

# AZF : Retour d'expérience IADE

Jean Louis LAPORTE et Jean François ROUGON  
Infirmiers anesthésistes  
DAR Hôpital Purpan  
Place du Dr Baylac  
31059 Toulouse cédex

## L'IADE et la catastrophe:

Quelques atouts?

- **Les spécificités :**

- *Le cursus :*

Se présenter au concours de l'école nécessite de la motivation, une certaine ouverture d'esprit, une remise en cause de ses habitudes professionnelles et personnelles.

En situation de catastrophe, cette dynamique particulière est un atout incontestable.

- *La formation :*

Les stages confrontent le futur IADE à différentes approches :

- des spécialités chirurgicales et médicales
- des manières de travailler
- des protocoles...

En situation de catastrophe, la multiplicité de ces expériences, de ces vécus, lui permettent une meilleure adaptabilité.

- **L'exercice professionnel :**

- les postes :

\*L' IADE se situe sur des sites spécifiques correspondant à sa spécialité que sont notamment : bloc, SMUR, urgences, déchocage

L'exercice de sa profession l'amène le plus souvent à prendre en charge un seul patient.

\*En situation de catastrophe, la libération des moyens de prise en charge (espaces de soins, personnels), est un impératif.

Dans cette démarche, l'IADE se retrouve être disponible, libérable rapidement.

Il est alors capable d'intégrer une nouvelle organisation.

En fonction des besoins des différents directeurs (DSM/DSMH...), il interviendra sur des postes aussi diversifiés :

*En extra hospitalier :* chantiers de l'avant, petite noria, PMA, grande noria

*En intra hospitalier :* accueil, tri, 1ers soins, déchocage, noria diagnostique, bloc.

➤ La pratique quotidienne :

Outre les gestes techniques qu'il maîtrise, une des particularités de l'IADE, c'est son autonomie de travail :

- appréciation de l'état du patient, de son niveau de gravité, de son évolutivité, cette appréciation est d'autant plus aigüe, que le patient est en dépendance complète lors des actes pratiqués par l'équipe d'anesthésie.
- Qu'il y ait des protocoles écrits ou non, l'IADE est amené à prendre des décisions rapides, à savoir anticiper, toujours dans le cadre d'un travail en binôme MAR/IADE.

• **Les limites de compétences :**

Comme en situation normale, il faut savoir connaître **ses limites d'exercice** (textes) et **ses limites de compétence** (somme de ses expériences professionnelles).

Notre code de déontologie ne souffre pas d'exception et s'applique donc même en situation de catastrophe.

Il appartient à chacun de respecter son éthique, basée sur le respect de l'être humain

**I) Le 21 Septembre 2001:**

Et les IADES toulousains dans cette catastrophe ?

• **Bilan matériel :**

Dégâts	Autres conséquences
144 entreprises 79 écoles 20 collèges 11 lycées 4 établissements d'études sup 3 cités universitaires le rectorat le CHS Marchand 28000 logements 36663 dossiers d'indemnisation	1000 véhicules endommagés 100 bus détruits arrêt prolongé des trafics métro, SNCF aérien estimation financière de 12 à 14 milliards d'euros aide de 118 millions d'euros.

• **Bilan sanitaire :**

30 décédés	blessés somatiques
21 sur site 2 après hospitalisation 0 dans la chaîne de secours	2442 blessés officiels 4682 déclaration d'accident du travail + de 9000 demandes d'indemnisation sanitaire...

- Situation proche d'autres catastrophes:

- Nos propres hôpitaux furent eux aussi touchés (malades en direct dont des soignants)
- Le réseau de communication interne et externe fut déficient entraînant des difficultés majeures pour le rappel des personnels dans le cadre d'afflux massif de victimes, pour l'obtention d'informations de tout ordre.
- Afflux massif de victimes arrivant sur le SAU par leurs propres moyens, sans aucune mise en condition.
- Difficulté pour le personnel de venir en renfort au CHU( embouteillages en ville, routes bloquées autour du site de l'explosion....)
- Manque de matériel au départ car dotation limitée au fonctionnement habituel (au CHU).
- **Nous en reparlerons en faisant référence à d'autres situations vécues !**

- Situation différente d'autres catastrophes :

- Pas de toxicité majeure (phosgène) à laquelle nous n'aurions pas eu les moyens de répondre.
- L'explosion en elle même à alerter immédiatement le personnel (bruit jusqu'à 90 Km, onde sismique jusqu'en Bretagne), nous avons eu du personnel dans et hors des murs en nombre suffisant dénotant une solidarité et une disponibilité exemplaire.
- Il existe à Toulouse une vraie culture de Médecine de catastrophe ( enseignement, exercice annuel)
- Vendredi matin d'un congrès de la SFAR : les blocs opératoires et les chirurgiens sont libres, les 60 anesthésistes et urgentistes sont rapatriés par avion spécial et ont pu prendre le relais des premiers effectifs fatigués vers 17h.

- Quelque soit l'endroit, la réalité c'est :

- **choc professionnel**, c'est une situation exceptionnelle qui malgré qu'elle soit envisagée (différents plans) n'en est pas moins surprenante et déstabilisante lorsque réellement elle se produit.

Inutile de vous expliquer la perte de repères évidente pour nous soignant par rapport à notre quotidien.

Pour certains d'entre nous, l'évènement a revêtu un caractère exceptionnel supplémentaire, car ce fut aussi par la proximité géographique, un :

- **choc social, affectif, familial et matériel**, car se posaient plusieurs questions :

- Nos habitations avaient elles été touchées par l'ampleur et le périmètre de la déflagration ?
- Qu'en étaient il de nos enfants dans les établissements scolaires ?
- Où étaient nos conjoints à ce moment précis ?

Il nous a fallu gérer notre stress tant professionnel que personnel rendant notre disponibilité aux opérations plus délicates, même si nous étions prêts à partir dans l'action.

Dés que les nouvelles rassurantes de nos familles nous sont parvenues et malgré les dégâts avérés de nos habitations, nous nous sommes investis dans l'action d'autant plus motivés pour les soins aux victimes.

- En temps réel :

#### \*Au CHU :

Les IADES présents se sont très vite retrouvés sur des postes spécifiques.

- accueil
- tri intra hospitalier
- « petits soins »
- déchocage (UR/UA)
- norias diagnostiques
- blocs (traumato, ORL, ophtalmo... 47 blocs ouverts sur 36h / 150 opérés)
- Une gestion de l'événement différente selon les diverses entités hospitalières :  
\*l'Hôpital Rangueil, dont l'organisation de l'accueil a été quasi identique à un PMA (des blessés venant de toute la ville sans être passés par le PMA mis en place à proximité du sinistre. des blessés internes à la structure :personnels, malades)  
\*le CHS Marchand laissé quelque peu à l'abandon car situé de l'autre côté théorique de l'explosion mais tellement proche du site que lui aussi a vécu une véritable situation « catastrophique ».
- A noter que le plan blanc était en pleine réforme à ce moment précis, cependant sa mise en application fut très efficace.

#### \*Hors CHU :

- Les moyens :  
24 Hôpitaux et cliniques prêts à recevoir des victimes  
5 samu ont participé (31/81/82/32/46)  
des pompiers de toutes parts( départements voisins aussi)  
Hélicoptères : 4 évassans, 17 machines disponibles, 33 civières  
Avions : 0 évassans, 6 appareils militaires disponibles, 203 civières

- Les IADES présents se sont retrouvés sur le PMA :
  - mise en place du PMA avec son organisation initiale
  - prise en charge des malades (urgences absolues)
  - organisation de la répartition des moyens et du matériel (en 2è temps)
  - norias
- Quelques spécificités toulousaines:
  - Le SAMU n'avait pas à cette époque d'IADE en poste H24, donc pas d'IADE en garde ce jour.
  - Il y avait cette semaine là, 15 paramédicaux (2 IADES, 13 IDE) **en formation de médecine de catastrophe**, en train de monter le PMA lorsque a retenti l'explosion !
  - Notre disponibilité fut immédiate, totale, car nous étions au SAMU même.
  - Notre autonomie de travail a sûrement été un facteur de choix pour la mise en place du PMA.

- Nos actions :

- dans un premier temps, du soin
  - \*perfusion
  - \*compression de plaies
  - \*rassurer les victimes prises en charge
- dans un deuxième temps, lorsque l'afflux cette fois ci des soignants arriva, d'autres missions se sont imposées à nous qui connaissions mieux l'organisation globale du système de soins mis en place :
  - \*Gestion d'une équipe IDE de bonne volonté mais souvent perdue.
  - \*Conseils de soins, d'accompagnement psychologique auprès des victimes.
  - \*Gestion de matériel afin de ne pas être démunis.
  - \*Organisation du turn over des victimes en relation avec les médecins.

Ce positionnement de deux IADES met en évidence que les particularités décrites précédemment ont joué un rôle important, en particulier en extra hospitalier.

- L'analyse :

- Du point de vue de l'organisation des secours :

- \* La disponibilité de soignants dans ces circonstances exceptionnelles a été appréciée en terme de moyens humains disponibles, présents sur le site, formés.
- \* Notre intégration dans la chaîne des secours a été immédiate
- \* Les missions que nous nous sommes vues confiées n'ont pas été limitées par notre statut, notre qualité de stagiaire.

- Du point de vue du soignant :

- \*Les connaissances nouvellement acquises et l'expérience professionnelle de certains dans ce domaine nous ont permis une intégration immédiate aux structures de secours.
- \*La compréhension de l'organisation des secours a largement amélioré notre vécu et notre efficacité, dans une situation non programmée et « déstructurée » par essence.
- \* Pour mes collègues de ce groupe de formation ainsi que pour moi même, le vécu à posteriori est positif.

## **II) A la lumière d'autres expériences**

Etre IADE est ce un atout en situation de catastrophe ?

- En situation de famine, sans formation en nutrition, pas de « plus » par rapport à un IDE
- En cas de catastrophe naturelle, inondation ou tremblement de terre, que se soit en suppléance ou en aide aux structures locales, l'IADE retrouve à peu près ses conditions d'exercice.
- La création de structure chirurgicale en situation d'extrême dénuement, pose des problèmes difficiles à résoudre sans un IADE. En son absence,

la vision d'un service de chirurgie est très réductrice. En effet, le pré, per et post opératoire nous concerne au plus haut point. Ainsi on voit retarder l'ouverture ou le bon fonctionnement d'un bloc obstétrical, par manque d'aspiration, de matériel de rachianesthésie, de prise en charge post opératoire... A contrario, la réalisation de boîtes de chirurgie et de boîtes de linge, la gestion de la stérilisation peut être anticipée et validée par des chirurgiens et IBODE, par contre la création du bloc, de la salle de « réveil », la structuration d'un postopératoire immédiat étant réalisées sur place en tenant compte des contraintes locales.

- En cas d'épidémie, notre intervention n'est pas spécifique. Mais notre habitude d'aller à « l'essentiel du vital » nous aide à prendre des responsabilités dans la gestion technique de ces crises sanitaires.
- Etat de guerre, civile ou ouverte : notre casquette « chirurgicale » est un atout majeur. En situation isolée, le tandem chirurgie-anesthésie est primordial, en effet, le tri, le déchocage, le peropératoire, le postopératoire etc.... doivent être répartis entre les compétences et la disponibilité de l'instant.

La personnalité et l'adaptation de chacun doit relativiser ces quelques réflexions, mais force est de constater que notre formation et nos modalités d'exercice sont un atout dans la gestion de certaines crises.

## **CONCLUSION**

L'IADE comme tout IDE est concerné par la médecine de catastrophe.  
Nous pensons qu'il possède des atouts spécifiques lors de tels événements

\*adaptabilité

\*disponibilité rapide

\*autonomie de travail

Tous ces éléments font que l'IADE est :

Un soignant en adéquation avec la demande du terrain

Un membre important de la chaîne de secours à reconnaître dans les plans de secours extra et intra hospitaliers.