorier chaque victime ainsi que leur lieu d'hospitalisation.

4. Rôle de l'infirmier

4.1. La logistique

Le médecin chef du PMA désigne un infirmier qui l'assistera dans sa fonction de responsable du PMA. Cet infirmier est alors chargé de superviser et de coordonner l'ensemble des infirmiers du PMA. Il a donc un rôle fondamental dans la mise en place et l'organisation du PMA.

Avant l'arrivée des premières victimes, les infirmiers doivent veiller à la mise en place et à l'organisation des différents postes de soins (brancards, multi paramètres, bouteilles d'oxygène, système de fixation perfusion, seringue auto-pousseuses, etc.). Le rôle des infirmiers est ici majeur car il s'agit d'optimiser au mieux l'espace disponible, l'équipement médical diminuant de façon très importante la zone de soins.

Ils participent à la distribution du matériel et/ou des médicaments provenant de lot PSM, qu'ils attribuent aux différents postes de soins en fonction des besoins des victimes. Enfin, ils gèrent les moyens de stockage et d'évacuation des déchets médicaux (déchets sceptiques) ainsi qu'à l'hygiène (disponibilité de solution hydro alcoolique) et la propreté des différents postes de soins (décontaminant de surface) entre chaque victime **(Figure 2)**.

Ils peuvent également être impliqués au niveau des différents secrétariats en aidant au recensement des victimes.

Figure 2 – Organisation interne du PMA sous tente Utilys™

4.2. Les soins infirmiers

Dans la zone UA, le binôme médecin-infirmier est primordial. Il permet une prise en charge des victimes ayant des lésions graves plus rapide et donc une évacuation dans les meilleurs délais vers un centre hospitalier.

Dans la zone des UR, les patients n'ont pas de pronostic vital engagé. Leur prise en charge thérapeutique s'axe principalement autour de l'analgésie et de la prise en charge psychologique immédiate.

L'organisation suivante, un infirmier par patient et un médecin pour 2 ou 3 patients est tout à fait envisageable afin de favoriser la présence médicale dans la zone des urgences absolues. Il apparaît donc que la participation, aux soins des infirmiers, est de toute évidence primordiale. La prise en charge des patients dans ce contexte diffère peu ou pas d'une prise en charge pré hospitalière ou en salle d'accueil des urgences vitales (monitorage des fonctions vitales, gestion des voies aériennes supérieures, contrôle de l'hémodynamique, prise en charge de la douleur, etc.). Néanmoins, elles restent plus complexes par une gestion de l'espace rendue plus difficile (matériel et personnels). La stabilisation des fonctions vitales et l'évacuation rapide des victimes vers les hôpitaux doivent permettre une libération des postes de soins nécessaires parfois à l'accueil d'autres victimes.

Dans certaines circonstances, il existe une vraie inadéquation entre les besoins nécessaires et les moyens disponibles. Dans ce contexte et sur décision médicale,

l'infirmier peut être amené à effectuer seul l'évacuation de certaines victimes vers un établissement de soins. Cette stratégie d'évacuation permet ainsi de ne pas démunir le PMA d'une présence médicale permettant ainsi une optimisation des prises en charge en cas d'afflux de victimes.

5. Conclusion

Le rôle de l'infirmier au PMA ne diffère en rien de ses pratiques quotidiennes en termes de soins au patient, en revanche il doit faire preuve d'une grande adaptabilité dans la gestion et l'organisation du PMA dans le cadre d'une situation d'exception. Pour cela des exercices sont nécessaires et permettent de mieux cerner les faiblesses du dispositif et les difficultés rencontrées par chacun. Ils permettent également d'évaluer les solutions trouvées en temps réels qui doivent être discutées ultérieurement lors d'un débriefing.