

Référentiel

Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

Version 2014 / 2015



Société Européenne de Médecine de Sapeurs-Pompiers

Comité français

Février 2015

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.

C'est dans cet esprit qu'en 2010 la SEMSP a édicté : « Recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des infirmiers de sapeurs pompiers ». Ce document s'attachait essentiellement à préciser le cadre général de conception et de mise en œuvre de ces protocoles.

Ces recommandations succinctes ont permis la rédaction de ce référentiel selon le même principe rédactionnel : une rédaction rassemblant des acteurs de terrain expérimentés, puis une validation par le conseil scientifique de la SEMSP.

Il est indispensable que l'application de ces PISU demeure conforme aux données acquises de la science et satisfasse les exigences de la qualité et de la sécurité des soins, tout en gardant à l'esprit :

- Le respect de la légalité de l'exercice infirmier
- L'autorité et la responsabilité du médecin-chef au sein de son département.

Par ce référentiel qui doit servir de base minimale de travail pour chacun, nous espérons uniformiser nos pratiques.

Dr Sergio ALBARELLO ^{(1) (13) (14)}
Président de la SEMSP

Comité de Pilotage

Docteur Erik BOQUET, médecin chef, SDIS 45⁽¹⁴⁾
Docteur Jean-Charles RAMU, médecin

Comité de Rédaction

Monsieur Jérôme ANDRIEU, infirmier⁽¹⁴⁾
Docteur Jacques BARBERIS, médecin⁽¹⁴⁾
Docteur Eric BLOCH, médecin
Monsieur Michaël BOUE, infirmier
Madame Carole BOUTET, infirmière
Monsieur Jacques BOURGOIS, infirmier
Docteur David DALLACQUA, médecin⁽¹⁵⁾
Docteur Jean-Gabriel DAMIZET, médecin⁽¹⁴⁾
Docteur Philippe DANION, médecin⁽¹⁴⁾
Madame Isabelle DUHAMEL, sage-femme
Madame Christine DOUCET, infirmière
Docteur Laure DROIN, médecin
Docteur Jean-Michel DUQUESNE, médecin^{(14) (15)}
Madame Barbara DUNOYER, infirmière
Monsieur Bruno GIBERT, infirmier
Madame Séverine GONNET, infirmière
Monsieur Benoît KIPPER, infirmier
Docteur Valéry LECOEUUVRE, médecin
Docteur Francis LEVY, médecin^{(5) (14) (18)}
Monsieur Romain MYLLER, infirmier
Docteur Didier POURRET, médecin⁽¹⁴⁾
Monsieur Philippe SECONDI, infirmier
Monsieur Fabien SENET, infirmier
Docteur Fabien TRABOLD, médecin^{(11) (14)}
Monsieur Alexandre ZELLER, infirmier

Comité scientifique de la SEMSP

Docteur Jean-Jacques ARZALIER, anesthésiste-réanimateur, praticien hospitalier, SAMU 83^{(2) (11) (15)}
Docteur Clotilde BOURGADE, pharmacienne gérante, SDIS 65^{(4) (14)}
Docteur Christian BERGEZ, cardiologue, chef de service, HIA Val de Grâce^{(6) (12)}
Docteur Emmanuel BLOTTIAUX, praticien hospitalier, urgences SAMU SMUR, CHU POITIERS⁽¹⁵⁾
Docteur Jean-Louis CHABERNAUD, Pédiatre, responsable de l'UF SMUR pédiatrique, SAMU 92^{(3) (8) (9) (16) (17)}
Docteur Agnès DELMAS-MARSALET, pharmacienne chef, SDIS 24
Docteur Stéphane DONNADIEU, conseiller santé, DGSCGC⁽³⁾
Docteur Laurent FASQUEL, médecin chef, SDIS 22⁽¹⁴⁾
Monsieur Thierry GRAS, infirmier d'encadrement, SDIS 11⁽¹⁰⁾
Docteur Daniel MEYRAN, médecin chef SMUR, BMPM⁽⁷⁾
Docteur Christophe ROUX, médecin chef, SDIS 38⁽¹⁴⁾
Professeur Denis SAFRAN, praticien hospitalier, chef de service anesthésie-réanimation, HEGP⁽¹¹⁾
Monsieur Michel TAILLADE, infirmier d'encadrement, SDIS 46
Docteur Laurent TRITSCH, anesthésiste-réanimateur, médecin SPP, mis à disposition du SAMU 67^{(14) (15)}

Comité de validation

Docteur Natalie ALAZARD, médecin chef, SDIS 12
Docteur Stephan ANTHONY, médecin chef, SDIS 02^{(13) (14)}
Docteur Sylvie JOUVE, médecin chef, SDIS 44
Docteur Jean-Pierre MORIN, médecin chef, SDIS 27⁽¹⁴⁾
Docteur Christine PATOT, médecin chef, SDIS 18
Docteur Daniel PROST, médecin chef, SDIS 34⁽¹⁴⁾
Docteur Thierry SENEZ, médecin chef, SDIS 76⁽¹⁴⁾
Docteur Jean-Luc SERRANO, médecin chef, SDIS 28
Docteur Florence TROISVALLETS, médecin chef, SDIS 77
Docteur Michel WEBER, médecin chef, SDIS 51

- (1) Membre du CARUM (Club des Anesthésistes Réanimateurs et Urgentistes Militaires)
- (2) Membre de la CFAR (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs)
- (3) Membre du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)
- (4) Membre du CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)
- (5) Membre de l'ECDM (European Council for Disaster Medicine)
- (6) Membre de l'ESC (European Society of Cardiology)
- (7) Membre de l'ERC (European Resuscitation Council)
- (8) Membre du GENIF (Groupe d'Etudes en Néonatalogie de l'Île de France)
- (9) Membre du GFRUP (Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques)
- (10) Membre de l'ONI (Ordre National des Infirmiers)
- (11) Membre de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation)
- (12) Membre de la SFC (Société Française de Cardiologie)
- (13) Membre de la SFMA (Société Française de Médecine des Armées)
- (14) Membre de la SFMC (Société Française de Médecine de Catastrophe)
- (15) Membre de la SFMU (Société Française de médecine d'Urgence)
- (16) Membre de la SFN (Société Française de Néonatalogie)
- (17) Membre de la SFP (Société Française de Pédiatrie)
- (18) Membre de la WADEM (World Association of Disaster and Emergency Medicine)

Sommaire

1. Les protocoles de soins destinés aux infirmiers de sapeurs-pompiers	6
1.1. Les finalités des protocoles.....	6
1.2. Les champs d'application des protocoles.....	6
1.3. Les principes et la nature des protocoles	6
1.4. L'articulation des textes normatifs	6
1.5. Les modalités de rédaction.....	7
1.6. L'information des structures de santé partenaires	7
2. Les dispositions générales des protocoles.....	8
3. Les dispositions spécifiques à chaque domaine de mise en œuvre des protocoles	8
4. Les dispositions particulières à chaque protocole.....	8
5. Les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie	9
5.1. Le champ d'application des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie.....	9
5.2. Le cadre juridique des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie	9
5.3. La formation et l'habilitation des infirmiers.....	10
5.4. L'information et le consentement du patient	10
5.5. La rédaction d'un compte-rendu de mise en œuvre d'un protocole.....	10
5.6. Les circonstances des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie	10
6. Mises en garde.....	11
7. Les protocoles infirmiers en soins d'urgence.....	12
8. Glossaire des abréviations.....	32
9. Références bibliographiques.....	33
10. Méthodologie.....	45

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

1.1. Les finalités des protocoles

Les services d'incendie et de secours sont amenés à mettre en œuvre des protocoles destinés à prévoir l'action d'infirmiers, dans l'attente d'un médecin et 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'analgésie, 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 définies.

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.

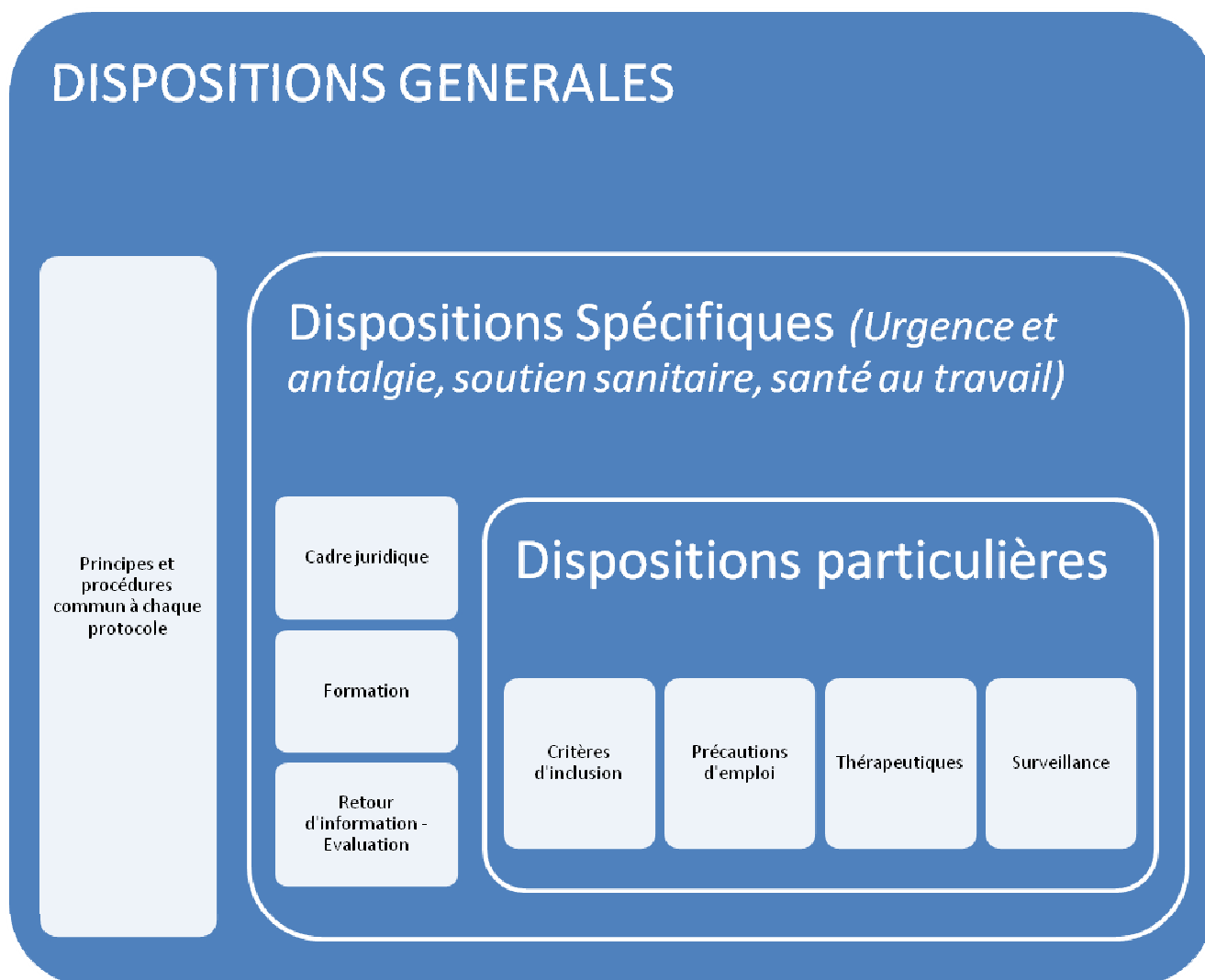
1.4. L'articulation des textes normatifs

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'édiction 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 et à minima annuellement.

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 et d'analgésie** ;
- 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 ;
- Les critères 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. Il n'apparaît en revanche pas souhaitable que des protocoles ne soient décrits que par un logigramme.

5. Les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie

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

Les protocoles de soins d'urgence et d'antalgie 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 et d'antalgie

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.

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 écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

Les protocoles de soins d'urgence font l'objet de l'article 73 du décret du 17 mai 2013 :

Les protocoles mentionnés aux articles R. 4311-7, R. 4311-8 et R. 4311-14 du code de la santé publique sont écrits, datés et signés par le médecin-chef du service départemental d'incendie et de secours.

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.

5.3. La formation et l'habilitation des infirmiers

Il est indispensable 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 les 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 et d'antalgie 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 ou d'antalgie 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 ;
- Les mentions de l'information et de l'obtention du consentement du patient ;
- 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. Les circonstances des protocoles de soins d'urgence et d'antalgie

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 mais d'une base minimale à respecter.

Les protocoles proposés par la SEMSP sont les suivants :

- Arrêt cardio-respiratoire (> ou = 1an) ;
- Douleur thoracique non traumatique de l'adulte ;
- Troubles de la conscience de l'adulte ;
- Accouchement et soins au nouveau-né ;
- Détresse respiratoire du nouveau-né dans les premières minutes de vie;
- Crise convulsive de l'adulte, persistante ou itérative ;
- Crise convulsive de l'enfant, persistante ou itérative ;
- Hypoglycémie : Hypoglycémie de l'adulte ;
- Déshydratation ;
- Détresse respiratoire aiguë de l'adulte asthmatique ;
- Détresse respiratoire aiguë de l'enfant asthmatique ;
- Réaction allergique grave ;
- Coup de chaleur d'exercice de l'adulte ;
- Intoxication au monoxyde de carbone ;
- Intoxication aux fumées d'incendie ;
- Brûlures : brûlure(s) grave(s) de l'adulte ;
- Brûlures : brûlure(s) grave(s) de l'enfant ;
- Douleur aiguë : Douleur de l'adulte ;
- Douleur aiguë : Douleur de l'enfant ;
- Hémorragie sévère.

La liste des PISU rédigés n'est pas exhaustive.

Il est donc tout à fait possible en fonction des spécificités départementales (géographiques ou matérielles) d'ajouter des PISU ou de ne pas en rédiger certains.

Ces protocoles proposés par la SEMSP n'ont pas vocation à faire des diagnostics. Ils doivent faire reconnaître et prendre en charge des symptômes en situation clinique d'urgence.

Ils pourront être regroupés ou scindés en fonction des spécificités départementales.

Ces protocoles étant destinés aux infirmiers, ceux-ci ne comportent pas de gestes secouristes, cependant ils y pourront y être adjoints selon le souhait des services de santé et de secours médicaux.

6. Mises en garde

Tous les médicaments cités devront faire l'objet par l'infirmier d'une recherche d'allergie.

L'infirmier mettant en œuvre les protocoles agit sous la responsabilité de son médecin chef. Les prescriptions téléphoniques existent, mais celles-ci n'ont de valeur qu'en période de permanence des soins. Elles ne concernent que le patient conseillé par le médecin régulateur du centre de réception et régulation des appels².

² HAS – Février 2009 /recommandations de bonne pratique :

Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE (Age > ou = 1an)

CRITERES D'INCLUSION :

Une interruption de la circulation du sang et de la respiration chez un individu de tout âge.

Il en résulte par conséquence :

- Une absence de conscience,
- Une absence de ventilation,
- Une absence de pouls carotidien.

CONDUITE A TENIR :

- Vérifier :**
- L'heure supposée de l'arrêt cardio-respiratoire,
 - Le délai de « no-flow » (absence de massage cardiaque),
 - L'âge de la victime,
 - La bonne pratique de la RCP selon les recommandations en vigueur,
 - D'éventuelles directives anticipées de fin de vie,
(A communiquer rapidement lors du contact médical)
 - Que le contact médical a bien été effectué.

- Puis :**
- Vérifier l'absence de pouls carotidien,
 - Sans interrompre les manœuvres de RCP et en respectant les consignes du DAE / DSA :
 - Mise en place d'une voie veineuse périphérique
(ou dispositif intra osseux conformément aux recommandations)

- Recours possible : Technique de contrôle des voies aériennes

-En l'absence de pouls carotidien, après le 3^{ème} CEE devant un rythme choquable ou dès que l'abord veineux est en place en l'absence de rythme choquable :

Enfant (≥ 1 et < 15ans) : **ADRENALINE** IV 0,01mg / kg / 4min. (10µg / kg / 4min)

Adulte (≥ 15ans) : **ADRENALINE** IV 1mg / 4min

- Recours possible : **AMIODARONE IVD**
- Monitoring cardiaque avec ECG ou pose d'un multiparamétrique dès que possible
- Contact médical rapide qui permettra d'adapter la conduite à tenir.

CAS PARTICULIER : L'HYPOTHERMIE (température < 35°C) :

- Risque de FV réfractaire à partir de 30°C
-> Limiter le nombre de CEE à 3,
En l'absence de résultat, attendre le réchauffement pour les tentatives suivantes
- Réchauffer les solutés utilisés si possible
- Poursuivre les manœuvres de RCP de manière prolongée

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DOULEUR THORACIQUE NON TRAUMATIQUE DE L'ADULTE (> ou = 15ans)

CRITERES D'INCLUSION :

- Victime consciente présentant une douleur rétro sternale constrictive,
- Eventuellement associée à une irradiation (mâchoire, cou, membres supérieurs, ou dos).

CRITERES D'EXCLUSION :

- Douleur d'origine traumatique.

CONDUITE A TENIR :

- Rechercher à l'interrogatoire :**
- Facteur déclenchant ,
 - Type de douleur (« coup de poignard », brûlure, picotements,...),
 - Localisation,
 - Irradiation(s),
 - Intensité,
 - Durée
 - Signes associés (pâleur, nausées, gêne respiratoire, sueurs, frissons...)
 - Facteurs de risques/antécédents cardio-vasculaires,
 - Antécédents,
 - Traitement en cours.

Repos strict,

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,

DAE / DSA à proximité immédiate,

Mesure des paramètres vitaux (dont pression artérielle **bilatérale**),

Monitoring cardiaque avec ECG (18 dérivations de préférence),

Télétransmission de l'ECG à privilégier,

Mise en place d'une voie veineuse périphérique,

Contact médical,

Lors du contact médical :

Informez le médecin des possibilités thérapeutiques suivantes (hors contre-indications) :

- Administration sublinguale de **TRINITRINE** (si pression artérielle > 120mm Hg),
- Administration intraveineuse de 250mg d'**ASPEGIC**,
- Mise en place d'une antalgie.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

TROUBLES DE CONSCIENCE DE L'ADULTE (> ou = 15ans)

CRITERES D'INCLUSION :

La conscience est évaluée à l'aide de l'échelle de Glasgow
Toute victime ayant un score de Glasgow anormal avec une respiration efficace.

CRITERES D'EXCLUSION :

Score de Glasgow normal (à 15).

CONDUITE A TENIR :

- Evaluer :**
- L'absence de réponse (motrice, verbale) de la victime aux stimulations,
 - L'existence d'un traumatisme crânien et d'une PCI,
 - La glycémie capillaire : en cas d'HYPOGLYCEMIE (<3,30mmol/l ou 0,6g/l):
Chez l'adulte → appliquer le protocole « HYPOGLYCEMIE DE L'ADULTE »
Chez l'enfant, contact médical urgent
 - L'existence d'une asymétrie pupillaire,
 - L'existence d'une intoxication (CO, alcool, médicamenteuse...):
 - Mesurer l'HbCO selon le matériel à disposition
 - En cas de dosage CO positif → appliquer le protocole « INTOXICATION au CO »

Réaliser si score de Glasgow 14 :

- Simple surveillance.

Réaliser si score de Glasgow < ou = 13:

- Oxygénothérapie pour un objectif de SpO2 > 94%,
- Mise en place d'une voie veineuse périphérique
- Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible

Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

ACCOUCHEMENT ET SOINS AU NOUVEAU-NE

CRITERES D'INCLUSION : Femme enceinte > 36SA avec contractions régulières.

CONDUITE A TENIR POUR LA MERE :

Interrogatoire de la patiente

- Gestité et parité,
- Date prévue du terme,
- Grossesse suivie ? à risque ?
- Antécédents particuliers ?
- Présence de contractions utérines ?
Début, durée, intervalle (Score de MALINAS)
- Sent-elle le bébé descendre ?
- Perte du bouchon muqueux ?
- Rupture de la poche des eaux ?

Mise en place d'une voie veineuse périphérique

- Si l'accouchement est réalisé :**
- Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible
 - Rechercher une hémorragie de la délivrance,
 - Si besoin mise en place du protocole « hémorragie grave »

Dans tous les cas, ne pas tirer le cordon

Contact médical

Si délivrance : récupérer le placenta.

- Si l'accouchement est imminent :**
- Installation de la mère,
 - Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible
 - Contact médical d'urgence.

CONDUITE A TENIR POUR LE NOUVEAU-NE :

Prise en compte de la date et de l'heure de naissance,
Evaluation du nouveau-né (respiration, tonus),
Séchage et lutte contre l'hypothermie,
Le cordon sera clampé, puis coupé 1 minute après la naissance.
Surveillance.

Si respiration efficace et bon tonus musculaire :

- Le positionner sur le ventre de sa mère, peau contre peau, en position latérale, visage bien dégagé
- L'essuyer et le sécher afin de lutter contre l'hypothermie,
- Mesure des paramètres vitaux (transmis lors du contact médical pour bilan complémentaire).

Si respiration non efficace :

- Procéder à une aspiration douce de la bouche puis des narines,
(aspiration réglée au minimum)
- Si absence d'amélioration :
mise en place du protocole « détresse respiratoire du nouveau-né »
- Contact médical d'urgence.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DETRESSE RESPIRATOIRE DU NOUVEAU-NE DANS LES PREMIERES MINUTES DE LA VIE

CRITERES D'INCLUSION :

Geignement et signes de lutte (score de SILVERMAN)
Une respiration non efficace (FC < 100, pauses respiratoires, apnée).

CONDUITE A TENIR :

Prise en compte du terme, de la date et de l'heure de la naissance,
Préciser l'aspect du liquide amniotique,
Evaluation du nouveau-né (respiration, tonus),
Séchage et lutte contre l'hypothermie,
Préparer l'aspirateur de mucosité avec sonde d'aspiration (calibre 6 ou 8),

1- SI RESPIRATION EFFICACE

→ appliquer les soins au nouveau-né

2- SI RESPIRATION NON EFFICACE

Rythme respiratoire élevé (le plus souvent > 40/min, gravité +++ si 60/min)
Exceptionnellement bradypnée (épuisement)
Signes de lutte (battement des ailes du nez, tirage, geignement)

→ réaliser sur 30sec: 20 insufflations au BAVU pédiatrique sans O2 et sans réservoir
Contact médical d'urgence

3- SI RESPIRATION TOUJOURS NON EFFICACE

→ réaliser sur 30sec: 20 insufflations au BAVU pédiatrique sans O2 et sans réservoir
Evaluer le pouls pendant ces 30 secondes

3A: si pouls > ou = 60 battements/min:

→ réaliser sur 90sec: 60 insufflations au BAVU pédiatrique sans O2 et sans réservoir
Puis réévaluer le pouls sur 10 secondes

3B: si pouls < 60 battements/min:

→ réaliser sur 90sec: RCP en 3/1 à la fréquence de 120/min au BAVU pédiatrique avec O2 au débit de 3L/min
Puis réévaluer le pouls sur 10 secondes

4- SI RESPIRATION TOUJOURS NON EFFICACE

→ reprendre au paragraphe 3A ou 3B selon la fréquence cardiaque

Au cours de la prise en charge:

Si la respiration devient efficace → appliquer les soins au nouveau-né

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

CRISE CONVULSIVE DE L'ADULTE (> ou = 15ans), PERSISTANTE OU ITERATIVE

CRITERES D'INCLUSION :

La présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5 min

La présence de troubles de conscience

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%

Mesure de la glycémie capillaire

En cas d'HYPOGLYCEMIE :

→ Appliquer le protocole « HYPOGLYCEMIE DE L'ADULTE »

Prise de la température

En cas d'HYPERTHERMIE dans un contexte d'effort :

→ Appliquer le protocole « COUP DE CHALEUR »

En cas de crise convulsive d'une durée supérieure ou égale à 5min ou en cas de succession de 3 crises convulsives sans retour à la conscience :

- Mise en place d'une voie veineuse périphérique,

Pendant les convulsions :

- Administration de **DIAZEPAM** 10mg ou de **CLONAZEPAM** 1mg par voie intraveineuse

Contact médical

Rechercher : Antécédents d'épilepsie (date de la dernière crise, traitements, hospitalisation, suivi,...)
Une intoxication (médicamenteuse, éthylique, gaz, fumées, stupéfiants, CO)
Un traumatisme,
Une perte d'urine et/ou morsure de langue,
nombre de convulsions, durée, intermittence.
Asymétrie pupillaire.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

CRISE CONVULSIVE DE L'ENFANT (< 15ans), PERSISTANTE OU ITERATIVE

CRITERES D'INCLUSION :

La présence de crises convulsives généralisées d'une durée supérieure ou égale à 5min
La présence de troubles de conscience

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%

Mesure de la glycémie capillaire.

En cas d'HYPOGLYCEMIE :

→ Contact médical d'urgence

Mesure de la température.

En cas de FIEVRE > 38°5 :

→ Déshabiller l'enfant pour le refroidir

Hors convulsions :

Administration de **PARACETAMOL** 15mg/kg per os ou intra rectal.

En cas de crise convulsive d'une durée supérieure ou égale à 5min ou en cas de succession de 3 crises convulsives sans retour à la conscience, le groupe de travail préconise :

Administration de **DIAZEPAM** (maximum 10mg) :

0.5mg/kg par voie intra rectale

ou

0.2mg/kg par voie intraveineuse

Contact médical

Rechercher : Antécédents d'épilepsie (date dernière crise, traitements, hospitalisation, suivi,...)
Une intoxication (médicamenteuse, éthylique, stupéfiants, gaz, fumées, CO).
Un traumatisme,
Une asymétrie pupillaire.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

HYPOGLYCEMIE **HYPOGLYCEMIE DE L'ADULTE (> ou = 15ans)**

CRITERES D'INCLUSION :

Glycémie capillaire inférieure à 0,6 g/L (3.3 mmol/l).

CONDUITE A TENIR :

Victime consciente : Resucrage per os

Victime inconsciente : Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%
Mise en place d'une voie veineuse périphérique
Resucrage par voie intraveineuse à l'aide d'une **SOLUTION GLUCOSEE**
- Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible
ECG recommandé après normalisation de la glycémie

Recherche des antécédents médicaux de la victime dont un diabète et son traitement
Contact médical

Vérification de la glycémie capillaire après 10min

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DESHYDRATATION

CRITERES D'INCLUSION = PRESENCE D'AU MOINS 2 SIGNES DE GRAVITE :

- Soif intense,
- Bouche et langue sèche,
- Pli cutané,
- Céphalées, désorientation, vertiges,
- Modification du comportement (fatigue anormale, irritabilité anormale...),
- Troubles de la conscience (confusion, agitation, convulsions, obnubilation, coma),
- Défaillance cardio-circulatoire aiguë (polypnée > 30, FC > 120 ou < 60, PAS < 90 mm Hg, signes de choc)
- ET chez l'enfant de moins de 6 mois : perte de poids, dépression de la fontanelle.

SURVENANT DANS UN CONTEXTE EVOCATEUR:

- Ambiance thermique chaude
- Absence d'hydratation adaptée ou trouble de l'alimentation

CONDUITE A TENIR :

- Oxygénothérapie pour un objectif de SpO2 > 94%,
- Mesure des paramètres vitaux,
- Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible,
- Mise en place d'une voie veineuse périphérique,
- Réhydratation IV avec NaCl 0,9% à 20ml/kg sur 1 heure,
- Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE DE L'ADULTE (> ou = 15ans) ASTHMATIQUE CONNU

CRITERES D'EXCLUSION :

Toute autre dyspnée
Détrresse respiratoire aiguë chez le NON-ASTHMATIQUE.

SIGNES DE GRAVITE :

- Agitation et/ou troubles de conscience, sueurs, cyanose
- Difficulté à parler (voire incapacité) et/ou à tousser
- Signes de lutte : Tirage, frein expiratoire
- Fréquence ventilatoire > 30 ou < 10 /min
- Saturation en oxygène en air ambiant < 95 %
- Résistance au traitement, une crise ressentie comme inhabituelle par le patient
- Antécédent d'asthme aigu grave, hospitalisation(s) en réanimation,
- Mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) indique un résultat < 150 L/min (moyenne de 2 à 3 mesures successives)

Ne pas mesurer de DEP si détresse respiratoire expiratoire majeure.

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,
Mesure des paramètres vitaux,
Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible
Nébulisation sous O₂ de 6 à 9 l/min :

IPRATROPIUM adulte 1 dose : 0.5mg/2ml

TERBUTALINE 1 dose : 5 mg/2ml

A renouveler si nécessaire

Pendant la première nébulisation :

Mise en place d'une voie veineuse périphérique,
METHYLPREDNISOLONE 1 à 2 mg/kg en IVD lente,
Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE DE L'ENFANT (> ou = 1an et < 15ans) ASTHMATIQUE CONNU

CRITERES D'EXCLUSION :

Toute autre dyspnée
Détréresse respiratoire aiguë chez le NON-ASTHMATIQUE.

SIGNES DE GRAVILTE :

- Agitation et/ou troubles de conscience, sueurs, cyanose
- Difficulté à parler (voire incapacité) et/ou à tousser
- Signes de lutte : Tirage, frein expiratoire
- Fréquence ventilatoire > 30 ou < 10 /min
- Saturation en oxygène en air ambiant < 94%
- Résistance au traitement, une crise ressentie comme inhabituelle par le patient
- Antécédent d'asthme aigu grave, hospitalisation(s) en réanimation,
- Mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) indique un résultat < 150L/min (moyenne de 2 à 3 mesures successives).

Ne pas mesurer de DEP si détresse respiratoire expiratoire majeure.

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,
Mesure des paramètres vitaux,
Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque dès que possible,
Nébulisation sous O₂ de 6 L/min :

Poids < 25kg : **IPRATROPIUM** enfant 1 dose : 0.25mg/2mL.
TERBUTALINE ½ dose : 2,5 mg/1mL.
NaCl 0,9% : 3mL

Poids ≥ 25kg : **IPRATROPIUM** adulte 1 dose : 0.5mg/2mL.
TERBUTALINE 1 dose : 5 mg/2mL.

A renouveler si nécessaire

Pendant la première nébulisation :

Mise en place d'une voie veineuse périphérique,
METHYLPREDNISOLONE 1 à 2mg/kg (120mg maxi) en IVD lente
ou

BETAMETHASONE suspension : 20 gouttes par Kg PER OS,
ou

PREDNISOLONE comprimés orodispersibles 5 ou 20mg : 2mg/kg (120mg maxi) PER OS.

Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

REACTION ALLERGIQUE GRAVE

CRITERES D'INCLUSION :

Elle comprend la survenue brutale de SIGNE(S) CUTANE(S) :

- Eruption cutanée (urticaire) +/- diffuse,
- Prurit,
- Erythème (rougeur) diffus,
- Œdème (face, lèvres, paupières, mains),

Associés à :
et/ou DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE (avec ou sans signe de gravité)
DETRESSE CARDIO-CIRCULATOIRE.

CRITERES D'EXCLUSION :

Manifestation cutanée isolée.

SIGNES DE GRAVITE :

- Agitation et/ou troubles de conscience, sueurs, cyanose,
- Difficulté à parler (voir incapacité) et/ou à tousser,
- Signes de lutte : Tirage, frein expiratoire,
- Fréquence ventilatoire > 30 ou < 10 /min,
- Saturation en oxygène en air ambiant < 94%,
- Modification de la voix,
- Pression artérielle systolique < 90mm Hg,
- Tachycardie > 120/min.

CONDUITE A TENIR :

Eviction de l'agent causal (allergène) si possible,
Oxygénothérapie pour un objectif de SpO2 > 94%
Mesure des paramètres vitaux,
Monitoring cardiaque à **privilégier**.

ADRENALINE en IM à la face antérolatérale de la cuisse à la posologie suivante:

Chez l'enfant: 0,05mg pour un poids < 10kg
0,15mg pour un poids entre 10 et 20kg
0,20mg pour un poids entre 20 et 35kg
Chez l'adulte: 0,30 mg

Contact médical d'urgence.

En cas de détresse respiratoire aiguë :

→ appliquer le protocole « DETRESSE RESPIRATOIRE AIGUE... »

En cas de détresse circulatoire aiguë :

→ appliquer le protocole « HEMORRAGIE GRAVE »

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

COUP DE CHALEUR D'EXERCICE DE L'ADULTE (> ou = 15 ans)

CRITERES D'INCLUSION :

Survenue d'un malaise dans un contexte d'effort intense et/ou prolongé associant :

- Trouble de la conscience,
- Température corporelle supérieure ou égale à 39°C.

CRITERES D'EXCLUSION :

Tout malaise sans notion d'activité physique.

PRECISER :

Le bilan neurologique : niveau de conscience, notion de crise convulsive...
La recherche de signe de déshydratation : cutanés (pli, rougeur), aspect des muqueuses, soif...
Le bilan circulatoire : niveau de pression artérielle (souvent bas) et fréquence cardiaque.

CONDUITE A TENIR :

Mise au repos absolu : décubitus dorsal ou ½ assis à défaut,

Mesure de la glycémie capillaire :

En cas d'HYPOGLYCEMIE :

→ Appliquer le protocole « HYPOGLYCEMIE DE L'ADULTE »

En cas de CONVULSIONS :

→ Appliquer le protocole « CRISE CONVULSIVE DE L'ADULTE »

Prise de la température si pas déjà effectuée,

Refroidissement rapide par déshabillage, aspersion d'eau voire vessies de glace à la racine des membres,

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,

Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque avec ECG dès que possible,

Mise en place d'au moins une voie veineuse périphérique,

Remplissage : NaCl 0.9% : 500ml/10min IV - A renouveler si nécessaire

(2L maximum pour un objectif de pression artérielle systolique > 90mm Hg)

Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE

CRITERES EVOQUANT L'INTOXICATION AU MONOXYDE DE CARBONE :

Présence d'une source potentielle de CO dans un espace clos avec ventilation absente ou défectueuse,
(moteur thermique, système de chauffage ou toute autre source de combustion)
Présence d'une ou plusieurs victimes avec des symptômes identiques (céphalées, malaise...),
Atteinte des animaux,
Déclenchement d'au moins une alarme du détecteur de monoxyde de carbone.

ASSURER LA MISE EN SECURITE SI PAS DÉJÀ EFFECTUEE :

Extraction du milieu hostile.

CONDUITE A TENIR :

OXYGENOTHERAPIE à 15 l/min (antidote du CO),

Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque avec ECG dès que possible,
Mesure de la carboxyhémoglobine (HbCO) expiratoire ou pulsatile,
Préciser le niveau de conscience des victimes,
Rechercher la présence d'une grossesse pour les femmes en âge de procréer,
En cas de TROUBLE DE CONSCIENCE :

Chez l'adulte → appliquer le protocole « TROUBLE DE CONSCIENCE DE L'ADULTE »

Chez l'enfant, contact médical

En cas d'ACR :

→ appliquer le protocole « ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE »

Contact médical.

MISE EN GARDE :

La clinique est prépondérante sur la mesure de la carboxyhémoglobine même si cette dernière est négative.
Ne pas se fier à la mesure de la SpO2 (faussée par la présence de carboxyhémoglobine).

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

INTOXICATION AUX FUMÉES D'INCENDIE

CRITERES EVOQUANT L'INTOXICATION AUX FUMÉES D'INCENDIE :

Inhalation avérée de fumées lors ou au décours d'un incendie,
A savoir : les fumées d'incendie sont composées de vapeur d'eau chaude, de suies et de nombreux produits toxiques dont le CO et les cyanures.

ASSURER LA MISE EN SECURITE SI PAS DÉJÀ EFFECTUÉE :

Extraction du milieu hostile.

CONDUITE A TENIR :

Rechercher de signes cliniques évocateurs :

- Dépôts de suies autour des orifices respiratoires de la face,
- Présence de suies dans la cavité buccale les narines et les expectorations,
- Raucité de la voix, dysphonie,
- Dyspnée, détresse respiratoire,
- Détresse circulatoire,
- Trouble de la conscience.

OXYGENOTHERAPIE à 15 l/min (antidote du CO),

Surveillance continue de la fréquence cardiaque puis monitoring cardiaque avec ECG dès que possible,
Mesure de la carboxyhémoglobine (HbCO) expiratoire ou pulsatile,
Préciser le niveau de conscience des victimes,
Rechercher la présence d'une grossesse pour les femmes en âge de procréer.

Si trouble de la conscience ou si dysfonction cardio-circulatoire (hypotA < 90mmHg ou ACR) :

- Mise en place d'une voie veineuse périphérique,
(ou dispositif intra-osseux conformément aux recommandations)
- administration d'**HYDROXOCOBALAMINE** IV à 70mg/kg en IV lente sur 10min
(antidote des agents cyanés)
- En cas d'ACR → appliquer le protocole « ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE »
et augmenter la posologie d'**HYDROXOCOBALAMINE** jusqu'à 10g

(privilégier la détention d'au moins une dotation de 10g d'hydroxocobalamine au niveau départemental)
Contact médical.

MISE EN GARDE :

La clinique est prépondérante sur la mesure de la carboxyhémoglobine même si cette dernière est négative
Ne pas se fier à la mesure de la SpO2 (faussée par la présence de carboxyhémoglobine).
La femme enceinte et les enfants (à renseigner lors du contact médical).

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

BRULURES **BRULURE(S) GRAVE(S) DE L'ADULTE (> ou = 15 ans)**

CRITERES D'INCLUSION :

- Brûlure du 2^{ème} ou 3^{ème} degré ayant une surface > 15% de la surface corporelle
- Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures.

PRECISER :

Sa profondeur,
La surface corporelle brûlée,
(TABLE DE LUND & BROWDER ou à défaut selon règle de WALLACE dite « règle des 9 »)
Définir la nature de la brûlure : thermique, chimique, électrique,
Mesurer l'HbCO selon matériel à disposition en cas d'origine thermique dans le cadre d'un incendie.

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,
Mise en place d'au moins une voie veineuse périphérique en zone non brûlée si possible,
(ou dispositif intra osseux conformément aux recommandations)
Remplissage : NaCl 0.9% : 20ml/kg sur 1 heure pendant la première heure suivant la brûlure,
Prévention de l'hypothermie (utilisation de la couverture de survie),
Recours possible à des solutions lavantes oculaires en cas de brûlure chimique,

En fonction de l'évaluation de la douleur → appliquer le protocole « DOULEUR DE L'ADULTE »,
Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

BRULURES **BRULURE(S) GRAVE(S) DE L'ENFANT (< 15 ans)**

CRITERES D'INCLUSION :

- Brûlure du 2^{ème} ou 3^{ème} degré > 15% de la surface corporelle chez l'enfant > 6ans
- Brûlure du 2^{ème} ou 3^{ème} degré > 10% de la surface corporelle chez l'enfant entre 1 et 6ans
- Brûlure du 2^{ème} ou 3^{ème} degré > 5% de la surface corporelle chez l'enfant < 1an
- Atteinte du visage et/ou des voies aériennes supérieures.

PRECISER :

Sa profondeur,
La surface corporelle brûlée,
(TABLE DE LUND & BROWDER)
Définir la nature de la brûlure : thermique, chimique, électrique,
Mesurer l'HbCO selon matériel à disposition en cas d'origine thermique dans le cadre d'un incendie.

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,
Mise en place d'au moins une voie veineuse périphérique en zone non brûlée si possible,
(ou dispositif intra osseux conformément aux recommandations)
Remplissage : NaCl 0.9% : 20ml/kg sur 1 heure pendant la première heure suivant la brûlure,
Prévention de l'hypothermie (utilisation de la couverture de survie),
Recours possible à des solutions lavantes oculaires en cas de brûlure chimique,

En fonction de l'évaluation de la douleur → appliquer le protocole « DOULEUR DE L'ENFANT »,
Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DOULEUR AIGUE **DOULEUR AIGUE DE L'ADULTE (> ou = 15ans)**

CRITERES D'INCLUSION :

Possible si douleur avec évaluation par Echelle Visuelle Analogique (EVA) \geq 3/10
Systématique si évaluation par Echelle Visuelle Analogique (EVA) \geq 6/10.
Exacerbation de douleur chronique

CRITERE D'EXCLUSION :

Douleur chronique

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie si besoin, pour un objectif de SpO₂ > 94%,

Si EVA < 3 :

- Surveillance simple

Si 3 < ou = EVA < 6 :

- Recours possible au **PARACETAMOL** 15mg/kg PER OS,
- Recours possible au **MEOPA**.

Si EVA > ou = 6 :

- Mise en place d'une voie veineuse périphérique,
- **MORPHINE** TITREE : 2mg toutes les 5 minutes (poids <60kg)
3mg toutes les 5 minutes (poids >60kg)
Recours possible à la **NALBUPHINE** en substitution de la Morphine,
- **PARACETAMOL** 15mg/kg PER OS ou IV en 15min,
- Recours possible au **MEOPA**.

Objectif EVA < 3

Au maximum 4 injections de morphine avant contact médical.

Si après injection de morphine FR < 10 **et/ou** pauses respiratoires **et/ou** troubles de la conscience :

- Stimuler
- Assistance ventilatoire / insufflateur
- **NALOXONE** 0,4mg/1ml : injecter 0,04 mg par injection (ml par ml) par 30 secondes
Jusqu'à reprise d'une ventilation et retour à conscience normale

Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

DOULEUR AIGUE **DOULEUR AIGUE DE L'ENFANT (> ou = 1an et < 15ans)**

CRITERES D'INCLUSION :

Possible si douleur avec évaluation par Echelle Visuelle Analogique (EVA) $\geq 3/10$,
Systématique si évaluation par Echelle Visuelle Analogique (EVA) $\geq 6/10$,
Hétéro-évaluation : OPS (Objective Pain Scale) ou EVENDOL chez l'enfant < 7 ans.
Exacerbation de douleur chronique

CRITERE D'EXCLUSION :

Douleur chronique

CONDUITE A TENIR :

Oxygénothérapie si besoin, pour un objectif de SpO₂ > 94%,

- Si EVA < 3, ou si OPS < 2 :

- Surveillance simple

- Si 3 < ou = EVA < 6, ou si 2 < ou = OPS < 5 :

- Recours possible au **PARACETAMOL** 15mg/kg PER OS ou intra rectal

- Recours possible au **MEOPA**

- Si EVA > ou = 6 ou si OPS > ou = 5 :

- Mise en place d'une voie veineuse périphérique

- **MORPHINE** TITREE : 50 µg/kg puis 25 µg/kg toutes les 5min

Recours possible à la **NALBUPHINE** en substitution de la Morphine,
(en intra-rectal (0,3 m/kg) avant la pose de la voie veineuse).

- **PARACETAMOL** 15mg/kg PER OS ou IV en 15min

- Recours possible au **MEOPA**

Objectif EVA < 3, ou OPS < 2

Au maximum 3 injections de morphine avant contact médical

Si après injection de morphine FR < limite pour l'âge :

20 cycles/min < 1 an

15 cycles/min de 1 à 5 ans,

10 cycles/min > 5 ans

et/ou pauses respiratoires

et/ou troubles de la conscience :

- Stimuler

- Assistance ventilatoire / insufflateur

- **NALOXONE** 0,4mg/1ml : Injecter 0,04 mg par injection (ml par ml) par 30 sec
Jusqu'à reprise d'une ventilation et retour à conscience normale

- Contact médical.

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),

- Les thérapeutiques mises en place,

- Les constantes initiales,

- La surveillance.



Protocoles Infirmiers de Soins d'Urgence

SEMSP – Version 1 – validée le 14/11/2014

HEMORRAGIE SEVERE

CRITERES D'INCLUSION :

Chez l'adulte : - PAS < 90 mmHg,
- Tachycardie > 120bpm.

Chez l'enfant : - constantes inférieures aux normales de la Pression artérielle pour l'âge
- **constantes supérieures aux normales de la Fréquence cardiaque pour l'âge**

VALEURS NORMALES CHEZ L'ENFANT		
AGE (années)	Fréquence cardiaque (bpm)	Pression artérielle (mm Hg)
0-2	< 130	> 70
3-10	< 110	> 80
11-18	< 90	> 90

CONDUITE A TENIR :

- Arrêt du processus hémorragique si possible,
- Oxygénothérapie pour un objectif de SpO₂ > 94%,
- Mise en place d'au moins une voie veineuse périphérique
(ou dispositif intra osseux conformément aux recommandations)

- Remplissage :

En cas de traumatisme crânien grave (Glasgow ≤ 8) : objectif PAS >120 mmHg ou PAM > 90mmHg

→ NaCl 0,9% : 20ml/kg en 20min. Puis adapter le débit de perfusion aux objectifs hémodynamiques

En absence de traumatisme crânien grave: objectif 80<PAS<100mmHg ou PAM à 60-70mmHg

→ NaCl 0,9% : 20ml/kg en 20min. Puis adapter le débit de perfusion aux objectifs hémodynamiques

Rechercher d'autres signes de détresse circulatoire :

- Polypnée avec FR > 20mouvements/min, sueurs, soif,
- Pâleurs, marbrures, extrémités froides, Temps de Recoloration Cutané > 2 sec,
- Obnubilation, agitation, altération de la conscience, coma

UNE FICHE INTERVENTION INFIRMIER SERA REDIGEE PAR L'ISP MENTIONNANT :

- L'intitulé du ou des protocole(s) réalisé(s),
- Les thérapeutiques mises en place,
- Les constantes initiales,
- La surveillance.

Glossaire des abréviations

ACR : arrêt cardio-respiratoire
BPM : battement par minute
C : celsius
CEE : choc électrique externe
CGCT : code général des collectivités territoriales
CO : monoxyde de carbone
CSP : code de la santé publique
DAE : défibrillateur automatisé externe
DSA : défibrillateur semi automatique
DEP : débit expiratoire de pointe
ECG : électrocardiogramme
EVA : échelle visuelle analogique
FC : fréquence cardiaque
FR : fréquence respiratoire
g : gramme
HAS : haute autorité de santé
HbCO : carboxyhémoglobine
Hg : mercure
IGA : inspection générale de l'administration
IGAS : inspection générale des affaires sociales
ISP : infirmier sapeur pompier
IV : intraveineux
IVD : intraveineux direct
IVL : intraveineux lent
Kg : kilogramme
L : litre
Min : minute
mg : milligramme
ml : millilitre
mm : millimètre
NaCl : chlorure de sodium
O2 : dioxygène
OPS : objective pain scale
PAM : pression artérielle moyenne
PAS : pression artérielle systolique
PCI : perte de connaissance initiale
RCP : réanimation cardio-pulmonaire
SA : semaine d'aménorrhée
Sec : seconde
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SIS : service incendie et de secours
SpO2 : saturation pulsée en dioxygène
SSSM : service de santé et de secours médicaux
µg : microgramme

Références bibliographiques

ARRET CARDIO-RESPIRATOIRE

- Tritsch L, Boet S, Pottecher J, Joshi GP, Diemunsch P.
Intubating laryngeal mask airway placement by non-physician healthcare providers in management out-of-hospital cardiac arrests : a case series
Resuscitation 85 (2014) : 320-325

- Morrison LJ, Deakin CD, Morley PT, Callaway CW, Kerber RE, Kronick SL, et al.
Part 8: **Advanced life support: 2010**
International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations.
Circulation. 2010 oct 19;122(16 Suppl 2): S 345-421.

- Link MS, Atkins DL, Passman RS, Halperin HR, Samson RA, White RD, et al.
Part 6: **electrical therapies: automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion, and pacing : 2010**
American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
Circulation. 2010 nov 2;122(18 Suppl 3): S706-719.

- Berg RA, Hemphill R, Abella BS, Aufderheide TP, Cave DM, Hazinski MF, et al.
Part 5: **adult basic life support: 2010**
American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
Circulation. 2010 nov 2;122(18 Suppl 3): S685-705.

- Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al.
Part 3: **ethics: 2010**
American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
Circulation. 2010 nov 2;122(18 Suppl 3): S665-675.

- O'Connor RE, Brady W, Brooks SC, Diercks D, Egan J, Ghaemmaghami C, et al.
Part 10: **acute coronary syndromes: 2010**
American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
Circulation. 2010 nov 2;122(18 Suppl 3): S787-817.

ECG & TELETRANSMISSION

- Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes, Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant. Site internet, Paris 2014 (Consulté le 1^{er} septembre 2014)

- **Sur demande du SAMU...L'ADSU83 et télétransmission d'électrocardiogramme ; TURULANCES n°56, sept 2011, p10-11**

- ERC guidelines 2010

- BRUNETTE ND, DE GENNARO L, AMODIO G et coll

Telecardiology improves quality of diagnosis and reduces delay to treatment en elderly patients with acute myocardial infarction and atypical presentation

European Journal of Cardiovascular Prevention and rehabilitation, 2010

- Henry H Ting, Harlan M Krumholz, Elizabeth H Bradley et coll

Implementation and Integration of Prehospital ECGs Into Systems of Care for Acute Coronary Syndrome : A Scientific Statement From the American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality Of Care and Outcomes Research, Emergency Cardiovascular care committee, Council on Cardiovascular Nursing, and Council on Clinical Cardiology
Circulation 2008;118; 1066-1079

MATOS LN, GONCALVES Jr L, MORAES E et coll

Are emergency cardiologic cases originating from ambulance calls different from high ER outposts ? An analysis of 64002 pre-hospital ECGs

ESC Congress 2011, Paris (29/04/2011)

TROUBLES DE LA CONSCIENCE

Zuercher M, Ummenhofer W, Baltussen A, Walder B.

The use of Glasgow Coma Scale in injury assessment: a critical review.

Brain Inj. 2009 mai;23(5):371-384.

ACCOUCHEMENT

- PE BOUET, JL CHABERNAUD, T KHOURI, F DUC, B LEBOUCHER, D RIETHMULLER, P DESCAMPS, L SENTILHES ;

Accouchement inopiné extrahospitalier,

Réanimation (2012) 21 : 715-725

- V HAMEL, C LONGO, Y PENVERNE, K LEGLOAN, F BERTHIER ;

Accouchement inopiné à terme,

Le congrès infirmiers, Infirmiers d'urgence, SFAR 2012

- BAGOU G, CABRITA B, CECCALDI PF et al.

Obstetric emergencies outside hospital. Formal guidelines 2010.

Emergency Care Committee of the French Society for Anesthesia and Resuscitation.

Ann Fr Anesth Reanim 2012;31:652---65.

- **Butori JB, Guiot O, Luperon JL, Janky E, Kadhel P.**

Assessment of imminence of unplanned out of hospital deliveries in Guadeloupe: experience of the mobile emergency and resuscitation service of Pointe-a-Pitre.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2014;43:254---62.

- E.Menthonnex.

Accouchement hors maternité. Prise en charge maternelle. Médecins. Urgences vitales.

In: 51^e congrès national d'anesthésie et de réanimation:

Elsevier Masson SAS; 2009.

Mc Lelland GE, Morgans AE, McKenna LG.

Involvement of emergency medical services at unplanned births before arrival to hospital: a structured review.

Emerg Med J 2014;31:345-50.

Verdile VP, Tutsock G, Paris PM, Kennedy RA.

Out-of-hospital deliveries: a five year experience.

Prehosp Disaster Med 1995;10:10-3.

SOINS AU NOUVEAU-NE

- Bouet P.E., Chabernaude J.L., Khouri T. et al.

Accouchement inopiné extrahospitalier.

Réanimation 2012 ; 21 : 715-25.

- Chabernaude J.L., Gilmer N., Lodé N., Boithias C., Ayachi A.

Réanimation du nouveau né en salle de naissance : qu'apportent les recommandations de 2010 ?

Archives de pédiatrie 2011 ; 18 : 604-10.

- Nelissen L.

Accouchement hors maternité : prise en charge du nouveau-né.

Congrès Urgences 2012, Paris. Chap 100 : 1-14.

- Guidelines on Basic Newborn Resuscitation.

Geneva ; 2012.

- Dienpendaele AF.

Accouchement hors maternité : prise en charge de l'enfant.

51^e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation.

Médecins. Urgences Vitales : Elsevier Masson SAS ; 2009.

- Kattwinkel J., Perlman J.M.,Aziz K. et al.

Neonatal resuscitation : 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.

Pediatrics2010 ; 126 : 1400-13.

- Perlman J.M., Wyllie J., Kattwinkel J. et al.

2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Care Science with Treatment Recommendations. Part 11. Neonatal Resuscitation.

Circulation 2010 ; 122 : S 516-38.

- HERLENIUS E, KUHN P,
Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn
Infant s: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures
Translational stroke research ; (2013) 4:236–247

- Gatti H, Castel C, Andrini P et coll.
Malaises graves et morts subites après une naissance normal à terme : à propos de 6 cas
Archives de pédiatrie ; 2004 : 432 – 435

-Janaud JC
Malaises graves en salle de naissance de nouveau-nés prématurés sains
Mt pédiatrie, Vol 14. n°4, juillet 2011, p 246-251

- Richmond S., Wyllie J.
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 ; section 7. Resuscitation of babies at birth.
Resuscitation 2010 ; 81 : 1389-99.

- Chabernaud J.L., Jourdain G., Leyronnas D.
Accouchement inopiné et limitation de soins du nouveau-né.
Congrès Urgences 2013, Paris. Chap 13 : 1-11.

- Torre S., Laudénbach V.
Réanimation du nouveau né en salle de naissance : état des connaissances en 2009.
51^e Congrès National d'Anesthésie et de Réanimation.
Médecins. Les essentiels : Elsevier Masson SAS ; 2009.

- Sanders W, Fringer R, Swor R.
Management of an extremely premature infant in the out of hospital environment.
PrehospEmerg Care 2012;16:303---7.

CONVULSIONS

- Adnet F, Coffre T.
Convulsions.Urg' de garde 2013-2014.
Arnette Ed. 2012-02-17; 46-47.

- Auvin S.
Convulsions et état de mal convulsif : prise en charge en urgence.
Urgences 2012. SFMU. Chap 11.

- Martin Gill C, Hostler D, Callaway CW, Prunty H, Roth RN.
Management of prehospital seizure patients by paramedics.
Prehosp Emerg Care 2009;13:179---84.

- Rosemergy I, Bergin P, Jones P, Walker E.
Seizure management at Auckland City Hospital Emergency Department between July and December 2009: time for a change?
Intern Med J 2012;42:1023---9.

- Shorvon S, Baulac M, Cross H, Trinka E, Walker M.
The drug treatment of status epilepticus in Europe: consensus document from a workshop at the first London Colloquium on Status Epilepticus.
Epilepsia 2008;49:1277---85.

Silbergleit R, Durkalski V, Lowenstein D, et al.
Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus.
N Engl J Med 2012;366:591---600.

- Humphries LK, Eiland LS.
Treatment of acute seizures : is intranasal midazolam available option?
J PediatrPharmacolTher 2013;18:79--87.

- Szlam S, Meredith M.
Shake, rattle,and roll: an update on pediatric seizures.
Pediatr Emerg Care 2013;29:1287---91; quiz92---4.

- Ulgey A ,Aksu R, Bicer C.
Nasal and buccal treatment of Midazolam in epileptic seizures in pediatrics.
Clin Med InsightsPediatr2012;6:51---60.

- Oluwbusi T, Sood SK.
Update on the management of simple febrile seizures: emphasis on minimal intervention.
CurrOpinPediatr 2012; 24: 259-65

- Sfaihi L, Maaloul I, Kmiha S, et al.
Febrile seizures: an epidemiological anf outcome study of 482 cases.
Childs Nerv Syst 2012; 28: 1779-84.

- Siqueira LF.
Febrile seizures: update on diagnosis and management.
Rev Assoc Med Bras 2010; 56: 489-92.

- Michael GE, O'Connor RE.
The diagnosis and management of seizures and status epilepticus in the prehospital setting.Emerg Med
Clin North Am 2011; 29:29-39.

- Anderson M.
Benzodiazepines for prolonged seizures.
Arch Dis Child Educ Prat Ed, 2010; 95:183-9.

- Lewena S, Pennington V, Acworth J, et al.
Emergency management of pediatric convulsive status epilepticus: a multicenter study of 542 patients.
Pediatr Emerg Care 2009; 25: 83-7.

- Martin-Gill C, Callaway C, et al.
Management of prehospital seizure patients by paramedics.
Prehosp Emerg Care 2009; 13: 179-84.

- Anderson M.
Buccal midazolam for pediatric convulsive seizures: efficacy, safety, and patient acceptability.
Patient Prefer Adherence 2013; 7:27-34.

- Carron P-N, Dami F, Frei O, Niquille M, Pasquier M, Valloton L, Yersin B.
Problèmes neurologiques en pédiatrie.
Médecine d'urgence préhospitalière. Med et Hyg Ed. 2013-05 ; Chap 62 : 494-501.

HAS. Buccolam® Avis, commission de transparence. 2012-07-18.

HYPOGLYCEMIE

- PELLETIER MJ, WOJTUSCISZYN A,
Hypoglycémies de l'adulte ;
Urgences pratiques, hors série 2012/2013 n°116, p7-11

- BESSEREAU J, JACQUIN L, TOESCA R, MICHELET P ;
Hypoglycémie,
Urgences 2011, chapitre 35, p 367-377

- Standards of medical Care in diabetes-----2013.
Diabetes Care 2013;36Suppl 1:S11---66.

- Beskind DL, Rhodes SM, Stolz U, et al.
When Should You Test for and Treat Hypoglycemia in Prehospital Seizure Patients?
Prehosp Emerg Care 2014.

- Istria J, Bonnel G, Gentile S, et al.

A study comparing care between nurses and doctors in the French prehospital setting: the case of hypoglycemia.
J Emerg Nurs 2013;39:384---8.

- Khunti K, Fisher H, Paul S, Iqbal M, Davies MJ, Siriwardena AN.

Severe hypoglycaemia requiring emergency medical assistance by ambulance services in the East Midlands: a retrospective study.

Prim Care Diabetes 2013;7:159---65.

- Kiefer MV, Gene Hern H, Alter HJ, Barger JB.

Dextrose 10% in the Treatment of Out of Hospital Hypoglycemia.

Prehosp Disaster Med 2014:1---5.

- Sibley T, Jacobsen R, Salomone J.

Successful administration of intranasal glucagon in the out of hospital environment.

Prehosp Emerg Care 2013;17:98---102.

DESHYDRATATION

- Société française de pédiatrie (SFP) – Gastroentérite et déshydratation. Site internet : SFP. Paris ; 2007 (consulté le 31/08/2014)

- FERRY M

La déshydratation de la personne âgée

Médecine et nutrition ; 49 (2013) n°1, 27-37

DETRESSE RESPIRATOIRE

- Global strategy for asthma management and prevention, Component 4, Manageasthma exacerbation.

Up Date 2010 ; Chapitre 4 : 69 – 97 .

-British Thoracic Society Scottish Intercollegiate Guidelines Network, British Guideline onthe Management of Asthma A national clinical guideline May 2008.

- CHARBERNAUD JL, LEBARS G

Détresse respiratoire de l'enfant

51ème congrès national d'anesthésie réanimation, Infirmier – infirmière(e) d'urgence - 2009

REACTION ALLERGIQUE

- BOULYANA M

Anaphylaxie, reconnaître et traiter précocément
Archives de pédiatrie 2013; 20 : 1252-1257

-RANCE F

Traitement du choc et bon usage de l'adrénaline
Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique 44 (2004), 336-341

-KANNY G

Allergie et hypersensibilités chez l'enfant et l'adulte
La revue de praticien, 06/2007 ; 57(10) : 1129-37

- MORISSET M

Le choc anaphylactique
La revue du praticien, vol 57; 30 juin 2007; p 13 à 17

-HELBLING A, FRICKER M, EIGENMANN P

Traitement d'urgence du choc anaphylactique
Forum Med Suisse; 2011; 11(12) : 206-212

- Prise en charge d'un choc anaphylactique. Recommandations pour la pratique clinique – SFAR – édition 2010

DYSREGULATION THERMIQUE

- Casa DJ, Armstrong LE, Kenny GP, O'Connor FG, Huggins RA.
Exertional heat stroke : New concepts regarding cause and care.
Curr Sport Med Rep 2012;11:115-23.

- Crandall CG, Gonzalez-Alonso J.
Cardiovascular function in the heat-stressed human.
Acta Physiol 2010; 199:407-23.

- David JS, Peguet O, Gueugniaud PY.
Hypothermies accidentelles.
Urgences2006 ; 54 : 639-647.

- Carpentier S, Raymond F, Arnaud A, Gaslonde O, Tartière S, Laporte A.
Caractéristiques des hypothermies chez des sans-abri à Paris en 2004.
BEH 2 janv 2007.

- Querellou E. Les hypothermies. In Savary D.
Guide pratique du secours en milieu périlleux ;
Estem 2006 : 111-21.

- Chen WT, Lin CH, Hsieh MH, Huang CY, Yeh JS.
Stress-induced cardiomyopathy caused by heat stroke.
Ann Emerg Med 2012;60:63-6.

- Jilma B, Derhaschnig U.
Disseminated intravascular coagulation in heat stroke : A hot topic.
Crit Care Med 2012;40:1370-2.

- Casa DJ, McDermott BP, Lee EC, et al.
Cold water immersion : The gold standard for exertional heatstroke treatment.
Exerc Sport Sci Rev 2007;35:141-9.

- Brosset C, Abriat A, Sagui E, Bréigéon M.
Coup de chaleur d'exercice : comment le reconnaître ?
Réanoxyo 2008 ;24 :19-20

- Rousseau JM, Libert N, Dubost C, Pelletier C, Batjom E, Bonnefoy S.
Coup de chaleur d'exercice : comment refroidir ?
Réanoxyo 2008 ;24 :21-4

- Sagui E, Abriat A, Duron S, Gazzola S, Bréigéon M, Brosset C.
Coup de chaleur d'exercice : clinique et diagnostic.
Médecine et Armées 2012 ;3 :201-206

- Site internet : www.anena.org : le médecin du secours en montagne face aux victimes d'avalanches - le 23/07/2014

- Incagnoli P, Bourgeois B, Teboul A, Laborie JM.
Resuscitation from accidental hypothermia of 22 degrees C with circulatory arrest : importance of prehospital management.
Ann Fr Anesth Reanim. 2006 ; 25(5):535-8.

- Savary D, Popov S, Vallenet C et al.
Chaîne de survie dans les arrêts cardiaques en montagne.
Urgences pratiques 2007 ; 81 : 37-41.

- Grape S, Walker S, Ravussin P
Hypothermie accidentelle
Forum Med Suisse 2012 ; 12(9) : 199-202

INTOXICATIONS MONOXYDE DE CARBONE / FUMÉES

- Hampson NB. et coll.
Practice Recommendations in the Diagnosis, Management and Prevention of Carbon Monoxide Poisoning.
Am J Respir Crit Care Med. 2012 Oct 18.

- **Diagnostiquer des intoxications oxycarbonnées (DGS 12/2008)**

- Suner S. et coll.
Non-invasive screening for carbon monoxide toxicity in the emergency department is valuable.
Ann Emerg Med. 2007 May ;49(5):718-9 ;

- Weaver LK. et coll.
Carbon Monoxide Poisoning : Risk Factors for Cognitive Sequelae and the Role of Hyperbaric Oxygen.
Am J Respir Crit Care Med. 2007 May 11

- Stoller KP.
Hyperbaric oxygen and carbon monoxide poisoning : a critical review.
Neurol Res. 2007 Mar ;29(2):146-55.

- Wiese S. et coll.
Hyperbaric oxygenation : characteristics of intensive care and emergency therapy.
Anaesthesist. 2006 Jun ;55(6):693-705.

- Henry CR. et coll.
Myocardial injury and long-term mortality following moderate to severe carbon monoxide poisoning.
JAMA. 2006 Jan 25 ;295(4):398-402.

- Safran D. et coll.
Cardiovascular manifestations of moderate to severe carbon monoxide poisoning.
J Am Coll Cardiol. 2005 May 3 ;45(9):1513-6.

- Juurlink DN. et coll.
Hyperbaric oxygen for carbon monoxide poisoning.
Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25 ;(1):CD002041

- Vinsonneau C, Augris C, Benyamina M, Lebreton F, Wassermann D.
Inhalation de fumées.
EMC (Elsevier Masson SAS, Paris, Médecine d'urgence, 25-030-C-10, 2007.

- Brusselaers N, Hoste EAJ, Monstrey S, Colpaert KE, De Waele JJ, Vandewoude KH, Blot SI.
Outcome and changes over time in survival following severe burns from 1985 to 2004.
Intensive Care Med 2005; 31 : 1648-53

- Hall AH et coll
Sodium thiosulfate or hydroxocobalamin for the empiric treatment of cyanide poisoning ?
Ann Emerg Med 2007 jun; 49(6):806-13

- FORTIN JL et coll
Prehospital administration of hydroxocobalamin for smoke inhalation-associated cyanide poisoning : 8 years of experience in the Paris Fire Brigade
Clin Toxicol (Phila). 2006;44Suppl 1:37-44

- Intoxication au monoxyde de carbone
SY DONATI, M GAINNIER, O CHIBANE-DONATI
Anesthésie-Réanimation 36-986-a-10 / 2005

BRULURES

- LE FLOCH R, ARNOULD JF, PILORGET A, NAUX E,
Prise en charge initiale du patient brûlé
Congrès national d'anesthésie réanimation 2008. Les essentiels, p507-537

ANTALGIE

- HERTGEN P, FUILLA C, WEBER M, PAQUIN S, RAMU JC, PETIT JL, ALBARELLO S.
Analgésie, sédation et anesthésie préhospitalières
Principes et protocoles
2^{ème} édition, Rueil-Malmaison : Arnette 2006

- ANAES / Service des Recommandations et Références Professionnelles / Février 1999
Conseils d'utilisation de l'échelle visuelle analogique

- VIVIEN B, ADNET F et Coll
Recommandations Formalisées d'Experts 2010 : Sédation et Analgésie en Structure d'Urgence
(Réactualisation de la Conférence d'Experts de la SFAR de 1999)

- BROADMAN LM, RICE LJ, HANNALLAH RS
Testing the validity of an objective pain scale for infants and children
Anesthesiology 1988, 69 : A 770

HEMORRAGIE SEVERE

- HARROIS A, DURANTEAU J,
Remplissage et vasopresseurs dans le choc hémorragique traumatique,
Congrès national d'anesthésie et de réanimation 2008. Urgences vitales, p. 631-637.

- Reinhart K, Perner A, Sprung CL, Jaeschke R, Schortgen F, Johan, Groeneveld AB, Beale R, Hartog CS,
Consensus statement of the ESICM task force on colloid volume therapy in critically ill patients.
Intensive Care Med. 2012 Mar; 38(3) : 368-83.

- Jerry P and al
European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010

- BOULAIN Th,
Consensus du groupe de travail de l'ESICM sur le remplissage vasculaire par solution colloïdes en réanimation
SRLF, Référentiel-actu du 15/11/2012, mis à jour le 27/08/2013

- Rasmussen G et coll
Signes cliniques d'hémorragie en fonction de la perte sanguine chez l'enfant
Int Anesthesiol Clin 1994 ; 32 : 79-101

CADRE JURIDIQUE

- CSP : Articles R4311-1 à R4311-14 : Ceux –ci règlementent la profession d’infirmier.

Le R4311-14 précise qu’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.

- CGCT : Chapitre IV (SIS) et notamment la sous-section 4 (SSSM), articles R1424 et suivants (intégrant la loi de 1996 et le décret de 1997 sur l’organisation des SDIS)

- Loi n°2004-811 du 13 août 2004 de modernisation de la sécurité civile.

- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades en fin de vie.

- Arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel commun portant sur l’organisation du secours à personne et de l’aide médicale urgente.

- Décret 2013-412 du 17 mai 2013 relatif aux sapeurs pompiers volontaires

- Rapport IGA / IGAS de juin 2014 concernant « Evaluation de l’application du référentiel d’organisation du secours à personne et de l’aide médicale urgente ».

- Fiche méthodologique HAS : Elaboration de recommandations de bonnes pratiques
Méthode recommandations par consensus formalisé / Règles de cotation et d’analyse des réponses
Décembre 2010

- Fiche méthodologique HAS – Recommandations de bonne pratique :
Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale
Février 2009

Méthodologie

Ce travail étant un référentiel, il n'a pas été établi de note de cadrage.

Le comité de pilotage :

Composé de deux médecins membres de la SEMSP, il est chargé de valider les différentes étapes et documents de ce projet.

Il est responsable de la constitution des groupes et garant du respect de la méthodologie suivie.

Première étape :

Sur les bases des recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des infirmiers sapeurs pompiers de 2010, il a été établi une liste de 26 protocoles infirmiers en soins d'urgence à rédiger :

- Arrêt cardio-respiratoire de l'adulte,
- Arrêt cardio-respiratoire de l'enfant,
- Douleur thoracique non traumatique de l'adulte,
- Inconscient qui respire,
- Accouchement,
- Soins au nouveau-né,
- Détresse respiratoire du nouveau-né,
- Hypoglycémie de l'adulte,
- Crise convulsive de l'adulte,
- Crise convulsive de l'enfant,
- Déshydratation,
- Réaction allergique grave de l'adulte,
- Réaction allergique grave de l'enfant,
- Détresse respiratoire expiratoire aigüe chez l'asthmatique connu de l'adulte,
- Détresse respiratoire expiratoire aigüe chez l'asthmatique connu de l'enfant,
- Noyade,
- Hypothermie,
- Intoxication au monoxyde de carbone,
- Intoxication aux fumées d'incendie,
- Coup de chaleur d'exercice de l'adulte,
- Antalgie de l'adulte,
- Antalgie de l'enfant,
- Hémorragie sévère de l'adulte,
- Hémorragie sévère de l'enfant,
- Brûlure grave de l'adulte,
- Brûlure grave de l'enfant.

Ces 26 protocoles ont été répartis auprès de 25 membres de la SEMSP composant les 5 groupes de travail. Parmi ces 25 membres, 24 appartiennent aux services de santé et de secours médicaux (un membre étant une sage femme ne faisant pas parti du milieu sapeur pompier).

La composition de ces 25 membres est la suivante : 11 médecins, 13 infirmiers et 1 sage femme.

Chaque groupe de travail s'est vu désigner un animateur et un rapporteur. L'ensemble de cette collaboration s'est effectuée par voie dématérialisée.

La consigne étant que le protocole réalisé quelle que soit la forme rédactionnelle choisie par le groupe puisse être transcrit de manière rédactionnelle ou de type logigramme.

Ces groupes de travail ont eu pour base bibliographique de départ :

- Les recommandations pour la rédaction et la mise en œuvre de protocoles de soins à destination des ISP de 2010
- Les recommandations formulées d'experts 2012
- Les protocoles infirmiers en soins d'urgence des départements :
01 / 18 / 33 / 45 / 59 / 60 et 69 en vigueur en février 2014.
- Algorithme pour les professionnels du sauvetage pré-hospitalier de la SWISS MEDICAL RESCUE COMMISSION,
version 2.0
- Manuel fédéral des ordres permanents PIT / CHR NAMUR / octobre 2010
- Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramedics du Québec 2013
- Algorithme CORFA (Commission romande de formation ambulancière) 2013
- Québec : Urgences préhospitalières – un système à mettre en place – rapport 2000

Le travail ainsi fourni a été relu et mis en forme par les membres du comité de pilotage avant présentation au comité scientifique.

Deuxième étape : Le comité scientifique

Celui-ci est composé de 14 membres :

- 10 médecins (un membre de la DSCGC, un pédiatre, un cardiologue, deux médecins chefs de sapeurs pompiers, un médecin urgentiste, 4 anesthésistes réanimateurs),
- 2 pharmaciens sapeurs pompiers (Un pharmacien chef, un pharmacien gérant),
- 2 infirmiers chefs sapeurs pompiers.

Tous ont travaillé par voie dématérialisée.

L'ensemble de leur travail a ensuite été colligé par le comité de pilotage avant la tenue d'une réunion unique permettant la synthèse finale du référentiel.

Cette synthèse finale tenant compte des recommandations scientifiques en vigueur a permis de ramener laquelle le nombre de PISU à 20 :

- Arrêt cardio-respiratoire de l'adulte (≥ 1 an),
Fusion des protocoles enfant et adulte,
Prise en compte au sein de ce protocole de la notion d'hypothermie.
- Douleur thoracique non traumatique de l'adulte,
- Troubles de la conscience de l'adulte,
Intitulé préféré à « inconscient qui respire ».

Accouchement et soins au nouveau-né,

Fusion des deux protocoles initiaux.

- Détresse respiratoire du nouveau-né,
- Crise convulsive de l'adulte persistante ou itérative,
Modification du titre.
- Crise convulsive l'enfant persistante ou itérative,
Modification du titre.
- Hypoglycémie de l'adulte,
- Déshydratation,
- Détresse respiratoire aigue de l'adulte asthmatique,
Modification du titre.
- Détresse respiratoire aigue de l'enfant asthmatique,
Modification du titre.
- Réaction allergique grave,
Fusion des protocoles adulte et enfant.
- Coup de chaleur d'exercice de l'adulte,
- Intoxication au monoxyde de carbone,
- Intoxication aux fumées d'incendie,
- Brûlures / Brûlure(s) grave(s) de l'adulte
- Brûlures / Brûlure(s) grave(s) de l'enfant,
- Douleur de l'adulte,
- Douleur de l'enfant,
- Hémorragie sévère,
Fusion des protocoles adulte et enfant.

Le comité scientifique a préféré différer l'élaboration du protocole « noyade », celui-ci étant essentiellement basé sur du secourisme ou sur des protocoles déjà existants.

Troisième étape : validation de la forme.

L'objectif est de proposer la forme permettant la meilleure intégration possible de cette base commune nationale dans l'écriture départementale des PISU.

Celle-ci a été faite par un groupe de 10 médecins chefs de service de santé et de secours médicaux sur un total de 13 médecins chefs contactés (10 accords, 1 absent et 2 non réponses).

Les dix médecins chefs inclus ne devaient pas avoir participé directement ou par le biais de leur personnel infirmier aux étapes précédentes.

La méthode proposée est une méthode comparative avec l'existant au sein de leurs départements respectifs, quel que soit leur niveau d'élaboration

La réponse attendue était le niveau de facilité d'intégration de cette base commune dans leurs futurs PISU.

Cette validation s'est effectuée selon la méthode « recommandations par consensus formalisé ». (avec l'aide de la fiche méthodologique ELABORATION DE RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE de la haute autorité de santé : Méthodes recommandations par consensus formalisé, Règles de cotation et d'analyse des réponses, Décembre 2010.)

Chaque PISU a été considéré comme une proposition.

Au décours du premier tour de cotation, la totalité des médianes obtenues était supérieure ou égale à 7. Chaque proposition pouvait donc être considérée comme appropriée.

Cependant, l'absence de consensus entre les notes des cotateurs (notations discordantes) a rendu certaines propositions incertaines et nous ont amené à effectuer un deuxième tour de cotation.

N'ont pas été concerné par ce deuxième tour de cotation les propositions (PISU) :

Brûlures / brûlure(s) grave(s) de l'adulte,
Brûlures / brûlure(s) grave(s) de l'enfant,
Hémorragie sévère.

Au décours du deuxième tour de cotation, chaque proposition est appropriée, avec un accord fort.

Les dix départements (médecins chefs) concernés par cette étapes sont :
02 / 12 / 18 / 27 / 28 / 34 / 44 / 51 / 76 et 77

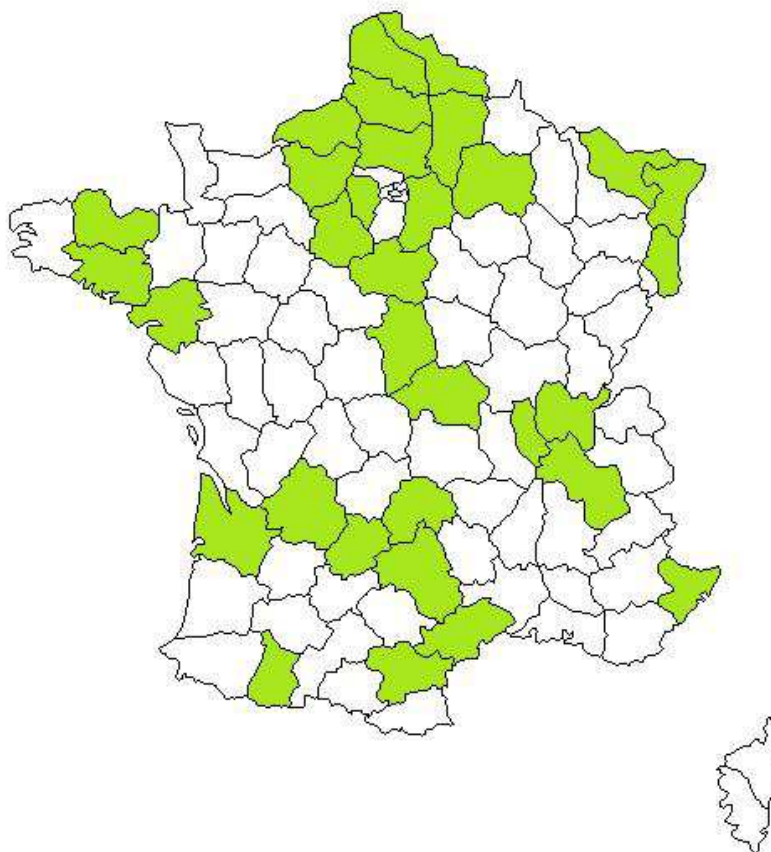
Voici leurs notations respectives pour le premier tour :

											Médiane
ACR	2	8	6	8	9	8	8	9	3	9	8
Douleur thoracique	4	9	1	9	8	8	9	9	7	9	8,5
Trouble de conscience	7	8	1	9	9	9	4	9	4	9	8,5
Accouchement Soins nouveau-né	4	8	8	9	9	9	8	9	6	9	8,5
Détresse respiratoire nouveau-né	5	9	8	9	9	9	6	1	4	8	8
Crise convulsive adulte	8	7	8	9	8	8	8	9	5	9	8
Crise convulsive enfant	8	7	8	9	8	8	8	9	5	9	8
Hypoglycémie. adulte	2	7	8	9	7	9	8	9	3	7	7,5
Déshydratation	4	8	1	8	9	9	1	1	7	9	7,5
Détresse respiratoire asthmatique adulte	4	8	7	9	8	8	9	9	8	9	8
Détresse respiratoire asthmatique adulte	4	8	7	9	9	8	9	9	8	9	8,5
Réaction allergique	4	9	8	9	9	9	8	9	8	7	8,5
Coup de chaleur	4	9	8	9	9	8	7	9	7	9	8,5
Intoxication CO	4	8	1	9	8	9	8	1	7	9	8
Intoxication fumées	2	7	1	9	8	8	8	9	7	9	8
Brûlures adulte	9	9	9	9	8	9	8	9	8	8	8,5
Brûlures enfant	9	8	8	8	9	9	8	9	8	9	8
Douleur adulte	5	9	8	8	9	9	6	9	8	9	8,5
Douleur enfant	9	9	8	7	9	9	6	9	8	9	8,5
Hémorragie	9	9	7	7	9	9	7	9	8	9	9

Voici leurs notations respectives pour le deuxième tour :

											Médiane
ACR	9	9	7	8	9	9	9	9	7	9	9
Douleur thoracique	9	9	9	9	9	9	9	9	7	9	9
Trouble de conscience	8	8	9	9	9	9	9	9	7	9	9
Accouchement Soins nouveau-né	9	8	8	9	9	9	9	9	7	9	9
Détresse respiratoire nouveau-né	8	9	8	9	9	9	9	5	7	9	9
Crise convulsive adulte	8	8	8	9	8	9	9	9	7	9	8,5
Crise convulsive enfant	8	8	8	9	8	9	9	9	5	9	8,5
Hypoglycémie adulte	9	8	8	8	8	9	8	9	7	7	8
Déshydratation	9	8	8	9	9	9	9	7	8	9	8,5
Détresse respiratoire asthmatique adulte	9	8	7	9	8	9	9	9	8	9	9
Détresse respiratoire asthmatique adulte	9	8	7	9	9	9	9	9	8	9	9
Réaction allergique	9	9	8	9	9	9	9	9	8	8	9
Coup de chaleur	9	9	8	9	9	9	9	9	7	9	9
Intoxication CO	9	8	8	9	9	9	9	9	8	9	9
Intoxication fumées	9	8	8	9	9	9	9	9	8	9	9
Douleur adulte	9	9	8	8	9	9	8	9	8	9	9
Douleur enfant	9	9	8	8	9	9	8	9	8	9	9

Le total des départements sollicités dans ce projet s'élève à 32.



Etape collatérale : Déclaration de conflit(s) d'intérêt(s)

Chaque participant au projet s'est vu adresser un fiche de déclaration de conflit(s) d'intérêt(s).

Ainsi, sur les 52 membres participants à ce travail, 49 ont déclarés ne pas avoir de conflit d'intérêt, et 3 n'ont pas déclaré de conflit d'intérêt.

Les fiches types envoyées aux membres participants figurent ci-après.



Déclaration de conflit d'intérêt des participants au « Référentiel Protocoles Infirmiers en Soins d'Urgence 2014 »

Mon cher confrère,

Vous avez été sollicité par la SEMSP pour participer au projet :
« référentiel protocoles infirmiers en soins d'urgence 2014 »

Vous savez que des intérêts autres que ceux des patients ou des sapeurs pompiers peuvent parfois altérer les actions des professionnels de santé dans le cadre de leurs activités de soins, de formation ou de recherche : les plus fréquents sont des liens financiers avec des firmes, mais d'autres conflits d'intérêts sont possibles (relations personnelles, options philosophiques...)

Un conflit d'intérêt existe donc lorsque le jugement, les décisions ou les interventions d'un professionnel sur un sujet d'intérêt principal risquent d'être modifiés par un intérêt secondaire.

La déclaration de conflits d'intérêts qui vous est demandée a donc pour but de clarifier et d'exposer ces liens qui pourraient influencer d'une façon ou d'une autre votre participation

Il s'agit donc d'un outil de transparence qui participe directement à la qualité de l'information délivrée. Il ne peut constituer en aucune façon une forme de discrimination ou de stigmatisation des membres participants à ce projet. C'est la raison pour laquelle cette déclaration n'est pas obligatoire, et se fait sur l'honneur.

Il est établi un exemplaire par participant au projet.
Chaque exemplaire doit être complété manuellement puis transmis par voie dématérialisée à l'organisateur qui le conservera.

En vous remerciant par avance à l'attention que vous aurez pour cette démarche.

Déclaration sur l'honneur de :

NOM :

PRENOM :

Avez-vous dans les 3 dernières années, reçu pour vous ou pour une association que vous animez, une rémunération quelle qu'elle soit (salaire, honoraire, rémunération boursière...), ou un avantage financier ou en nature (cadeau, frais de déplacements, frais de congrès, matériel médical ou informatique...) ou détenez vous des participations financières (action, obligations...) de la part d'un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de votre participation à ce projet ?

OUI

NON

Ne souhaite pas répondre

Si oui : Nous vous invitons à déclarer sur la feuille jointe les éléments qui vous amènent à répondre positivement. Cette déclaration sera annexée au projet.

Si non : Il sera mentionné « *absence de conflits d'intérêts déclarés* »

En cas de non réponse ou si vous ne souhaitez pas répondre, il sera mentionné « *pas de déclaration de conflits d'intérêts* »

Date et signature :



CONFLIT(S) D'INTERET(S) DECLARE(S)

Par :

NOM : PRENOM :

En tant que participant au projet :
« référentiel protocoles infirmiers en soins d'urgence 2014 »

.....

.....

.....

.....

Fait à :

Le :

Signature :