



Protocoles de Soins Infirmiers d'Urgence

Situation du Bas-Rhin (Mars 2008)



OBJECTIFS



L'INFIRMIER peut travailler

1- EN BINOME avec un médecin

2- SEUL, dans l'attente de l'intervention d'un médecin

En institution

En préhospitalier = réponse graduée

- Constituer un échelon intermédiaire entre la réponse secouriste et la réponse médicale
- Pas de vocation à remplacer les médecins
- Combler l'intervalle libre lié au délai de route du SMUR
- Rationalisation des sorties médicales



ATOUPS

- Une bonne maîtrise des gestes de secourisme
- Une bonne connaissance des techniques de soins d'urgence
- Une disponibilité opérationnelle importante
- Un maillage territorial
- Une forte motivation pour les secours d'urgence





SOINS INFIRMIERS

1.- De sa propre initiative
(Articles R4311-3-4-5)

2.- Sur prescription médicale,
qualitative et quantitative,
datée et signée par le
médecin (Article R4311-7)

3. - Sur protocole

- 2.1. protocoles de soins d'urgence : (Article R4311-14)
 - Protocoles conservatoires
 - Fiches techniques

- 2.2. protocole d'analgésie
(Article R4311-8)





- Un protocole de soins d'urgence **ne constitue pas une prescription médicale** *stricto sensu*
- Les protocoles de soins d'urgence régissent une **délégation de soins médicaux** permettant au personnel infirmier de faire face à des situations d'urgence vitale dans l'attente de l'arrivée d'un médecin.
- ***La demande urgente d'un renfort médical au Centre 15 est effectuée par l'infirmier ou le chef d'agrès VSAV ou le chef de groupe.***



prescription « téléphonique »

CPS Article R4311-7 : L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée

Loi du 13 août 2004 dans son article 34 prévoit qu'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel, en cas d'urgence".



BASE REGLEMENTAIRE



DDSC

- La circulaire NOR/10/DC/00 356 du 6 juillet 2000 précise expressément que
 - « *L'ISP est autorisé par le Médecin-Chef à mettre en œuvre des gestes techniques définis par protocole* ».
 - le DDSIS doit être amené à donner son accord sur le dispositif global des protocoles.



article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique

- **En l'absence d'un médecin**, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à **mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence**, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.
- Dans ce cas, l'infirmier **accomplit les actes conservatoires nécessaires** jusqu'à l'intervention d'un médecin.
- Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un **compte-rendu** écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.



article R. 4311-14 du Code de la Santé Publique

- En cas d'urgence, et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier **décide des gestes à pratiquer** en attendant que puisse intervenir un médecin.
- Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de **diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée** à son état.



Protocoles de Soins Infirmiers d'Urgence

- Rédaction collégiale
- Conformité réglementaire
- Conformité aux conférences de consensus
- Contexte d'urgence vitale avérée, potentielle ou analgésie
- Gestes de secourisme ou relevant du rôle propre de l' IDE n'ont pas besoin juridiquement d'être encadrés ni par une prescription, ni par un protocole



VISA

- a) Le Code de la Santé Publique et notamment les article R4311-1 et suivants
- b) Le Code Pénal (art 121-3 et 122-7)
- c) Loi 86-11 du 6 janvier 1986 modifiée relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- d) Loi 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours
- e) Loi 2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile
- f) Décret 91-864 du 30 août 1991 relatif à la formation aux Premiers Secours
- g) Décret 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des Services d'Incendie et de Secours et notamment le chapitre IV définissant les missions du Service de Santé et de Secours Médical
- h) Décret 98-239 du 27 mars 1998 fixant les catégories des personnes non-médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique
- i) Décret 99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs-pompiers volontaires (personnels SSSM)
- j) Décret 2000-1009 du 16 octobre 2000 relatif au cadre d'emploi des infirmiers de sapeurs-pompiers professionnels
- k) Circulaire d'application du décret 99-1039 du 10 décembre 1999 relative aux sapeurs-pompiers volontaires (réf. DSC 10/DC/n°00356).
- l) Circulaire NOR/INT/E/03/00102/C du 23/10/2004 relative au référentiel des services de santé et de secours médical des services d'incendie et de secours
- m) Circulaire DHOS/01/2004/151 du 29/03/2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente



ECUEILS à éviter

- a) Médicalisation masquée si
 - diagnostic médical porté par des IDE
 - absence d'intervention d'un médecin

- b) Retard dans la médicalisation par une alerte différée lors de l'intervention d'un ISP

- c) Rédaction trop libre laissant la place à l'interprétation ou trop cadrée limitant la valeur ajoutée de l'intervention d'un ISP

- d) Considérer qu'un infirmier de par sa formation hospitalière est capable d'intervenir seul et d'appliquer des PISU en l'absence de formation initiale et continue



PROPOSITIONS SFMU

« Protocoles conservatoires »

- PC n°1 : Arrêt Cardiaque
- PC n°2 : Douleur thoracique
- PC n°3 : Dyspnée chez l'adulte : crise d'asthme
- PC n°4 : Dyspnée chez l'enfant : laryngite
- PC n°5 : Hémorragie grave
- PC n°6 : Réaction allergique grave
- PC n°7 : Trouble de conscience chez un diabétique
- PC n°8 : Convulsions chez l'enfant

« Fiches techniques »

- FT n° 1 : réalisation d'un ECG
- FT n° 2 : oxygénothérapie
- FT n° 3 : pose d'une voie veineuse périphérique
- FT n° 4 : glycémie
- FT n° 5 : mise en place d'un aérosol



PISU du SDIS 67

Pathologiques	Techniques
<p>Arrêt circulatoire E/A</p> <p>Douleur thoracique</p> <p>Crise d'asthme</p> <p>Brûlure grave</p> <p>Hypoglycémie symptomatique</p> <p>Troubles de la conscience</p> <p>Convulsions généralisées E/A</p> <p>Intoxication opiacée</p> <p>Intoxication oxycarbonée</p> <p>Choc anaphylactique</p>	<p>Oxygénothérap. par inhalation</p> <p>Voie veineuse périphérique</p> <p>Remplissage vasculaire</p> <p>Intubation oro-trachéale (IADE)</p> <p>Intubation par Fastrach</p>



1 protocole d'analgésie

Protocole de prise en charge de la douleur

établi en référence à l'article R.4311-8 du CSP codifiant
le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004



ANALGESIE

- L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les **traitements antalgiques**, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin.
- Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.



ANALGESIE

- Analgésie non morphinique de palier 1
 - systématique : proparacetamol
 - atteinte viscérale : phloroglucinol
 - atteinte squelettique : AINS sauf CI
- Analgésie morphinique de palier 3
 - soit nalbuphine
 - soit morphine



FORMATION



FIA – FAE – FMA





EVALUATION



RECOMMANDATIONS SFMU

- Toute application d'un protocole conservatoire impose une évaluation effectuée conjointement par le Samu et les partenaires concernés.
- Expérimentations prévues par l'article 131 de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 (suite au rapport « Berland »)
- Des expérimentations relatives à la coopération entre professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé peuvent être prévues par dérogation aux articles L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4371-1 du code de la santé publique, par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la nature et la liste des actes, la durée de l'expérimentation, les établissements et services qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation.



Grille d'évaluation SFMU

- heure d'appel au SAMU
- type d'appelant
- motif de recours
- lieu d'intervention : domicile, maison de retraite, milieu du travail, milieu scolaire, voie publique...
- horaires du SMUR :
 - déclenchement
 - arrivée sur les lieux
- protocole conservatoire utilisé
- devenir du patient
- incidents répertoriés
- difficultés rencontrées



EVALUATION

le retour d'expérience et l'évaluation à posteriori

Compte rendu de mise en œuvre:

L'article R4311-14 du CSP le rend obligatoire

Ce compte rendu peut être simplement le double de la Fiche d'Observations Médicales (FOM) remplie par l'ISP sur intervention

Comité de suivi

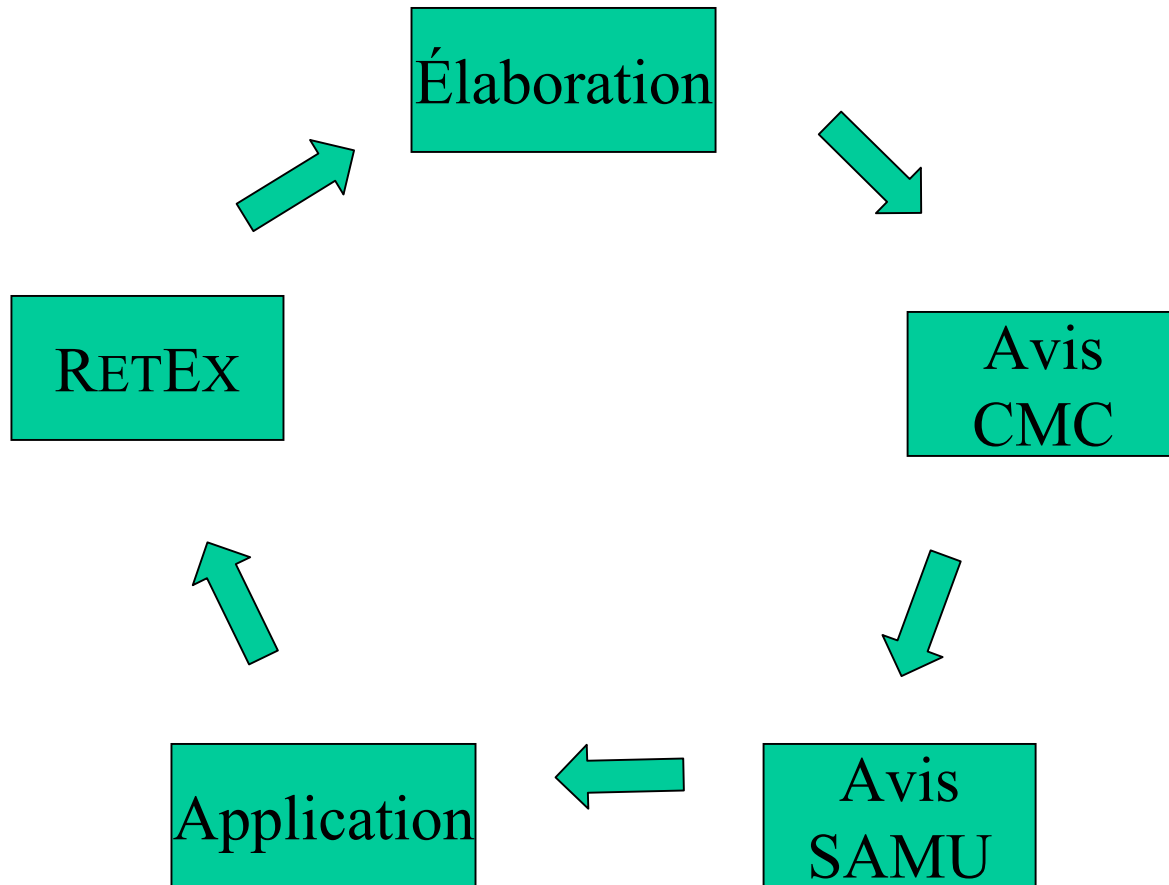
L'exploitation des comptes-rendus par un groupe pluridisciplinaire permet d'évaluer les pratiques pour réadapter, actualiser les PISU, faire modifier la FAE départementale d'infirmiers opérationnels, définir les thèmes de la formation continue.

Publication- Retour d'expérience

Le concept de réponse graduée n'est pas récent mais il semble que les oppositions passées du milieu hospitalier et de certains responsables du SSSM disparaissent au profit d'une acceptation par dépit.



CIRCUIT DE VALIDATION





ORGANISATION

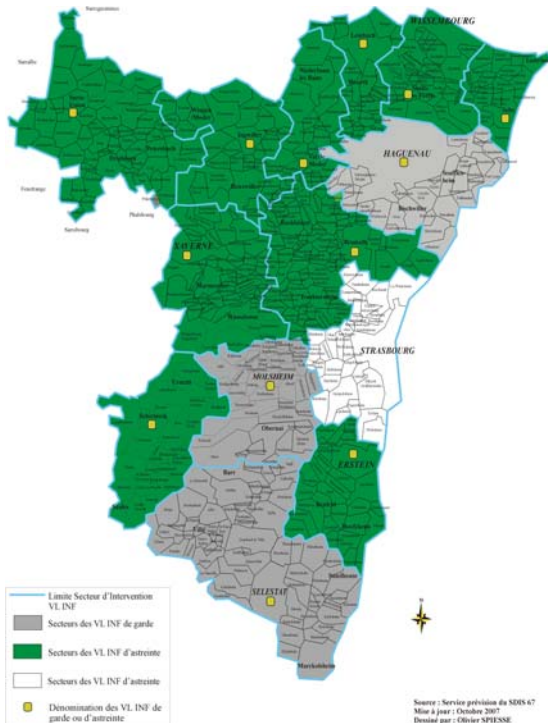
opérationnelle



ORGANISATION



- Nécessité d'étendre le secteur d'intervention de l'ISP à 3-4 UT
- Dissocier l'intervention de l'ISP de celle du VSAV
- 3 VLINF en gardes en CSP (Haguenau, Molsheim, Sélestat)
 - gardes par tranches de 12 ou 24 heures
- 10 VLINF d'astreinte
- Equipement de la VL-INF adapté aux PISU





DECLENCHEMENT

par le CTA-CODIS (18) pour :

- SAP à domicile avec Urgence Vitale (UV)
- SAP sur VP/LP avec UV
- Accident de travail/sport avec UV
- AVP avec personne/2roues renversé
- AVP avec désincarcération, PL impliqué, etc



sur demande du CRRA-15 ++

(sans exclure un départ VLM simultané)





BILAN



POINTS POSITIFS

- Gain important dans les délais de soins (sur protocoles)
- Intérêt pour :
 - les soins pour urgence vitale
 - l'analgésie



POINTS NEGATIFS

- Difficultés à associer conduite, écoute du GPS, radio
- Difficultés de la conduite en urgence
- Crainte d'arriver seul sur les lieux
- Matériels portables lourds



Réponses apportées

- Réduction des secteurs d'intervention avec l'installation de nouvelles VLINF
- Stages de conduite ou entraînement sur simulateur ?