L'infirmier militaire face aux situations de crise sanitaire

F. Aït-Mohammed[a], D. Roberton[b], E. Le Gonidec[c], L. Papillault des Charbonneries[a], P. Constantin[a], L. Aigle[a,d], H. Lefort[e]

a 10e Centre médical des armées (Marseille), caserne Audéoud, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
b Unité d'instruction et d'intervention de la sécurité civile n° 1, 29 Rue de Sully – 28400 Nogent Le Rotrou.
c Groupement santé, Bataillon de marins-pompiers, 9 boulevard de Strasbourg – 12233 Marseille Cedex 20.
d École du Val de Grâce, 1 place Alphonse Laveran – 75230 paris Cedex 05.
e Structure des urgences, Hôpital d'instruction des armées Legouest, BP 90001 – 57077 Metz Cedex 03.

Résumé

Une situation de crise est complexe à définir. C'est une situation insolite caractérisée par son instabilité, qui oblige à adopter une gouvernance spécifique afin de permettre un retour à un mode usuel de vie dans un avant et un après la crise différent. Dans le cas d'une crise sanitaire avec de nombreuses victimes tel un conflit armé ou une catastrophe, les équipes soignantes se doivent d'adopter des postures particulières. L'application de plans de secours anticipés permet un ajustement plus efficient, surtout dans les premiers instants. L'infirmier militaire, par sa fonction et son statut, le plus souvent au contact des victimes, occupe une place centrale dans l'équipe soignante, au cœur du dispositif d'intervention. En dehors des aspects techniques et cliniques de la prise en charge de victimes et dans le but de pouvoir être projeté en situation de catastrophe à tout moment, l'infirmier militaire parcourt quatre étapes : anticipation, préparation à la projection, gestion de la crise sanitaire et l'après crise. C'est au travers de retours d'expériences que nous discuterons de ces éléments de réflexion.

Mots-clés : Adaptation. Compétences transversales. Encadrement. Infirmier. Militaire. Polyvalence. Préhospitalier.

Abstract

THE MILITARY NURSES AND SANITARY CRISES.

Defining a crisis situation is always complex. It is an anomalous situation characterized by its instability. Therefore, specific governance must be implemented until the return to the usual life-style in a different pre and post crisis context. Health care medical teams must adopt special postures to manage health crises with mass casualties such as in armed conflicts or disasters. Applying anticipated contingency plans allows a more efficient adjustment to the situation especially in the first hours of the crisis. Military nurses occupy a central place within the healthcare team, at the heart of the intervention system, because of their function and status, and their position in direct contact with the victims. Apart from the technical and clinical aspects of the care given to the victims, military nurses must follow four stages: anticipation, preparation for the anticipated disaster, health crisis management and post crisis management, so as to be able to handle an anticipated disaster situation at any time and being able to adjust to it. We will analyse these elements of reflection through feedback from experience.

Keywords: Adaptation. Army.Cross-functional skills.Leadership.Nurse.Prehospital.Supervision.Versatility.

Introduction

La place de l'infirmier militaire s'est vue radicalement modifiée lors de la Grande Guerre (1), pour jouer un rôle central dans le Service de santé des armées (SSA) du XXIe siècle. L'intervention de l'infirmier militaire du SSA en situation de crise sanitaire s'effectue dans divers contextes et sous plusieurs formes. Il peut s'agir d'une mission hors métropole tels, le séjour outre-mer, l'opération extérieure (OPEX), la mission d'aide et d'assistance, la mission de courte durée (MCD) ou l'opération sous mandat. L'infirmier peut servir au sein d'un *Role 1* ou poste médical, d'un *Role 2* (groupement médico-chirurgical, antenne chirurgicale aérotransportable, élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale), d'un détachement d'intervention constitué (détachement de sauvetage et de déblaiement), ou de manière isolée au sein d'un détachement (forces spéciales, sous-marins, intervention

F. AÏT-MOHAMMED, infirmier en soins généraux du deuxième grade. D. ROBERTON, infirmier en soins généraux du premier grade (R). E. LE GONIDEC, médecin en chef, praticien confirmé. L PAPILLAULT DES CHARBONNERIES, médecin en chef (R), praticien certifié. P. CONSTANTIN médecin en chef, praticien certifié. L. AIGLE, médecin en chef, professeur agrégé de médecine générale (médecine des Forces). H. LEFORT, médecin en chef, praticien confirmé.
Correspondance : Monsieur l'infirmier en soins généraux du deuxième grade F. Aït-Mohammed, échelon commandement, 10e Centre médical des armées (Marseille), caserne Audéoud, BP 40026 – 13568 Marseille Cedex 02.
E-mail : faitmohammed@gmail.com

héliportée, autres postes particuliers). D'autre part, le contexte d'emploi peut être celui de la métropole dans le cadre d'une mission régalienne ou d'un renfort national, au sein des unités en pratiquant la médecine des forces, dans un des Hôpitaux d'instruction des armées (HIA), au Bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM) ou à la Brigade des sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), avec les formations militaires de la sécurité civile (UIISC) ou la Force d'action navale, etc. L'intervention de l'infirmier militaire peut s'effectuer au sein d'une équipe médicale constituée (un médecin, un infirmier et un ou plusieurs personnels péri-médicaux), d'une équipe paramédicale (un infirmier et un ou plusieurs personnels péri-médicaux) ou encore de manière isolée (premier ou seul professionnel de santé sur les lieux par exemple embarqué sur un navire de la Marine nationale). Les personnels péri-médicaux définissent les aides-soignants, les conducteurs ambulanciers et les auxiliaires sanitaires selon la catégorisation des indicateurs de la médecine des forces. Au sein d'un plan de secours, l'infirmier peut être positionné en plusieurs lieux de la zone rouge d'exclusion – lieu de l'évènement où peuvent persister de réels dangers – au Poste médical avancé (PMA) ou encore au poste de commandement (2).

En dehors de la prise en charge technique et clinique des victimes, nous proposons d'effectuer un focus sur ces fonctions de l'infirmier militaire en quatre phases : anticipation de crise sanitaire, préparation au départ, gestion de la crise sanitaire et période post-crise avec notamment l'impératif Retour d'expérience (Retex). Nous nous appuierons principalement sur des retours d'expériences résultant d'interventions d'infirmiers militaires en situation de crise de 2005 à 2015. Les infirmiers militaires susceptibles d'être confrontés à une gestion de crise présentent des typologies très variées selon leurs spécialités, leurs affectations et leurs missions. Plutôt que de nous focaliser sur une partie d'entre eux, nous avons choisi de généraliser notre travail à l'ensemble des infirmiers militaires pouvant intervenir dans une situation de crise.

Anticipation de crise sanitaire, le passeport opérationnel

La phase d'anticipation de crise sanitaire est une période de veille opérationnelle, propice au développement professionnel continu des compétences techniques ainsi qu'à l'aguerrissement (3, 4). L'infirmier militaire effectue une remise en question par l'autoévaluation de ses acquis, par la participation à des manœuvres, des exercices et des formations (5). L'entraînement par la simulation est aujourd'hui le meilleur moyen de se confronter à des situations qui se rapprochent au mieux de la réalité. Ces entraînements doivent être réalisés dans des conditions de rusticité et de contraintes élevées, ce qui constitue une réalité approchée. L'accoutumance au port des Équipements de protection individuelle (EPI) comme la tenue de feu, le gilet pare-balles, la combinaison de protection Nucléaire radiologique biologique chimique (NRBC) (6) ou le casque lourd est primordiale pour la préservation de l'efficacité en situation réelle (7). L'expérience acquise lors des gardes hospitalières en service d'accueil des urgences, ou de stages pré-hospitaliers à bord des ambulances de réanimation, contribue significativement à aguerrir l'infirmier militaire (4, 8). L'infirmier militaire peut être amené à encadrer le personnel paramédical et péri-médical placé sous sa responsabilité. Il élabore avec les médecins et les centres de formations des instructions et planifie les mises en stage. Il représente ainsi un élément moteur dans la validation du passeport opérationnel de chacun. L'utilisation des Retex durant la phase d'anticipation permet notamment aux équipes de secours de réviser les processus et procédures (démarche qualité), et d'anticiper les potentielles défaillances (gestion des risques).

L'infirmier militaire met également à profit cette période pour maîtriser l'environnement humain et matériel dans lequel il est susceptible d'intervenir. Ceci constitue un atout car la bonne connaissance des équipiers, des différents intervenants et de leurs fonctions est une des clefs de voûte de la réussite lorsqu'il sera placé en situation de crise. L'appropriation et la réappropriation du matériel nouveau et existant sont aussi indispensables à l'efficacité en situation réelle. L'infirmier militaire s'assure de la maîtrise des lots d'intervention, supervise la vérification de leur date de péremption et leur suivi principalement les révisions programmées de maintenance, les interventions techniques et les charges des batteries. Il approfondit ses connaissances logistiques du matériel à l'aide du personnel qualifié en la matière dont les ingénieurs biomédicaux (3, 9).

L'infirmier militaire doit connaître et maîtriser les différents types d'engagements, plans de secours ou plans hospitaliers de crise en fonction de son affectation. Il doit savoir à quelles places il peut être amené à être acteur en fonction de ses compétences et des fonctions qui pourraient lui être assignées (10-12).

Comme tout militaire d'active et de réserve, le militaire infirmier doit entretenir et améliorer sa condition physique, idéalement en effectuant chaque année les épreuves de contrôle de la condition physique du personnel militaire. L'entraînement physique est une condition majeure de la mise en condition physique et mentale des militaires (4, 13). Il contribue de façon déterminante à l'amélioration et au maintien de la capacité opérationnelle des unités (14, 15). Une bonne condition physique et psychologique est un préalable fondamental à un ajustement efficient face à la crise. Suite à l'opération « Beryx » dans le cadre du tsunami du 26 décembre 2004 (16) en Asie du sud-est, les différents Retex médicaux, notamment de l'aviation légère de l'armée de terre ont rapporté des conditions climatiques et logistiques particulièrement difficiles sur place (climat tropical et nombreuses opérations de manutentions à mains d'homme seuls). À l'issue, des actions ont été menées afin d'axer les entraînements physiques et sportifs sur l'endurance et le renforcement musculaire. Ainsi la phase d'anticipation de crise sanitaire participe à la validation du passeport opérationnel des infirmiers militaires.

Préparation au départ

La phase de préparation est très courte et nécessite une très grande réactivité ainsi qu'une grande capacité de mobilisation des connaissances. Une fois la mission déclenchée, le temps devient un ennemi pour les moyens de secours. Les personnels paramédicaux sont les conseillers du médecin pour de nombreux aspects pratiques et opérationnels liés à l'intervention. L'infirmier militaire participe à la mise en condition médicale du détachement, à la diffusion de consignes sur d'éventuels risques sanitaires sur zone auprès des chefs d'éléments de secours, enfin à la mise en place et au respect des mesures préventives. Il est chargé de l'embarquement des moyens opérationnels : paquetages, lots médicaux d'intervention, transmissions, EPI, alimentation, documentation. Il alerte le médecin sur les éventuelles limites en matériels et anticipe les besoins en ravitaillement sur zone. Lors de la préparation au départ du détachement de l'UIISC 7 en Haïti suite au séisme du 12 janvier 2010 (17), les équipes médicales ont appris deux heures avant l'embarquement que seulement 10 % des lots médicaux pouvaient être colisés dans le vecteur aérien. L'infirmier militaire a eu pour mission de sélectionner le matériel strictement nécessaire. Cette mission a nécessité une grande mobilisation des connaissances en un temps restreint afin de reconditionner de nouveaux lots d'intervention, notamment par l'action décisive de personnels péri-médicaux. Par voie de conséquence, la qualité des phases d'anticipation et de préparation, influence l'efficience de la phase de gestion de crise sanitaire.

Gestion de la crise sanitaire

Face aux situations de crise sanitaire, les équipes médicales ont le plus souvent pour mission la prise en charge des victimes et le soutien des équipes de secours. Utilisant son expérience, ses compétences techniques et sa vision transversale, l'infirmier militaire se positionne *de facto* comme un acteur ayant un rôle majeur dans la crise (5). Sous la direction médicale directe, par protocoles anticipés (13, 18), ou dans le cadre de son rôle propre (19), voir seul si le médecin ne peut être contacté ou est blessé ou décédé (20), il dirige et coordonne l'action des personnels paramédicaux, péri-médicaux et des sauveteurs (gestes de secours, mise en position d'attente, relevage). Il organise la mise en place du point de regroupement des victimes (PRV), participe au triage, et aide à l'organisation du positionnement du matériel médical. En présence d'un médecin, il apporte son expertise pour la mise en place du PMA et l'organisation des norias d'évacuation (8). Référent technique des règles d'hygiène et d'asepsie, l'infirmier conseille et demeure le garant des bonnes pratiques sur le terrain.

À tout moment, l'infirmier militaire occupe une fonction de logisticien. Il effectue les demandes de ravitaillement sanitaire et propose des solutions alternatives en cas de défaillance du matériel. Pouvant faire le lien entre le médecin ou le poste de commandement et le reste de l'équipe soignante, sa maîtrise des moyens de communication lui permet de transmettre les ordres et d'effectuer les comptes rendus en ambiance tactique. Un contexte multinational où la prise en charge de victimes étrangères peut lui demander d'utiliser des compétences linguistiques, principalement la langue anglaise, dans la transmission des bilans ou des demandes d'évacuations. Acteur majeur du soutien médical opérationnel, il porte un regard attentif sur les équipes de secours en planifiant des rotations et des phases de repos, et les fait imposer si nécessaire.

Dans le cadre d'emploi d'un *Role 2* ou en HIA (3), l'infirmier militaire est amené à préparer l'accueil de multiples victimes. Il participe à la répartition du personnel, organise les postes de prise en charge et prépare le matériel nécessaire (fig. 1). Voici plusieurs exemples.



Figure 1. Infirmier de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris affecté au poste de commandement du Directeur des secours médicaux et préparant des perfusions. Attentats du 13 novembre, poste médical avancé, 26 rue Oberkampf, Paris 2015. ©BSPP\BCom.

En mars 2008, à Mitrovica au Kosovo, une émeute a provoqué un afflux saturant de blessés militaires polycriblés au GMC de Plana. Durant ces évènements, les infirmiers militaires se sont réorganisés pour optimiser la prise en charge des blessés et libérer des lits, préparer les interventions chirurgicales et l'optimisation de leurs enchaînements, les surveillances post-opératoires et la collecte de sang en situation d'exception. Ils ont également participé aux évacuations médicales vers les autres structures hospitalières de la force multinationale. La maîtrise de l'anglais était indispensable pour effectuer les transmissions et guider les militaires étrangers lors des chargements et déchargements des blessés de l'hélicoptère. Cet évènement a entraîné le premier déclenchement du module de réanimation pour patient à haute élongation d'évacuation (MORPHEE). MORPHEE est un dispositif aux normes aéronautiques et médicales permettant le transport d'un à douze blessés graves couchés (21). Mis en place depuis 2006, il vient compléter la flotte de l'armée de l'Air dans le cadre des évacuations aériennes stratégiques urgentes avec onze Boeing C135 Fr. Son rayon d'action permet de couvrir

la majorité des théâtres d'Opex en effectuant un vol de plus de dix heures sans escale. Une fois médicalisé, MORPHEE offre un plateau technique pouvant transporter jusqu'à six patients intubés ventilés (21, 22).

L'Élément de sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM) a été déployé au Sri Lanka d'avril à juin 2009 dans le cadre de la guerre civile entre l'armée sri lankaise et les rebelles Tamoul, et en Haïti suite au séisme du 12 janvier 2010 (fig. 2) (23). L'ESCRIM est l'hôpital de campagne civilo-militaire projetable de la sécurité civile française. Composé de 70 personnels et aérotransportable, il intervient dans le cadre des missions internationales de secours d'urgence à la suite de catastrophes naturelles, technologiques ou sociales. Les infirmiers militaires et sapeurs-pompiers ont été chargés de l'organisation de la mise en place des secteurs de la structure hospitalière et de la planification des équipes en un temps très court. Les premières victimes ont été prises en charge avant que l'élément ne soit totalement finalisé (23-25), imposant une dynamique d'adaptation et de réorganisation des secteurs afin d'accueillir jusqu'à 100 patients hospitalisés, dépassant les limites de capacité maximale, soit 80 lits d'hospitalisation. La pluralité des missions au sein de l'ESCRIM impose aux infirmiers une grande polyvalence technique. En effet, ils sont susceptibles de prendre en charge des patients de tous âges présentant des pathologies et des indications très variées : chirurgie, médecine, psychiatrie, obstétrique, pédiatrie (26, 27), etc.



Figure 2. Trinôme médecin-infirmier-auxiliaire sanitaire sous pression des médias lors de la prise en charge de victimes dégagées des décombres. Tremblement de terre, République d'Haïti, 2010 © UIISC\BSPP\Bernès.

En juin 2010, lors des inondations à Draguignan dans le Var (France), les moyens de secours médicaux ont été saturés les 24 premières heures. Une centaine de victimes a été évacuée des eaux sur des embarcations par une section d'intervention de l'UIISC7 dans un camping à proximité de Fréjus (28). L'infirmier militaire et deux personnels péri-médicaux ont organisé la mise en place d'un PRV, effectué un premier triage afin de prioriser les premiers soins et anticiper les évacuations. L'infirmier militaire a donc assuré plusieurs fonctions, passant de soignant à régulateur local des évacuations médicales.

Il en a été de même pendant la mission du détachement de sauvetage et déblaiement de la sécurité civile au Japon suite aux trois catastrophes du 11 mars 2011 : séisme, tsunami et technologique. L'infirmier militaire a été confronté à plusieurs problématiques qui ont nécessité la mobilisation de multiples connaissances, une grande capacité d'adaptation, ainsi qu'une résistance physique et morale face à une rusticité extrême (29). La mission s'effectuait dans un contexte exceptionnel de risque radiologique (explosion de deux réacteurs de la centrale de Fukushima). Le détachement a dû sans cesse s'adapter aux données météorologiques (étude des vents et des précipitations) et aux données radiologiques pour pouvoir anticiper sa mise à l'abri. Cela a imposé le port des EPI et l'application de consignes strictes pour se prémunir des risques de contamination radioactive. Les conditions climatiques étaient particulièrement difficiles avec des températures négatives et une neige abondante, accentuant les risques de chute dans les décombres et les difficultés de repos dans les tentes individuelles. Le nuage radioactif avec la présence d'iode 131 était en constante évolution imposant de déménager le campement plusieurs fois dans des délais très courts. La prise d'un comprimé d'iodure de potassium (KI) a été nécessaire une fois. Le rôle le plus important de l'infirmier militaire durant cette mission a été le soutien psychologique du personnel en relation avec les médecins, les membres du Service de protection radiologique des armées (SPRA) et le chef de détachement, tant le risque radiologique était particulier de par son intangibilité. Il n'existait par ailleurs aucun Retex permettant de préparer une telle mission et aucune recommandation validée concernant la prise de KI. Les informations transmises par les médias français sur les chaînes d'information étaient discordantes par rapport à la réalité sur le terrain. Ceci a généré des inquiétudes voir des angoisses chez plusieurs membres du détachement qui étaient en relation téléphonique avec leurs proches, et ce malgré tout les appareils de mesure individuels et collectifs déployés qui affichaient des résultats rassurants. De retours en France, tout le détachement (personnel et matériel) a transité par une chaîne de détection-décontamination déployée à Tremblay. La suite de la prise en charge s'est poursuivie sur le site de l'HIA Percy où est situé le SPRA, selon un circuit établi par la cellule de crise nationale du SPRA : débriefing d'accueil, examens anthropo-radiométrie et radiotoxicologie des urines ainsi qu'une consultation assurée par un psychologue ou un psychiatre de l'HIA (29, 30).

En outre, l'infirmier militaire applique et fait appliquer les règles de prévention des risques en veillant au respect des règles liées à l'identitovigilance, qu'il soit hors métropole (OPEX), en métropole, en pré-hospitalier ou hospitalier. Il en va de la sécurité des victimes durant leur parcours de soins du lieu de la prise en charge sur le théâtre de crise sanitaire jusqu'à la structure hospitalière ou le *Role 2* (31). Le renseignement de la fiche médicale de l'avant (FMA) doit s'effectuer par la collecte d'un maximum d'informations. Ces informations permettront d'identifier la victime, de la recenser au

niveau des autorités afin d'informer ses proches de son positionnement et de son état. L'infirmier vérifie le bon remplissage des fiches de prise en charge et la mise en place du bracelet d'identification. Celui-ci permet une traçabilité pour la prise en charge globale notamment pour le suivi des examens. Il permet également la transmission rapide des informations de localisation aux autorités (préfecture, état-major opérationnel).

À ce titre, le Système d'information numérique standardisé (SINUS) a été mis en œuvre en Île de France par le préfet de police de la zone de défense de Paris d'après l'arrêté du 17 février 2010 (32) pour être déployé nationalement. Il est utilisé par la BSPP et les SAMU de Paris et grande couronne en préhospitalier pour toute intervention impliquant plus de cinq victimes (33). Ce système permet d'assurer le dénombrement, l'identification et le suivi des victimes lors d'évènements exceptionnels comme les crises sanitaires. Chaque victime reçoit un identifiant unique matérialisé sur un bracelet résistant doté d'un code-barres et d'une FMA. Il permet de faire des bilans en temps réel par catégorie, de renseigner les autorités préfectorales et facilité les enquêtes judiciaires. L'outil numérique n'est en aucun cas un frein aux évacuations, SINUS pouvant être mis en place initialement par tout commandant des opérations de secours sans les outils informatiques et de transmission (30, 34, 35).

Les RETEX suite aux attentats du 13 novembre 2015 à Paris (36) avaient fait part des difficultés d'identification de nombreuses victimes particulièrement celles qui se sont présentées sans identité et n'étaient pas en capacité de la révéler compte tenu de la gravité de leur état. Leur identification a donc été réalisée avec les moyens du bord (téléphone portable des victimes et signes distinctifs). La correction des identités a provoqué de nombreux dysfonctionnements à types de doublons et de confusions lors de la correction des identités. Sans omettre les nombreuses familles qui se présentaient avec des photos de leur proche pour savoir s'il avait été pris en charge par l'établissement, auxquelles il était très difficile de répondre de manière certaine. Pourtant SINUS permettait de rajouter dans la base des patients déjà identifiés par un numéro unique en préhospitalier (TR + numéro à dix chiffres pour le « terrain ») les victimes se présentant spontanément à l'hôpital. Aucun hôpital n'a été en mesure de mettre en œuvre ce soir-là leurs lots SINUS hospitaliers avec leurs bracelets d'identification spécifiques (HP + dix chiffres pour « Hôpital »). Les infirmiers de la BSPP ont eu un rôle majeur dans la mise en place de SINUS en préhospitalier sur la plupart des sites (12).

Par ailleurs, l'infirmier militaire est un maillon du soutien psychologique. Il peut participer à l'organisation d'entretiens, précoces (*defusing*) ou quelques jours après (*debriefing*), collectifs et individuels des victimes, des impliqués, de leurs familles mais aussi des équipes de secours. Ces entretiens permettent la mise en place des éléments autorisant le passage d'une situation chaotique vers une période de reconstruction et de reprise des activités quotidiennes. Suite aux attentats du 13 novembre 2015 à Paris, l'une des cellules d'urgence médico-psychologique a été mise en place à l'École militaire. Les équipes soignantes du centre médical des armées de Paris ont largement contribué aux prises en charge (37, 38).

Période post-crise, le retour d'expérience

Si la gestion de crise est une phase cruciale, la phase post-crise est primordiale. Elle permet de clôturer la mission par certaines étapes importantes et autorise un retour au calme du professionnel de santé dans les meilleures conditions. C'est une phase de reconditionnement de l'homme, des équipes, et des systèmes. Le temps de la verbalisation des rôles, des réactions et des actions de chacun permet une mise en perspective des évènements passés. C'est un temps d'élaboration individuel et collectif dynamique allant de quelques heures à plusieurs années faisant la pertinence des multiples RETEX qui pourraient en émerger. Par sa connaissance du milieu, son implication dans les évènements avec les unités engagées, l'infirmier militaire participe au suivi physique et psychologique des équipes de secours, permettant de repérer et d'orienter les personnels en cas de signes de syndrome de stress post-traumatique.

La phase de RETEX est ainsi un temps particulièrement important et privilégié car elle permet une prise de recul vis-à-vis de la phase de gestion de crise sanitaire. Avec le médecin, l'infirmier revoit avec l'ensemble des équipes soignantes et de secours chaque étape de l'intervention, permettant d'identifier les points forts et ceux qui sont perfectibles, et de proposer des améliorations. La phase du RETEX se fond alors progressivement et naturellement dans la phase d'anticipation par assimilation des mesures correctrices. L'infirmier militaire est alors prêt à suivre un nouveau cycle d'intervention.

Discussion

Comme nous l'avons illustré plusieurs fois, l'infirmier militaire peut être engagé dans des missions très différentes, à des niveaux de responsabilités variés. Pour pouvoir répondre à cette diversité, il doit maîtriser l'aspect technique de son métier mais aussi des aspects plus transversaux tels le management et la logistique, même à défaut de posséder un leadership affirmé. Il doit également entretenir ses capacités physiques et militaires (tir, combat, transmissions) et s'ouvrir au milieu dans lequel il évolue pour comprendre le métier des personnels avec lesquels il travaille et serait amené à soigner. Ainsi, il sera reconnu non seulement comme infirmier mais aussi comme militaire. Il trouvera naturellement une place toute légitime en mission (13, 18), et plus particulièrement dans les situations de crise sanitaire (5, 39).

La multiplication des menaces sur le sol français et européen ces dernières années montre qu'il est capital pour l'infirmier militaire d'être capable d'agir dans

un contexte civilo-militaire, surtout dans le cadre d'interventions complexes et difficiles. Si ceci semble facile en HIA, il est moins évident pour l'infirmier militaire de CMA d'entretenir une relation de confiance avec des divers interlocuteurs civils. Ceci peut être fait dans l'élaboration de chemins cliniques anticipés au quotidien pour certaines pathologies (traumatologie, urgences vitales) (40), ou par la formation continue localement, régionalement ou dans les structures d'urgence préhospitalières et hospitalière civiles ou militaire (HIA, centres hospitaliers régionaux ou universitaires, BSPP, BMPM, SAMU). Le développement des compétences dans la prise en charge de nombreuses victimes doit permettre à l'infirmier militaire de s'adapter aux contextes d'engagement très différents comme le sauvetage au combat (41), le sauvetage déblaiement (17, 39), le risque technologique, les forces spéciales (42), l'incendie (8), la lutte contre l'orpaillage illégal en Guyane (13), etc. Toutes ces compétences transversales conditionnent l'efficience de ses actions présentes et à venir d'une part, d'autre part la critique, la valorisation et la restitution constructives auprès des professionnels de santé civils et militaires et des forces armées. Elles permettent de réduire les risques de déstabilisation particulièrement dans un environnement hostile (climat extrême, notion du danger, espaces de travail restreints, logistique insuffisante), parfois très médiatisé. L'infirmier militaire doit pouvoir s'adapter à tout type de situation, travailler avec des personnes civiles ou militaires et du matériel qu'il ne connaît pas toujours, parfois dans un contexte d'inadéquation entre les besoins et les moyens. Les partages d'expériences et de compétences sont autant d'occasions lui permettant de se « densifier » (43), c'est-à-dire d'améliorer sa capacité de réponse et d'ajustement, être plus résilient avant, pendant et après la crise.

La situation de crise impose de faire des choix parfois très difficiles dans la prise en charge de victimes pour sauver un maximum de personnes tout en préservant les équipes de secours. Confronté à un triage nécessaire, certains choix sont rudes à prononcer comme la catégorisation d'une victime en urgence dépassée. En situation de conflit, l'infirmier militaire peut être confronté à la prise en charge de compagnons d'armes, comme lors de l'attaque en novembre 2004 du camp de Bouaké par deux avions Sukoï 25 en République de Côte d'Ivoire. Images parfois choquantes, ces évènements à fort potentiel de traumatisme psychique ont une grande résonance dans le psychisme des personnels du SSA y étant confrontés, imposant de se préparer mentalement non seulement à de telles situations mais aussi aux choix qu'elles pourraient imposer. L'entraînement par la simulation, la formation universitaire, les lectures participent fortement à cette densification (43) physique et psychique de l'infirmier militaire. Cela lui permet de se transcender littéralement en situation exceptionnelle d'exercice et d'assumer des responsabilités supplémentaires inhabituelles (39, 44) tout en se préservant au mieux psychologiquement.

Conclusion

L'infirmier militaire n'est ni un militaire, ni un infirmier comme les autres. L'efficacité de son action est dépendante de sa capacité à travailler en équipe, avec les médecins, les pharmaciens, d'autres infirmiers ainsi que les personnels péri-médicaux. Amené à intervenir dans des contextes toujours différents, il doit continuellement se remettre en question. Citant le Médecin général des armées (2S) Debonne « car « extra »-ordinaire, la pratique quotidienne sur les théâtres d'opérations est une source d'optimisation des compétences au profit du blessé de guerre » (45). Que ce soit avant, pendant ou après les missions, il acquiert ces nouvelles compétences qui le préparent naturellement aux situations de crises sanitaires. Rompu au contexte dégradé, à la situation d'exception, il occupe une place centrale dans l'organisation des secours. Acteur de son parcours, il se place au cœur du modèle SSA 2020 (46). L'infirmier militaire face aux situations de crise sanitaire entre dans un cycle vertueux, évoluant de la phase d'anticipation au Retex, qui lui permet de consolider de nouvelles compétences au travers de l'expérience partagée. Les multiples rôles qu'il est amené à jouer démontrent la place capitale qu'il occupe au sein des forces armées et plus particulièrement du SSA dont il représente un des piliers.

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Garcia J, Lefort H, Lamache C, Tabbagh X, Olier F. French military nurses during the First World War (1914-1918). Soins 2014;786:49-54.
2. Briggs SM. Disaster management teams. Curr Opin Crit Care 2005;11:585-9.
3. Guérot F, Saliou H, Lefort H, De Rudnickl S. The army nurse, from hospital to overseas operations. Soins 2014;788:29-30.
4. Ringeval JF, Belliard V, Melaine R, Lefort H. Preparing army nurses for deployment. Soins 2014;788:26-8.
5. Mabry RL, DeLorenzo R. Challenges to improving combat casualty survival on the battlefield. Mil Med 2014;179:477-82.
6. Béguec F, Pallier J, Travers S, Calamai F, Lefort H, Bignand M, et al. Nurses and prehospital CBRN risk. Soins 2014;788:40-3.
7. Mercieca JM, Ammirati C, Amsallem C. La formation des infirmiers en médecine de catastrophe. Urgences 2010;107:1173-83.
8. Le Boulleur T, Rodrigues Damas C, Lefort H, Lamache C, Tourtier JP, Domanski L. Nurses with the Paris Fire Brigade. Soins 2014;788:37-9.
9. Le Bec M, Serre V, Rondier P, De Montleau F. Head nurse at Kabul military hospital. Soins 2014;788:31-3.
10. Mantz B, Rochet G, Pineau C, Jannière D, Vivien B, Carli P. Place de l'infirmier d'urgence dans le dispositif d'une catastrophe, 51e congrès national d'anesthésie et de réanimation. [Consulté le 8 août 2017] http://jpmiss2.free.fr/Divers/SFAR%202009/dossier/2009/inf_B978-2-8101-0173-3.c0025.html.
11. Vallet B, Ricordeau P. Instruction No DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles. [Consulté le 8 août 2017] http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-06/ste_20140006_0000_0050.pdf.
12. Alhanati L, Lefort H, Galinou N, Rivet C, Travers S, Tourtier JP. Emergency plans in crisis situations. Rev Infirm 2017;230:14-7.
13. Maret C, Guénot P, Marrache D, Belondrade P, Lefort H. Army nurse in French Guiana, nursing practice in exceptional circumstances. Rev infirm 2014;203;36-9.
14. Alliot-Marie M. Instruction n° 201710/DEF/SGA/DFP/FM/1 d'application du décret relatif à la discipline générale militaire novembre 2005
15. Ministère des armées. 0201ducation et entraînement physiques, militaires et sportifs. TTA 150 titre XIV.
16. Meynard JB, Nau A, Halbert E, Lelaidier M, Robin F, Todesco A. Contribution of the French Armed Forces Health Services to relief in Indonesia following the tsunami on December 26, 2004. Med Trop 2005;65:113-6.
17. Benner P, Stephan J, Renard A, Petitjean F, Larger D, Pons D, et al. Role of the French rescue teams in Diquini Hospital: Port-au-Prince, January 2010. Prehosp Disaster Med 2012;27:615-9.
18. Ruby X, Jamesse A, Baudel P, Hoarau F, Perrichot C. Independent Duty Corpsman: French Navy nurse. Soins 2014;788:34-6.
19. Couessurel N, Genotelle N, Fleury C, Bodenan P, Lefort H. En fiches agir en cas d'attentat ou de catastrophe 1/10. Responsabilité juridique de l'infirmier en cas d'actions de soins en situation d'exception. Soins 2017;812:61-2.
20. Planchet M, Cazes N, Puidupin A, Leyral J, Lefort H. Managing an influx of casualties in Afghanistan. Soins 2014;788:16-8.
21. Czerniak E, Le Dorze PC, Hersan O, Pohl JB, Angot E. Forward medical air evacuation. Soins 2014;788:19-21.
22. Grasser L, Helleringer F. Morphée, une unité de réanimation volante. Rev Infirm 2012;186:22-4.
23. Orcel M, Vallette F. Engagement de l'ESCRIM en Haïti : 15 janvier-24 février 2010. Urg pratique 2010;102bis:25-7.
24. Peduzzi F, Decanlers C, Waroux S, Marsaa H, Orcel M, Fuilla C. Gestion des flux de patients en situation d'exception. Urg pratique 2010;102bis:23-4.
25. De Montravel G. Civilian-military coordination. Med Trop 2002;62:445-52.
26. Kaiser E, Kenane MN, Montcriol A, Palmier B. Expeditionary medicine in Africa: the French experience. Mil Med 2007;172:708-12.
27. Stalker A, Ollerton J, Everington S, Russell R, Walker C, White S. A three-year review of emergency department admissions--Op HERRICK 4 to 9. J R Army Med Corps 2011;157:213-7.
28. Collombat PY. Les enseignements des inondations de 2010 sur le littoral atlantique (Xynthia) et dans le Var. Rapport d'information de la cour des comptes. septembre 2012;775:38-48.
29. Considine J, Mitchell B. Chemical, biological and radiological incidents: preparedness and perceptions of emergency nurses. Disasters. 2009;33:482-97.
30. Abiliou R, Laroche P, Castagnet X, Rotger C, Amabile JC, Andriollo S, et al. Risques radiologiques « prise en charge d'un blessé de guerre radio-contaminé ». Guide du Service de santé des armées février 2009;7-52.
31. Travers S, Bignand M, Raclot S, Domanski L, Tourtier JP. Difficulties of triage in mass casualties incident. Injury 2013;44:1965-6.
32. Hortefeux B. Arrêté portant création d'un traitement automatisé des données à caractère personnel dénommé « système d'information numérique standardisé » (SINUS). Version consolidée le 14 juillet 2015.
33. Michaloux M, Nahon M, Jouffroy R, Vivien B. Identification et traçabilité des victimes. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2016;28:85-90.
34. Oliver M, Marcel A, Dubois T, Miguet JP, Sarron JC, Dubois S, et al. Directive d'identification du patient du service de santé des armées version V3.1. Gestion de l'activité hospitalière mars 2016:1-108.
35. Petit A, Morel S, Benmansour E, Brossard Lahmy M, Lavollé MH, Terrine B, et al. Retour d'expérience des attentats du 13 novembre 2015. Rôle d'une cellule de crise hospitalière. Ann Fr Med Urg 2016;6:47-54.
36. Carli P, Pons F, Levraut J, Millet B, Tourtier JP, Ludes B, et al. The French emergency medical services after the Paris and Nice terrorist attacks: what have we learnt? Lancet. 2018;390:2735-8.
37. Josse E. Le défusing du personnel humanitaire affecté par un incident critique. Dernier accès en ligne le 8 août 2017 www.resilience-psy.com
38. Hugues F, Grigg M, Fristsch K, Calder S. Psychosocial response in emergency situations-the nurse's role 2007;54:18-27
39. Aït-Mohammed F, Waroux S, Lefort H. Rôle infirmier dans l'amputation de dégagement. Rev Infirm 2015;209:19-21.
40. Guénot P, Léon V, Lafitte E, Romain H, Raingeval JB, Turban G, et al. Chaîne de survie fonctionnelle d'une main. Impératifs d'une prise en charge cicatricielle multidisciplinaire. J plaies cicat 2014;93:20-3.
41. Vergos M. Enseignement du sauvetage au combat (SC). Référentiel de formation validé sous le numéro d'enregistrement 0309 / EVDG / DPMO du 30 mars 2012.
42. Fressancourt Y, Quémeneur É, Bertho K, Dubourg O. Nursing practice within the French national gendarmerie intervention group. Rev Infirm 2016;225:22-4.
43. Chaput G, Venard C, Venard G. La densification de l'être. Paris : Éditions Privideſ ; 2014 :195p.
44. Hoffmann C. Blessés de guerre français en Afghanistan : de la blessure à la réinsertion. Étude épidémiologique rétrospective d'une cohorte de 450 patients entre 2010 et 2012. Résultats préliminaires. Thèse de doctorat en médecine, 2014, Paris, Université Pierre et Marie Curie - Paris VI :296p.
45. Debonne JM. Specific care activities, values and a sense of purpose. Soins 2014;788:13.
    Service de santé des armées. Modèle 2020. [Consulté le 8 août 2017] http://www.defense.gouv.fr/content/download/443624/6946680/file/20160104-Modele-SSA-2020.pdf