

Recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des infirmiers de sapeurs-pompiers



Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers

Mai 2010

www.semsp.eu

Avant-propos

Depuis plusieurs années, les services d'incendie et de secours mettent en œuvre des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie à destination des infirmiers de sapeurs-pompiers. Cette démarche n'a pas pour objet de substituer l'action des infirmiers à celle des médecins, mais d'utiliser de la manière la plus rationnelle les ressources existantes pour apporter une réponse précoce et adaptée aux situations d'urgence. Ces modalités d'exercice des infirmiers hors présence médicale peuvent également trouver leur place dans les domaines du soutien sanitaire des sapeurs-pompiers et de la santé au travail.

Il est ainsi apparu souhaitable de bénéficier de références scientifiques concernant ces modalités d'exercice infirmier, de manière à ce que l'application de ces protocoles demeure conforme aux données acquises de la science et satisfasse les exigences de la qualité et de la sécurité des soins.

C'est dans cet esprit que ces recommandations furent rédigées par un comité de rédaction rassemblant des acteurs de terrain expérimentés, puis validées par le conseil scientifique de la SEMSP. Ce texte s'attache essentiellement à préciser le cadre général de conception et de mise en œuvre de ces protocoles qui demeurent un préalable indispensable à la qualité des soins délivrés.

Concernant le domaine de l'urgence, auquel il ne se limite pas, ce texte apporte quelques recommandations relatives au contenu même des soins apportés. Celles-ci sont délibérément succinctes et seront complétées par des travaux ultérieurs de la SEMSP. Ce complément de recommandations prendra notamment en compte les recommandations professionnelles par consensus formalisés concernant « *l'infirmier seul face à une situation de détresse médicale* » à laquelle notre société participe et dont la conception a débuté à l'initiative de la SFMU en collaboration avec la haute autorité de santé (HAS).

Enfin, notre conseil scientifique se tient à la disposition des médecins-chefs de services d'incendies et de secours qui souhaiteraient lui soumettre des protocoles afin de recevoir un avis sur leur conformité à ces recommandations et aux données acquises de la science.

Nous souhaitons que ces recommandations vous soient utiles, mais aussi que vous les enrichissiez et les fassiez évoluer et, dans cette attente, nous restons à l'écoute de vos contributions.

Dr Sergio ALBARELLO
Président de la SEMSP

Comité de rédaction

Dr Claude GONZALEZ, médecin.

Président du comité de rédaction

Dr Jacques BARBERIS, médecin

M. Michaël BOUE, cadre de santé infirmier anesthésiste

Dr Stéphanie CHAUBET, pharmacienne

M. Nicolas COUËSSUREL, cadre de santé infirmier

Dr Jean-Michel DUQUESNE, médecin

Dr David FONTAINE, médecin

M. Marc FRANTZ, Cadre de santé infirmier

Dr Patrick HERTGEN, médecin

M. Yaël LECRAS, cadre de santé infirmier

M. Jérôme MAX, infirmier

M. Christophe PIEPRZ, infirmier

Dr Didier POURRET, médecin

Dr Jean-Charles RAMU, médecin

M. Stéphane ROCH, infirmier anesthésiste

M. Michel TAILLADE, cadre de santé infirmier

Dr Sergio ALBARELLO, médecin

Conseil scientifique de la SEMSP

Pr Denis SAFRAN

Président du conseil scientifique

Pr Romero BANDEIRA

Pr Frédéric BAUD

Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Pr Dominique GRANDJEAN

Pr René JANCOVICI

Pr Didier JOURNOIS

Dr Jean-Jacques ARZALIER

Dr Jacques BARBERIS

Dr Jean-Gabriel DAMIZET

M. Erik De SOIR

Dr Henri JULIEN

Dr René NOTO

Dr Didier POURRET

Dr Christophe ROUX

Sommaire

1.	Les protocoles de soins destinés aux infirmiers de sapeurs-pompiers	5
1.1.	Les finalités des protocoles.....	5
1.2.	Les champs d'application des protocoles	5
1.3.	Les principes et la nature des protocoles	5
1.4.	L'articulation des textes normatifs	5
1.5.	Les modalités de rédaction.....	6
1.6.	L'information des structures de santé partenaires	6
2.	Les dispositions générales des protocoles.....	7
3.	Les dispositions spécifiques à chaque domaine de mise en œuvre des protocoles	7
4.	Les dispositions particulières à chaque protocole.....	8
5.	Les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie.....	8
5.1.	Le champ d'application des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie.....	8
5.2.	Le cadre juridique des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie	8
5.3.	La formation et l'habilitation des infirmiers	9
5.4.	L'information et le consentement du patient	9
5.5.	La rédaction d'un compte-rendu de mise en œuvre d'un protocole	9
5.6.	Les circonstances des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie	10

1. Les protocoles de soins destinés aux infirmiers de sapeurs-pompiers

1.1. Les finalités des protocoles

Les services d'incendie et de secours, et spécialement leurs services de santé et de secours médical, sont amenés à mettre en œuvre des protocoles destinés à prévoir l'action d'infirmiers, en l'absence de médecin, dans des circonstances prédéterminées.

Ces protocoles n'ont pas pour objet de substituer l'action des infirmiers à celle des médecins, mais d'utiliser de la manière la plus rationnelle les ressources existantes dans le meilleur intérêt des **populations cibles** et de la **sécurité des soins**.

1.2. Les champs d'application des protocoles

Ces protocoles peuvent concerner des situations d'**urgence**, nécessitant la mise en œuvre sans délai de soins face à une détresse ou d'une thérapeutique d'antalgie, mais également des situations de **soutien sanitaire** ou de **santé au travail**.

1.3. Les principes et la nature des protocoles

Les protocoles décrivent des techniques à appliquer et/ou des principes et des consignes à observer dans certaines situations prédéfinies. Leur mise en œuvre suppose **l'identification et l'analyse d'une situation de soins** (définition d'une population, détermination d'objectifs, existence de conditions favorables). Ils peuvent inclure une fiche technique, constituant un descriptif méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'un soin.

Les protocoles prennent la forme de documents écrits, qualitatifs et quantitatifs, datés et **signés par le médecin-chef du service d'incendie et de secours qui en est responsable**. Ils constituent l'équivalent d'une prescription anticipée destinée à des patients présentant une situation et une symptomatologie préalablement et précisément définie.

Au même titre qu'une prescription individuelle, ces protocoles engagent, chacun pour ce qui les concerne, les responsabilités de leur auteur, le médecin, et de celui qui les applique, l'infirmier.

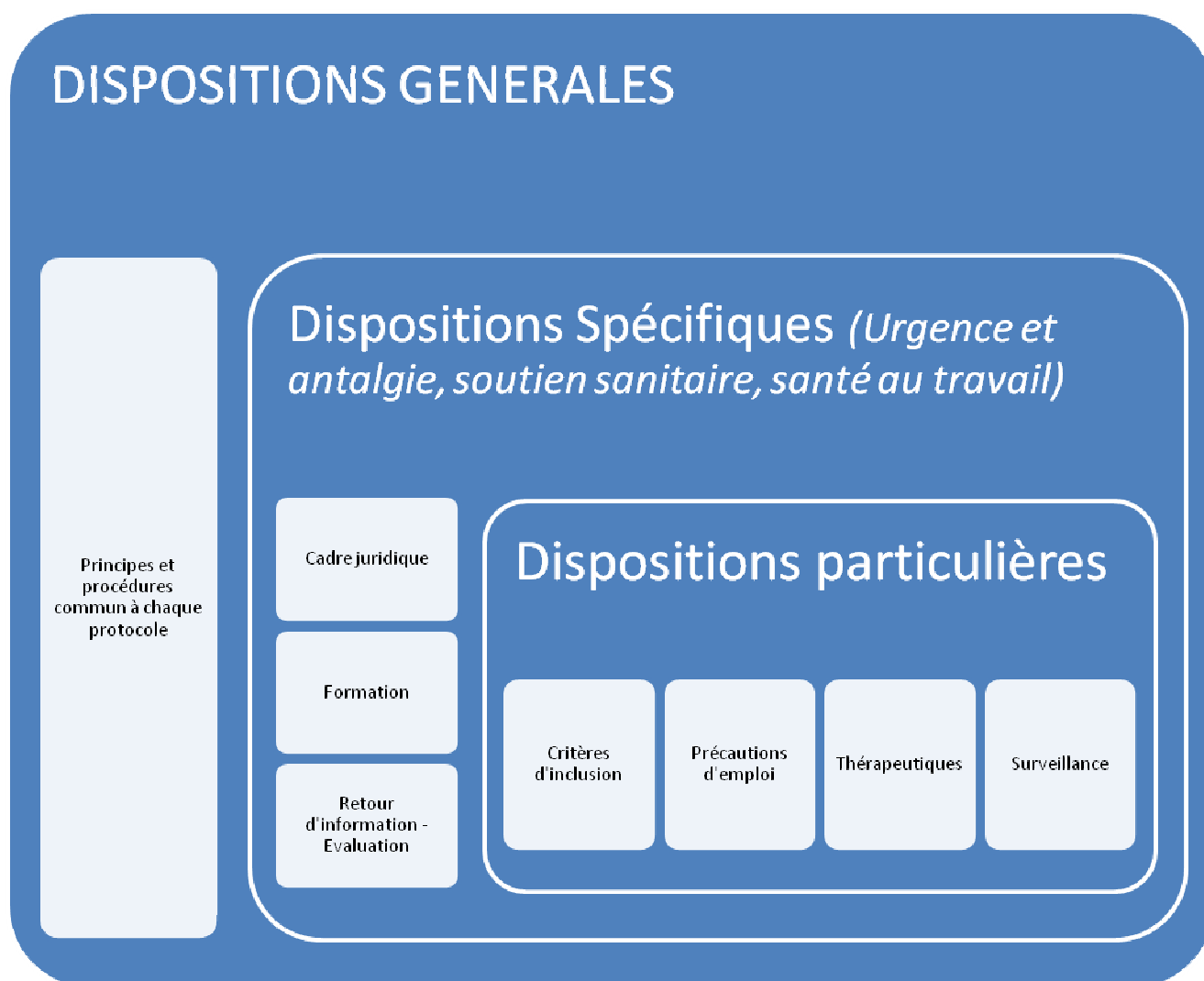
1.4. L'articulation des textes normatifs

Les protocoles de soins doivent être conformes aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, notamment issues du code général des collectivités territoriales et du code de la santé publique.

Il est recommandé que la mise en place des protocoles dans chaque service d'incendie et de secours fasse, au surplus, l'objet de l'édition de **trois niveaux de textes normatifs**.

En premier lieu, des **dispositions générales** indiquent les principes et les procédures communs à l'ensemble des protocoles. Ensuite, des **dispositions spécifiques** sont publiées pour chaque type de protocoles (urgence et antalgie, soutien sanitaire, santé au travail). Enfin, des **dispositions particulières** constituent le contenu même des protocoles mis en œuvre dans chaque situation.

Ces trois niveaux de description (dispositions générales, spécifiques et particulières) constituent un ensemble de normes hiérarchique et cohérent.



1.5. Les modalités de rédaction

Il est recommandé que la conception des protocoles soit issue d'un **comité de rédaction** associant notamment des médecins, des pharmaciens, des cadres de santé et des infirmiers. Ce comité de rédaction peut utilement recueillir les avis de personnes ou de structures qualifiées, extérieures au service d'incendie et de secours.

Cependant, la validation et la signature de ces protocoles relèvent de la seule autorité du médecin-chef du service d'incendie et de secours qui conserve, en toute hypothèse, la responsabilité technique de leur mise en place et de leur contenu.

Il est recommandé que le contenu des protocoles soit conforme aux données acquises de la science et aux recommandations applicables pour la pratique clinique. Leur rédaction est réactualisée à chaque fois que l'évolution de la science médicale le nécessite.

1.6. L'information des structures de santé partenaires

Il est recommandé que les structures de santé participant habituellement à la prise en charge des patients bénéficiant de l'application des protocoles soient **informées** de leur existence, de leur nature et de leur contenu.

2. Les dispositions générales des protocoles

Il est recommandé qu'un document relatif aux dispositions générales des protocoles soit publié par le service d'incendie et de secours.

Ces dispositions générales constituent le cadre des protocoles susceptibles d'être mis en œuvre dans divers domaines par les infirmiers du service de santé et de secours médical du service d'incendie et de secours : protocoles infirmiers de soins d'urgence, protocoles d'analgésie, protocoles infirmiers en soutien sanitaire opérationnel et protocoles infirmiers en santé au travail.

Ces dispositions générales décrivent notamment :

- Les **conditions de conception**, de rédaction, de relecture et de validation des protocoles ;
- Leurs modalités de mise en œuvre, et notamment les conditions générales de **formation initiale et continue des infirmiers** habilités ;
- Les **procédures d'habilitation**, de renouvellement et, le cas échéant, de retrait de cette habilitation ;
- Les principes généraux de **suivi et d'évaluation** de la mise en œuvre des protocoles, de recueil et d'analyse des événements indésirables.

3. Les dispositions spécifiques à chaque domaine de mise en œuvre des protocoles

Il est recommandé que soient publiées des dispositions spécifiques à chaque domaine de mise en œuvre de protocoles. Ces dispositions ont pour objet de compléter et préciser, pour chacun de ces domaines, les dispositions générales.

Elles portent notamment sur les points spécifiques à chaque domaine de mise en œuvre concernant :

- Le **cadre réglementaire** de mise en œuvre ;
- L'information et le recueil du **consentement du patient** ;
- Les conditions spécifiques de **formation, d'habilitation et d'évaluation** des infirmiers ;
- L'**évaluation** de la mise en œuvre des protocoles ;
- La rédaction d'un **dossier de soins** et la transmission des informations.

Dans l'état actuel des missions confiées aux services d'incendie et de secours, trois domaines apparaissent faire l'objet de protocoles :

- Les protocoles de soins **d'urgence** ;
- Les protocoles spécifiques au **soutien sanitaire opérationnel** ;
- Les protocoles de **santé au travail**.

4. Les dispositions particulières à chaque protocole

Ces dispositions constituent les prescriptions **particulières à chaque situation**. Il est recommandé que les éléments suivants y figurent systématiquement :

- Les critères d'inclusion ou d'indication, et d'exclusion ou de contre-indication ;
- Les gestes techniques et thérapeutiques médicamenteuses ;
- Les précautions d'emploi ;
- Les modalités et les éléments de surveillance du patient ;
- Les limites d'utilisation ou de mise en œuvre du protocole ;
- Les principes de transmission de l'information.

La rédaction des dispositions particulières peut revêtir deux formes :

- Une **rédaction littéraire** qui consiste en la description **chronologique et détaillée** des éléments précédents ;
- Une **rédaction par logigramme** qui présente ces éléments sous une forme arborescente, sans présenter de possibilité d'échappement.

Il est recommandé que les dispositions particulières à chaque protocole fassent toujours l'objet d'une rédaction littéraire qui, lorsque cela apparaîtra utile, pourra être complétée par un logigramme.

5. Les protocoles de soins d'urgence

5.1. Le champ d'application des protocoles de soins d'urgence

Les protocoles de soins d'urgence ont vocation à être mis en œuvre face à des situations de détresse, ou d'existence d'une douleur, dans le cadre des secours d'urgence distribués à la population défendue par les SIS.

Ils peuvent également être mis en œuvre au profit des sapeurs-pompiers lorsqu'il n'est pas établi de protocole spécifique au soutien sanitaire pour les mêmes circonstances cliniques.

5.2. Le cadre juridique des protocoles de soins d'urgence

La mise en œuvre des protocoles d'urgence ou d'antalgie correspond à l'une des modalités d'exercice des actes professionnels auxquels les infirmiers sont habilités par le code de la santé publique¹. Il est recommandé que ce cadre juridique soit rappelé dans les dispositions particulières aux protocoles de soins d'urgence et d'antalgie.

Les protocoles d'analgésie sont disposés à l'article R4311-8 du code de la santé publique :

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.

¹ Les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie ne conduisent pas à la mise en œuvre d'actes professionnels étrangers au domaine de compétence des infirmiers. Ils ne relèvent ainsi pas des dispositions relatives à la "coopération entre professionnels de santé" introduite par les articles L4011-1 à L4011-3 du code de la santé publique.

Les protocoles de soins d'urgence font l'objet du premier alinéa de l'article R4311-14 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 œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière 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 écrits, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

Le régime de responsabilité applicable à la mise en œuvre des protocoles ne constitue pas une faculté ouverte au choix de leur auteur mais se trouve déduit des règles juridiques applicables à chaque situation.

D'une manière générale, la définition et le contenu des soins relèvent de la responsabilité du prescripteur, et donc de l'auteur du protocole, tandis que leur mise en œuvre et leur exécution relèvent de la responsabilité de l'infirmier. En revanche, dans l'hypothèse où la définition des soins n'est plus issue du protocole mais des indications d'un autre médecin – sur place ou à distance – sollicité pour la prise en charge d'un patient, la responsabilité de la prescription échappe à l'auteur du protocole pour relever de ce nouveau praticien prescripteur.

Cette distinction entre les soins qui relèvent de l'application d'un protocole et ceux qui sont délivrés sur prescription, locale ou à distance, doit être clairement définie dans les conditions spécifiques et particulières des protocoles d'urgence.

5.3. La formation et l'habilitation des infirmiers

Il est recommandé que les infirmiers bénéficient d'une **formation initiale**, complétée par une **période de tutorat** auprès d'un infirmier disposant d'une expérience significative, et continue à la mise en œuvre des protocoles. Les infirmiers font l'objet d'une **habilitation individuelle**. Cette habilitation peut être suspendue si les circonstances le justifient.

Une **formation continue** des infirmiers, à la mise en œuvre des protocoles, est également recommandée.

Il est recommandé que ces formations, initiale et continue, comportent des enseignements théoriques, pratiques, et des simulations.

L'analyse de l'activité annuelle de l'infirmier peut être prise en compte dans la délivrance de l'habilitation.

5.4. L'information et le consentement du patient

Il est recommandé que les dispositions spécifiques aux protocoles de soins d'urgence précisent les modalités d'information du patient concernant la nature et l'existence d'un protocole susceptible de lui être appliqué et l'obtention de son consentement.

Lorsque les circonstances le permettent, le patient doit notamment être informé par l'infirmier qu'il lui est proposé l'application d'un traitement correspondant à une prescription médicale préalable, et son consentement doit être obtenu. L'obtention de ce consentement ne nécessite pas cependant qu'il soit recueilli par écrit mais peut faire l'objet d'une mention portée par l'infirmier sur le compte-rendu de mise en œuvre du protocole.

5.5. La rédaction d'un compte-rendu de mise en œuvre d'un protocole

La mise en œuvre d'un protocole de soins d'urgence est suivie de la rédaction d'un **compte-rendu daté et signé**, annexé au dossier du patient.

Ce compte-rendu peut être intégré à la fiche d'intervention rédigée par infirmier, et être ainsi inclus au dossier médical du patient. Il est recommandé qu'il comporte notamment :

- Le recueil des critères justifiant la mise en œuvre du protocole ;
- Les signes fonctionnels observés, les paramètres cliniques et para cliniques ;

- La mention, lorsque les circonstances le permettent, que l'information a été délivrée au patient et que son consentement a été obtenu par l'infirmier ;
- Les gestes et les thérapeutiques de soins effectués ;
- Les posologies et voies d'administration des médicaments administrés ;
- L'évolution de l'état du patient ;
- Les évènements indésirables éventuellement observés.

5.6. Le contrôle et l'évaluation de la mise en œuvre des protocoles

Chaque mise en œuvre d'un protocole de soins d'urgence fait l'objet **d'un contrôle et d'une évaluation a posteriori** par un médecin désigné par le médecin-chef du service d'incendie et de secours.

Ce contrôle et cette évaluation concernent notamment **la pertinence de l'indication** de protocole, **l'adéquation des techniques ou thérapeutiques** mises en œuvre, la survenue éventuelle d'un **événement indésirable**. Elle fait appel à l'étude du compte-rendu de mise en œuvre et, le cas échéant, au compte-rendu d'hospitalisation ou à d'autres données cliniques concernant le patient. Les écarts constatés à la norme font l'objet d'une analyse, par le médecin-chef, ou son représentant, et un infirmier, et d'une évaluation de leurs conséquences pour le patient.

Les anomalies éventuellement observées font l'objet d'une action correctrice et préventive de la récurrence. Les dysfonctionnements sévères peuvent entraîner la suspension ou la suppression de l'habilitation de l'infirmier.

5.7. Les circonstances des protocoles de soins d'urgence

Une liste indicative de protocole de soins d'urgence éligible aux infirmiers de sapeurs-pompiers habilités figure en annexe VI du référentiel commun « organisation du secours à personnes et de l'aide médicale urgente » du 25 juin 2008. Cette liste, **sans être exhaustive**, peut constituer **une base** à la constitution des protocoles des services d'incendie et de secours.

Le présent document ne tend pas à constituer des modèles de protocoles particuliers à chacune de ces situations. Cependant, les quelques recommandations suivantes sont émises :

1. Arrêt cardio-respiratoire « adulte »

Il est recommandé que soient notamment précisés :

- les critères d'exclusion ;
- une procédure visant à prévenir l'obstination déraisonnable ;
- le rythme des séquences MCE / VA / DAE ;
- la posologie et les intervalles d'administration de l'adrénaline.

Il est recommandé que la surveillance du patient fasse l'objet d'une attention particulière.

2. Arrêt cardiorespiratoire « enfant et nourrisson »

Les mêmes recommandations sont émises que chez l'adulte.

3. Hémorragie sévère « adulte »

Il est recommandé que soient distinguées les origines traumatiques des autres causes d'hémorragies, que soient recherchés des critères de gravité et que les modalités de remplissage vasculaire et les objectifs tensionnels soient distingués selon les circonstances.

4. Réaction anaphylactique sévère « adulte »

Il est recommandé que soient recherchés les signes de gravité respiratoires et circulatoires, que les posologies et le mode de titration de l'adrénaline soient précisés.

5. Réaction anaphylactique sévère « enfants et nourrisson »

Les mêmes recommandations sont émises que chez l'adulte.

6. Hypoglycémie

Il est recommandé que soient précisées des valeurs seuils de glycémie, en portant une attention particulière aux unités employées. L'extrême variabilité des tableaux cliniques d'hypoglycémie est rappelée. Un examen complet du patient et un ECG sont réalisés après la correction de l'hypoglycémie.

7. Douleur thoracique non traumatique « adulte »

Il est recommandé de porter une attention particulière sur les caractéristiques de la douleur, sur la réalisation d'un ECG 17 dérivations, et sur la surveillance constante du patient par un électrocardioscope et sur la disponibilité immédiate d'un défibrillateur automatique externe. Les intoxications par le CO et les hypoglycémies associées sont recherchées.

8. Difficulté respiratoire « adulte »

Il est recommandé que soient recherchés des signes de gravité et que, si une thérapeutique par aérosol est indiquée, que ses posologies soient précisées.

9. Difficultés respiratoire aiguës « enfants et nourrisson »

Outre les recommandations émises pour l'adulte, il est souhaitable de préciser les débits d'oxygène selon l'âge.

10. Convulsions « adulte »

Il est recommandé que soit soulignée l'importance des critères d'inclusion et d'exclusion, et que soient recherchés un traumatisme crânien, une maladie épileptique connue, une hypoglycémie ou une intoxication.

11. Convulsions « enfant et nourrisson »

Il est recommandé que soient précisés les critères d'inclusion et d'exclusion, que soient recherchés une hyperthermie, des taches purpuriques ou des éléments en faveur d'un syndrome méningé. Les posologies et voies d'administration des traitements sont distinguées selon l'âge et le poids du patient.

12. Intoxication médicamenteuse volontaire « adulte »

Compte tenu de la très grande diversité des syndromes toxiques, il est plutôt recommandé d'établir un protocole particulier à un état de coma chez l'adulte ou un adulte « inconscient qui respire ».

Il est recommandé que soient recherchés : une hypoglycémie, des éléments en faveur d'une intoxication par des cardiotropes, d'un coma post-critique, d'une hémorragie sévère ou d'un coup de chaleur. Un accent est porté sur l'importance de la surveillance du patient et de la cotation du score de Glasgow.

13. Brûlé

Il est recommandé que soient recherchés des signes de gravité, une intoxication associée, notamment par le CO ou des fumées d'incendie. Les critères de remplissage vasculaire et les thérapeutiques antalgiques sont précisés. La lutte contre l'hypothermie est prise en compte.

14. Intoxication au CO et/ou aux fumées d'incendie

Il est recommandé que les infirmiers soient porteurs d'un détecteur portatif de CO. Une mesure de l'HbCO et un enregistrement ECG sont effectuée chez le patient. Les critères de gravité et les indications de l'administration d'hydroxocobalamine sont précisés.

15. Femme en couche / Accouchement inopiné

Il est recommandé que soient recueillis chez la mère les renseignements utiles sur sa grossesse. Chez le nouveau né, un accent est porté sur la surveillance de sa ventilation, de sa coloration et de son pouls. Les critères de détresse cardio-respiratoires sont précisés.

16. Antalgie « adulte »

Il est recommandé que la douleur soit évaluée par l'EVA, et que son traitement fasse l'objet d'une réponse thérapeutique graduée selon cette évaluation. Les thérapeutiques mises en œuvre doivent être adaptées au traitement de douleurs intenses et peuvent, notamment, inclure la morphine et le mélange équimoléculaire oxygène – protoxyde d'azote. Le traitement d'un éventuel surdosage en morphine est indiqué.

Il est recommandé que l'administration de morphine, lorsqu'elle est médicalement indiquée, ne soit pas limitée par d'éventuels obstacles administratifs à sa délivrance.

17. Antalgie « enfant et nourrisson »

Les mêmes recommandations sont émises que chez l'adulte.

28 mai 2010
