## RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

# L'INFIRMIER (ERE) DIPLOME(E) D'ETAT SEUL DEVANT UNE SITUATION DE DETRESSE MEDICALE

**Société Française de Médecine d'Urgence**

**Décembre 2011**

# INTRODUCTION

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), prend l'initiative de l'élaboration de recommandations de bonne pratique concernant « l'IDE seul devant une situation de détresse médicale ». Une situation de détresse médicale s'entend comme une situation inopinée où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, pouvant bénéficier de soins d'urgences immédiats.

## LE CONTEXTE

Un IDE peut, dans l'exercice de sa profession, être confronté à une situation inopinée de détresse médicale. Hors présence médicale, il pourrait être amené à effectuer des gestes spécifiques afin de préserver la vie et/ou la fonction En France, il est possible d'être mis en contact par téléphone avec un médecin urgentiste24 h/24 par le biais de la régulation médicale du Samu.

L'intervention des infirmiers en dehors de la présence médicale est actuellement encadrée par le code de santé publique (1).

## LA PROBLÉMATIQUE

Dans de nombreuses situations, l'IDE peut être seul confronté à une situation de détresse médicale au sens de situations inopinées où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, où le patient peut bénéficier de soins d'urgences immédiats dans l'attente de l'intervention d'une équipe SMUR. Il n'y a pas actuellement de référentiel professionnel pour déterminer les conduites à tenir en fonction des principales situations d'urgences et il existe une grande hétérogénéité des protocoles locaux mis en place. Dans la plupart des situations de détresse médicale, il y a très peu d'études à niveau de preuve élevé. Ceci explique la diversité et l'hétérogénéité des protocoles proposés localement. Ces situations concernent les IDE de plusieurs institutions, IDE effectuant des transports infirmiers interhospitaliers, IDE des établissement d'hébergements des personnes âgées dépendantes (EHPAD), IDE en milieu scolaire, IDE chez les Sapeurs pompiers, IDE du travail, IDE militaires, etc...

Il paraît important d'élaborer des recommandations précisant la conduite à tenir d'un IDE se trouvant en face d'une situation de détresse médicale sans possibilité d'avoir immédiatement recours à un médecin. Ces recommandations doivent tenir compte de l'organisation des secours à personne et de l'aide médicale urgente telle qu'elle existe en France (2)

La définition des situations cliniques pour lesquelles de tels recommandations ont été envisagés, a été établie pour correspondre aux situations d'urgences les plus fréquentes et où une prise en charge immédiate permet d'envisager un bénéfice clinique pour le patient. Ces situations ont été définies dans une liste indicative de protocoles de soins d'urgence éligibles aux infirmiers des sapeurs pompiers habilités (3). Cette liste a été retenue car elle est représentative des situations de détresse médicale les plus fréquentes (situations inopinées où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, pouvant bénéficier de soins d'urgences immédiats dans l'attente de l'intervention d'une équipe SMUR)

Ces propositions ont été développées selon une méthode explicite pour aider le professionnel de santé à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Le comité d'organisation a proposé de répondre pour chaque situation envisagée à la question suivante : à partir des situations cliniques retenues, quels gestes et soins spécifiques (actes et gestes infirmiers) peut-il effectuer, dans quelles conditions et sous quel contrôle ?

## BASE DOCUMENTAIRE DISPONIBLE

Une première recherche documentaire a consisté en une consultation des bases de données Medline et Pascal, ainsi que des bases et des sites Internet spécialisés en médecine d'urgence sur les recommandations concernant les situations retenues et notamment les soins pouvant relever des IDE. Il est prévu d'avoir des données dispersées et difficilement synthétisables. Une recherche documentaire a porté également sur les protocoles locaux déjà établis et les travaux réalisés sur la coopération entre professionnels de santé

## MODALITÉS DE RÉALISATION

*MÉTHODE DE TRAVAIL*

Ce travail a été mené par la SFMU. Le comité d'organisation présidé par un IADE et a été constitué par la SFMU (annexe 1. a.). Ce travail a associé des experts (annexe 1. b.) impliqués par la prise en charge de malades en situation de détresse vitale, notamment des membres de la Société Française de Médecine d'Urgence, de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation, du Collège d'Anesthésie-Réanimation-Urgences-Militaire et du Collège Français de Réanimation Cardio-respiratoire.
Les propositions de rédaction des recommandations ont été élaborées puis cotées selon les règles de cotation et d'analyse des réponses selon la méthode des recommandations par consensus formalisé de l'HAS (4). Chaque recommandation a été soumise à une méthode formalisée de cotations à plusieurs tours par les experts du groupe de cotation selon la technique DELPHI modifiée RAND/UCLA. Chaque expert cote la recommandation entre 1 (« pas du tout d'accord ») et 9 (« complètement d'accord »). Après élimination sur l'ensemble des évaluations de la valeur extrême inférieure si la médiane est supérieure à 5 et de la valeur extrême supérieure si la médiane est inférieure à 5, il est procédé à un classement de la proposition en fonction de la médiane et de la répartition des cotations (tableau 1).
La très grande majorité des recommandations a donné lieu à un « accord fort approprié » après deux tours de cotation. Aucune recommandation n'a donné lieu à un désaccord entre les experts.

*ACTUALISATION DES RECOMMANDATIONS*

Ces recommandations devront être actualisées en fonction des résultats des expérimentations en cours et de l'évolution du contexte réglementaire, sans qu'il soit possible de prévoir une date pour leur actualisation.

# RECOMMANDATIONS: INFIRMIER HORS PRESENCE MEDICALE

## 1. Recommandations : accouchement, l'enfant est né

### 1.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'accouchement : enfant né.

- ANAMNESE :

Rechercher l'heure de l'accouchement.
Rechercher la date du terme de l'accouchement
Rechercher la notion d'un suivi régulier de la grossesse.
Noter la couleur du liquide amniotique.

- PARAMETRES VITAUX :

En premier chez le nouveau-né : score d'Apgar à la naissance, fréquence respiratoire, SpO2, température corporelle.
Puis chez la mère : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, Saturation périphérique en oxygène ($SpO_2$), état de conscience.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Nouveau-né : état de mort apparente, détresse respiratoire, malformations.
Mère : hémorragie génitale, hyperthermie (>37,8 °C).

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU

Age gestationnel (carnet de maternité), poids de naissance estimé, durée ouverture poche des eaux, couleur du liquide amniotique (clair ou méconial).

### 1.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

1. Il faut poser le nouveau-né en décubitus latéral sur le ventre de la mère (contact peau à peau), le sécher sans le frotter. [Accord fort approprié]
2. Il ne faut pas mobiliser l'enfant tant que le cordon n'est pas clampé. [Accord fort approprié]
3. Il est recommandé de clamper stérilement le cordon ombilical à 10 cm au moins de l'ombilic. [Accord fort approprié]
4. Il faut limiter la déperdition thermique du nouveau-né (essuyage doux, bonnet, sac en polyéthylène, peau à peau avec la mère, couverture). [Accord fort approprié]
5. Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique chez la mère avec un soluté cristalloïde. [Accord fort approprié]
6. Il ne faut pas désobstruer les voies aériennes d'un nouveau-né qui va bien. [Accord fort approprié]
7. Il ne faut pas réaliser une mesure de la glycémie capillaire du nouveau-né dans les 15 min qui suivent l'accouchement. [Absence de consensus]
8. Il ne faut pas effectuer de traction sur le cordon ombilical. [Accord fort approprié]
9. Il ne faut pas jeter le placenta après la délivrance. [Accord fort approprié]

### 1.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

10. Contrôler :
    - Nouveau-né : score d'Apgar, score de Silverman, température.
    - Mère : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, hémorragie génitale, signes périphériques de choc, troubles de conscience. Suivre l'évolution de la délivrance. [Accord fort approprié]
11. Evaluer, avec le Médecin Régulateur la nécessité d'une aspiration des voies aériennes supérieures en cas de détresse respiratoire du nouveau-né. [Accord fort approprié]
12. Corriger une hypoglycémie (glycémie < 2,2 mmol/L) par administration de sérum glucosé à 10% par voie buccale à la seringue ou par perfusion veineuse périphérique seulement si glycémie < 0,6 mmol/L.[Accord fort approprié]

## 2. Recommandations : arrêt cardiaque (adulte)

### 2.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque.
Circonstance de mise en œuvre: reconnaissance d'un arrêt cardiaque hors présence médicale.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectuées par les premiers intervenants
Recherche d'un défibrillateur automatique externe (DAE) à proximité

- PARAMETRES VITAUX:

Inconscience, absence de ventilation ou ventilation anormale (dont gasps), absence de pouls carotidien.

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'adulte, le bilan infirmier sera passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

### 2.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

13. Il faut poursuivre les manœuvres de réanimation cardiopulmonaire (RCP) et de défibrillation [Accord fort approprié]
14. Il est recommandé de poser une voie veineuse périphérique sous réserve que l'acte n'interrompe pas les manœuvres de RCP [Accord fort approprié]
15. Les experts proposent de préparer une injection d'adrénaline [Accord fort approprié]
16. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. Toutefois, les experts proposent d'injecter 1mg d'Adrénaline en présence d'un rythme non choquable ou après 3 chocs électriques externes (CEE) successifs inefficaces. [Accord fort approprié]
17. Il n'est pas recommandé d'injecter d'autre dose d'Adrénaline hors avis médical (médecin sur place ou médecin régulateur du Samu). [Accord fort approprié]
18. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'amiodarone hors avis médical. [Accord fort approprié]

### 2.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

19. Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont pouls carotidien [Accord fort approprié]

## 3. Recommandations : arrêt cardiaque (enfant)

### 3.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'arrêt cardiaque (enfant).
Circonstance de mise en œuvre: reconnaissance d'un arrêt cardiaque hors présence médicale.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants.
Rechercher la notion de traumatisme ou d'inhalation de corps étranger.
Recherche d'un DAE à proximité si possible avec un atténuateur pédiatrique d'énergie. [Accord fort approprié]

- PARAMETRES VITAUX :

Inconscience, absence de ventilation ou ventilation anormale (dont gaspis), absence de pouls au niveau huméral ou fémoral chez le nourrisson de moins d'un an et au niveau carotidien au-delà de cet âge.
BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :
Dans le cadre particulier de l'arrêt cardiaque de l'enfant, le bilan infirmier est passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

### 3.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

20. Il faut poursuivre les manœuvres de RCP et de défibrillation (si âge > 1 an : énergie de 4 Joules/kg). [Accord fort approprié]
21. Il faut utiliser des patchs (ou des électrodes) pédiatriques chez l'enfant de 1 à 8 ans. [Accord fort approprié]
22. A défaut, l'utilisation des patchs (ou des électrodes) adultes est recommandée chez l'enfant de plus de 1 an. [Accord fort approprié]
23. Il faut privilégier la prise en charge ventilatoire de l'enfant. Dans cet objectif, l'IDE est le garant de la qualité de cette ventilation : une ventilation efficace, associée aux compressions thoraciques, est un préalable indispensable à la réalisation de tout autre geste technique. [Accord fort approprié]
24. Il est alors possible de mettre en place un abord vasculaire. [Accord fort approprié]
25. Les experts proposent de préparer une injection d'adrénaline [Accord fort approprié]
26. Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'adrénaline hors avis médical. [Accord fort approprié]
27. Toutefois, les experts proposent d'injecter 0,01 mg/kg d'adrénaline en présence d'un rythme non choquable ou après 3 CEE successifs inefficaces. [Accord fort approprié]
28. Il n'est pas recommandé de réinjecter de l'adrénaline hors avis médical (médecin sur place ou médecin régulateur du Samu). [Accord fort approprié]
29. Il n'est pas recommandé d'administrer de l'amiodarone hors avis médical (médecin présent ou médecin régulateur du Samu). [Accord fort approprié]

### 3.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

30. Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque : signes de vie dont la vérification de l'activité circulatoire. [Accord fort approprié]

## 4. Recommandations : antalgie (adulte)

### 4.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de douleur aiguë chez l'adulte.
Circonstance de mise en œuvre: constatation d'une douleur aiguë chez l'adulte.

- ANAMNESE :

Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, saturation périphérique en oxygène ($SpO_2$), évaluation de la douleur.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Signes périphériques de choc, trouble de conscience.

### 4.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

31. Il faut traiter toute douleur aiguë. [Accord fort approprié]
32. Il faut évaluer la douleur par une échelle d'auto-évaluation dès le début de la prise en charge. [Accord fort approprié]
33. Si l'utilisation d'une échelle d'auto-évaluation est impossible, il est recommandé d'utiliser une échelle d'hétéro-évaluation. [Accord fort approprié]

34. Il faut mettre en œuvre les mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire. [Accord fort approprié]
35. Il faut systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique. [Accord fort approprié]
36. Les experts recommandent une utilisation large du mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contrindications. [Accord fort approprié]
37. Les experts recommandent l'utilisation de paracétamol seul ou en co-analgésie pour toute douleur. [Accord fort approprié]
38. Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. [Accord fort approprié]
39. Les experts proposent la réalisation rapide d'études cliniques de haut niveau de preuve avant de pouvoir modifier ce principe de prise en charge. [Accord fort approprié]
40. Toutefois, l'utilisation de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du Samu. [Accord fort approprié]

### 4.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

41. Evaluation régulière de la douleur, surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises. [Accord fort approprié]

## 5. Recommandations : antalgie (enfant)

### 5.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de douleur aiguë chez un enfant.
Circonstance de mise en œuvre: constatation d'une douleur aiguë chez l'enfant.

- ANAMNESE :

Antécédents, traitements en cours, circonstances de survenue notamment traumatisme.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, $SpO_2$, évaluation de la douleur par échelles adaptées à l'enfant.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Signes périphériques de choc, trouble de conscience.

### 5.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

42. Il faut autoriser les parents à rester aux côtés de l'enfant [Accord fort relatif]
43. Il faut traiter toute douleur aiguë. [Accord fort approprié]
44. Il faut évaluer la douleur par une échelle adaptée à l'âge de l'enfant dès le début de la prise en charge (intérêt de la grille Evendol de 0 à 7ans). [Accord fort approprié]
45. Il faut mettre en œuvre les mesures non médicamenteuses comme l'information, l'immobilisation, la prévention de l'hypothermie ainsi que la réalisation d'une cryothérapie si nécessaire [Accord fort approprié]
46. Il faut systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure antalgique.[Accord fort approprié]
47. Les experts recommandent une utilisation large du MEOPA pour les douleurs modérées à intenses en respectant les contrindications. [Accord fort approprié]

48. Les experts recommandent l'utilisation de paracétamol seul ou en co-analgésie pour toute douleur. [Accord fort approprié]
49. Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation d'agonistes-antagonistes morphiniques par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. [Accord fort approprié]
50. Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un IDE sans qu'un médecin soit immédiatement disponible. [Accord fort approprié]
51. Les experts proposent la réalisation rapide d'études cliniques de haut niveau de preuve avant de pouvoir modifier ce principe de prise en charge. [Accord fort approprié]
52. Toutefois, l'utilisation de morphine par un IDE peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du Samu. [Accord fort approprié]

### 5.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

53. Evaluation régulière de la douleur. [Accord fort approprié]
54. Surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises. [Accord fort approprié]

## 6. Recommandations : brûlure grave (adulte)

### 6.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de Brûlure Grave.
Circonstance de mise en œuvre: Constatation d'une brûlure profonde (hors érythème isolé) de plus de 20% de la surface corporelle.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.
Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone et/ou cyanures.
Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement le monoxyde de carbone (CO) expiré.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures, brûlures circonférentielles, suie dans la bouche et les narines.
Bilan infirmier à transmettre au médecin régulateur du Samu : évaluation de la surface brûlée (règle des 9 de Wallace) et estimation de la profondeur des brûlures.

### 6.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

55. Il faut vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié. [Accord fort approprié]
56. Il faut mettre en œuvre une analgésie (Cf protocole). [Accord fort approprié]
57. Il est recommandé d'administrer le plus tôt possible de l'oxygène. [Accord fort approprié]
58. Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde. [Accord fort approprié]

### 6.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

59. Contrôler : pouls, tension non invasive, fréquence respiratoire, SpO2, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle. [Accord fort approprié]
60. Envisager, avec la régulation médicale : la nécessité de mise en œuvre d'un second abord veineux périphérique et l'adaptation du débit de remplissage vasculaire. [Accord fort approprié]

# 7. Recommandations : brûlure grave (enfant)

## 7.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de brûlure grave.
Circonstance de mise en œuvre: Constatation d'une brûlure profonde (hors érythème isolé) de plus de 10% (nourrisson) ou 20% (enfant) de la surface corporelle.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
Identifier la cause de la brûlure : thermique (flamme ou liquide), électrique ou chimique.
Rechercher un contexte évocateur d'une intoxication associée par monoxyde de carbone (coma) et/ou cyanures (incendie en espace clos, présence de suies dans les voies aériennes).
Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience, évaluation de la douleur, température corporelle, éventuellement le CO expiré.
SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :
Brûlure du cou et/ou de la face, brûlures des voies aériennes supérieures, brûlures circonférentielles.

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Evaluation de la surface brûlée (tables de Lund et Browder, 1% de la surface corporelle correspond à la surface de la main de l'enfant, ne pas compter les zones brulées au premier degré) et estimation de la profondeur des brûlures.

## 7.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

61. Il faut vérifier que le refroidissement des brûlures a été approprié et prévenir l'hypothermie (recouvrir la tête et les zones non brûlées). [Accord fort approprié]
62. Il faut mettre en œuvre une analgésie (Cf protocole). [Accord fort approprié]
63. Il est recommandé d'administrer le plus tôt possible de l'oxygène. [Accord fort approprié]
64. Il est souhaitable de mettre en place un accès veineux périphérique en zone de peau saine avec un soluté cristalloïde. Toutefois, en cas de difficulté prévisible ou avérée pour obtenir cet accès veineux, il est recommandé de ne pas insister. [Accord fort approprié]

## 7.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

65. Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle. [Accord fort approprié]
66. Envisager, avec la régulation médicale : l'adaptation du débit de remplissage vasculaire. [Accord fort approprié]

# 8. Recommandations : convulsions (adulte)

## 8.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de convulsion de l'adulte.
Circonstance de mise en œuvre: convulsions en cours

- ANAMNESE :

Antécédents notamment épilepsie, traitements en cours, circonstances de survenue et durée (heure de début). Grossesse, notion de traumatisme, de prise d'alcool, de stupéfiants, de médicaments.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, $SpO_2$.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5 min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30 min. Hypoglycémie, Hyperthermie
Bilan infirmier à transmettre au médecin régulateur du Samu :
Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque.

### 8.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

67. Il faut administrer de l'oxygène à fort débit. [Accord fort approprié]
68. Il faut corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandation protocole hypoglycémie). [Accord fort approprié]
69. En cas d'hyperthermie, (température > 40 °C) il faut pratiquer des manœuvres externes de refroidissement. [Accord fort approprié]
70. Les experts proposent la mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité [Accord fort approprié]

### 8.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

71. Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma …) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récidive …) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu. [Accord fort approprié]
72. Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires. [Accord fort approprié]
73. Les experts rappellent qu'il n'y a pas d'indication à administrer immédiatement un anticonvulsivant en dehors de l'état de mal convulsif. [Accord fort approprié]

## 9. Recommandations : convulsions (enfant)

### 9.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de convulsion de l'enfant.
Circonstance de mise en œuvre: convulsions en cours

- ANAMNESE :

Antécédents notamment d'asphyxie périnatale, de convulsion fébrile ou d'épilepsie, traitements en cours, Circonstances de survenue et durée (heure de début), notion de traumatisme, de prise accidentelle d'alcool, de stupéfiants, de médicaments.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, température, $SpO_2$.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Crises convulsives continues ou subintrantes de plus de 5 min, ou succession de crises, sans amélioration de la conscience, pendant plus de 30 min. Hypoglycémie, hyperthermie.

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Les experts rappellent que les convulsions ne sont qu'un symptôme et qu'un examen médical est indispensable pour en connaître la cause. Les convulsions peuvent notamment témoigner d'un arrêt cardiaque ou d'un équivalent circulatoire d'arrêt cardiaque.

### 9.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

74. Il faut administrer de l'oxygène à fort débit. [Accord fort approprié]
75. Il faut corriger toute hypoglycémie, vérifier sa correction et adapter l'administration de sérum glucosé (cf. recommandations hypoglycémie). [Accord fort approprié]
76. En cas d'hyperthermie, (température > 40 °C) il faut pratiquer des manœuvres externes de refroidissement (enveloppement frais du tronc et de la tête). [Accord fort approprié]
77. Envisager avec la régulation médicale la mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité, si la crise persiste, l'administration de 0,5 mg/kg de diazépam par voie intra rectale (dose maximale 10 mg) [Accord fort approprié]

### 9.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

78. Toute modification de l'état de conscience (réveil, coma …) et toute modification dans le déroulement de la crise (cessation, récidive …) doivent faire l'objet d'un bilan complémentaire au médecin régulateur du Samu. [Accord fort approprié]
79. Envisager, avec le médecin régulateur du Samu, l'administration de thérapeutiques complémentaires. Les experts rappellent qu'il n'y a pas d'indication à administrer immédiatement un anticonvulsivant en IV en dehors de l'état de mal convulsif. [Accord fort approprié]

## 10. Recommandations : difficulté respiratoire (adulte)

### 10.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de difficulté respiratoire de l'adulte.
Circonstance de mise en œuvre: Gène respiratoire ressentie par un adulte en dehors d'un traumatisme.

- ANAMNESE :

Antécédents notamment cardio-respiratoires, traitements en cours, hospitalisation antérieures notamment en service de réanimation, notion d'allergie, circonstances de survenue.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience, capacité d'élocution.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Tirage, sueurs, cyanose, signes périphériques de choc, troubles de conscience, élocution impossible, polypnée (> 30 /min) ou bradypnée (< 10 /min), débit expiratoire de pointe (DEP) < 150 l/min (pour les patients qui ont l'habitude de le mesurer) ou moins de 30% de la théorique (pour les patients qui connaissent leur DEP maximum).

### 10.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

80. Il faut administrer de l'oxygène à tout patient. [Accord fort approprié]
81. Les patients connus comme insuffisant respiratoire chronique doivent avoir un débit d'oxygène limité à 2 l/min, sauf avis du médecin régulateur. [Accord fort approprié]
82. Il est recommandé de respecter la position spontanée du patient. [Accord fort approprié]
83. Chez l'asthmatique connu, il est recommandé mettre en place le plus tôt possible un aérosol de β2 mimétique sous oxygène. [Accord fort approprié]
84. En cas de critère de gravité, les experts proposent la mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité. [Accord fort approprié]

### 10.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

85. Surveiller l'apparition de signe de gravité et contrôler le DEP après aérosol [Accord fort approprié]

## 11.Recommandations : difficulté respiratoire (nourrisson)

### 11.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de difficulté respiratoire de l'enfant.
Circonstance de mise en œuvre: Gène respiratoire constaté par l'entourage du nourrisson en dehors d'un traumatisme..

- ANAMNESE :

Antécédents de dysplasie broncho-pulmonaire (ancien prématuré), dyspnée laryngée ou bronchiolites à répétition, asthme, malformations et maladies pulmonaires (mucoviscidose…), rechercher la notion de corps étranger inhalé.

- PARAMETRES VITAUX :

Fréquence respiratoire, $SpO_2$, fréquence cardiaque, pression artérielle, température

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Tachypnée intense (> 60/min), diminution rapide des signes de lutte avec bradypnée (épuisement), irrégularités du rythme respiratoire, (apnées), cyanose, $SpO_2$ < 90 % (sous air), pâleur, agitation ou troubles de la conscience, sueurs, tachycardie.

BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Dans le cadre particulier de la difficulté respiratoire de l'enfant, le bilan infirmier est passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous.

### 11.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

86. Il ne faut pas allonger l'enfant, en cas de contexte et d'interrogatoire évocateurs d'inhalation de corps étranger, mais le laisser en position assise. Il ne faut pas effectuer de geste intempestif (risque de mobilisation du corps étranger et d'obstruction totale). [Accord fort approprié]
87. Il faut dans les autres cas :
    - installer en position semi-assise ou proclive ;
    - désobstruer les voies aériennes supérieures (filière nasale). [Accord fort approprié]
88. Il est recommandé d'administrer le plus tôt possible de l'oxygène par masque à haute concentration à fort débit (6 à 10 l/min) ou lunettes nasales (1,5 à 4 l/min). [Accord fort approprié]

89. Il est souhaitable de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté salé isotonique. Toutefois, en cas de difficulté prévisible ou avérée pour obtenir cet accès veineux, il est recommandé de ne pas insister. [Accord fort approprié]

### 11.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

90. Envisager, avec la régulation médicale la nécessité de mise en œuvre d'un aérosol de bêtamimétiques bronchodilatateurs (parfois associés à des corticoïdes), avec une chambre d'inhalation chez le nourrisson, en cas de traitement de fond disponible au domicile. [Accord fort approprié]
91. Surveiller l'apparition de signe de gravité : contrôle de la fréquence respiratoire, $SpO_2$, troubles de conscience, température corporelle [Accord fort approprié]

## 12. Recommandations : douleur thoracique non traumatique

### 12.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de douleur thoracique non traumatique.
Favoriser le contact direct entre le patient et le médecin régulateur.
Circonstance de mise en œuvre: adulte présentant ou ayant présenté une douleur thoracique en dehors d'un contexte traumatique.

- ANAMNESE :

Horaire et circonstances de survenue de la douleur, facteurs de risque, signes associés, traitements antérieurs.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle non invasive aux deux bras, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience, glycémie capillaire. [Accord fort approprié]

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Détresse respiratoire, signes périphériques de choc.

### 12.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

92. Il faut un DAE à proximité du patient. [Accord fort approprié]
93. Les experts proposent la mise en place d'une voie veineuse périphérique. [Accord fort approprié]
94. Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander la réalisation d'un électrocardiogramme avant la transmission du bilan infirmier. [Accord fort approprié]
95. Toutefois, les experts proposent, après la transmission du bilan, la réalisation d'un ECG 18 dérivations de référence. [Accord fort approprié]
96. Il n'est pas recommandé d'administrer des médicaments à visée cardio-vasculaire en dehors d'un contact médical (médecin sur place ou médecin régulateur). [Accord fort approprié]

### 12.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

97. Toute modification dans l'état clinique du patient, notamment la modification de la douleur, justifie la transmission immédiate d'un bilan complémentaire par l'IDE au médecin régulateur du Samu. [Accord fort approprié]

# 13. Recommandations : hémorragie sévère de l'adulte

## 13.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'hémorragie sévère de l'adulte.
Circonstance de mise en œuvre: Présence d'un saignement extériorisé important chez l'adulte.

- ANAMNESE :

Traitements en cours, en particuliers ceux à visée cardiovasculaire notamment les antiagrégants, anticoagulants et bétabloquants. Circonstances de survenue.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Signes périphériques de choc, troubles de conscience.

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Importance du bilan précoce et d'une mise en condition rapide. Il faut éviter la position proclive en particulier lors des manœuvres de mobilisation.

## 13.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

98. Il faut en priorité utiliser les gestes secouristes de contrôle des hémorragies externes, le cas échéant, en mettant en place un garrot. [Accord fort approprié]
99. Il est recommandé d'administrer de l'oxygène le plus précocement possible. [Accord fort approprié]
100. Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique de gros calibre et la réalisation de prélèvements sanguins dont systématiquement un groupage sanguin. [Accord fort approprié]
101. Les experts proposent, la mesure de l'hémoglobine par micro-méthode. [Accord fort approprié]
102. Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander l'utilisation préférentielle de cristalloïde ou de colloïde. [Accord fort approprié]
103. Toutefois, devant les risques potentiels de réaction anaphylactique à l'utilisation des colloïdes, les experts recommandent l'administration de cristalloïde isotonique. [Accord fort approprié]
104. Il n'est pas recommandé d'administrer à ce stade de soluté hypertonique. [Accord fort approprié]

## 13.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

105. S'assurer de l'efficacité des gestes secouristes de contrôle de l'hémorragie, en particulier pour les saignements masqués par les techniques de prise en charge (pansement compressif, matelas à dépression notamment). [Accord fort approprié]
106. Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience. [Accord fort approprié]
107. Envisager, avec la régulation médicale, la mise en place d'une seconde voie veineuse périphérique de gros calibre. [Accord fort approprié]

# 14. Recommandations : hypoglycémie

## 14.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion d'Hypoglycémie.
Circonstance de mise en œuvre: malaise ou trouble de conscience avec mesure d'une glycémie capillaire < 3 mmol/l.

- ANAMNESE :

Antécédents notamment de diabète, traitements en cours, circonstances de survenue, prise d'alcool.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, $SpO_2$.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Trouble de conscience, crise convulsive.

### 14.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

108. En cas de trouble de conscience ou d'impossibilité d'utiliser la voie per os, il faut administrer du sérum glucosé par voie intraveineuse. [Accord fort approprié]
109. Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique pour l'administration intraveineuse de sérum glucosé [Accord fort approprié]
110. Il est recommandé d'utiliser la voie per os pour l'administration de glucose lorsque l'état de conscience le permet. [Accord fort approprié]
111. En cas d'administration intra veineuse, les experts proposent l'administration initiale de 20 à 40 ml de sérum glucosé à 30%. [Accord fort approprié]
112. Les experts proposent l'administration de glucagon intramusculaire en cas d'impossibilité d'administration per os ou intraveineuse de glucose. [Accord fort approprié]

### 14.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

113. Contrôler la glycémie capillaire après l'administration initiale de glucose et avant l'administration de dose complémentaire en cas de trouble de conscience persistant [Accord fort approprié]

## 15. Recommandations : intoxications aux fumées d'incendie

### 15.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu avec la notion de d'intoxication aux fumées d'incendie.
Circonstance de mise en œuvre: constatation de troubles circulatoires et/ou de conscience dans un contexte d'exposition à des fumées d'incendie.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
Identifier les circonstances de l'intoxication, notamment en espace clos.
Rechercher d'éventuelles lésions traumatiques associées, des brûlures, la notion d'une explosion.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience, CO (expiré ou digital).

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Existence de lésions traumatiques associées, brûlures, en particulier de la face, présence de suies dans les voies aériennes supérieures.

### 15.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

114. Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène. [Accord fort approprié]
115. Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique et d'effectuer un prélèvement sanguin à visée toxicologique. [Accord fort approprié]
116. En cas de collapsus, a fortiori d'arrêt cardiaque (cf. recommandations), ou de trouble de conscience, il est recommandé de compléter la prise en charge par l'administration d'hydroxocobalamine. [Accord fort approprié]

### 15.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

117. Contrôler : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience. [Accord fort approprié]

## 16. Recommandations : suspicion d'accouchement imminent

### 16.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de suspicion d'accouchement imminent.
Circonstance de mise en œuvre: Suspicion d'un accouchement imminent.

- ANAMNESE :

Identifier le risque d'accouchement à l'aide du score de Malinas.
Rechercher une envie de pousser.
Rechercher la date du terme de l'accouchement
Rechercher la notion d'un suivi régulier de la grossesse, et d'éventuelles complications de la grossesse.

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Hémorragie génitale, absence de mouvements fœtaux.

### 16.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

118. Il est recommandé d'installer la parturiente en décubitus latéral. [Accord fort approprié]

### 16.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

119. Contrôler : pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience, hémorragie génitale, fréquence et durée des contractions. Suivre l'évolution du rythme, de la durée des contractions et la survenue d'une envie de pousser. [Accord fort approprié]

## 17. Recommandations : réaction allergique grave (adulte)

### 17.1. BILAN INFIRMIER

Transmettre le bilan infirmier au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de réaction allergique grave.

Circonstance de mise en œuvre: Constatation d'une réaction allergique grave engageant le pronostic vital à court terme : détresse respiratoire, état de choc, trouble de conscience.

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
Rechercher des antécédents allergiques et de réaction allergique grave.
Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience.

- SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER :

Modification de la voix, œdème de la face. A noter que les signes cutanés, même un érythème géant, ne sont pas des signes de gravité

### 17.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

120. Il faut installer immédiatement le patient en position demi-assise s'il existe des signes respiratoires, à plat dos jambes surélevées s'il n'en existe pas. [Accord fort approprié]
121. Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène. [Accord fort approprié]
122. En cas de détresse respiratoire, il est possible de mettre en place un aérosol de β2 mimétique sous oxygène. [Accord fort approprié]
123. En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'adrénaline 0,3mg en intramusculaire (muscle quadriceps). [Accord fort approprié]
124. Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde. [Accord fort approprié]

### 17.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

125. Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience. [Accord fort approprié]
126. Envisager, avec la régulation médicale :
    - La nécessité de mise en œuvre d'un aérosol d'adrénaline
    - La nécessité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline IM. [Accord fort approprié]
127. Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face. [Accord fort approprié]

## 18. Recommandations : réaction allergique grave (enfant)

### 18.1. BILAN INFIRMIER

S'assurer que le bilan secouriste a été transmis au médecin régulateur du Samu ou le lui faire transmettre immédiatement avec la notion de réaction allergique grave.
Circonstance de mise en œuvre: constatation d'une réaction allergique grave engageant le pronostic vital à court terme : détresse respiratoire, état de choc, trouble de conscience. [Accord fort approprié]

- ANAMNESE :

Identifier les gestes secouristes effectués par les premiers intervenants
Rechercher des antécédents allergiques et de réaction allergique grave.
Recueillir les informations permettant d'identifier le facteur déclenchant (allergène)

- PARAMETRES VITAUX :

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, $SpO_2$, état de conscience.

Signes de gravité spécifiques à rechercher : modification de la voix, œdème de la face. A noter que les signes cutanés, même un érythème géant, ne sont pas des signes de gravité.

- BILAN INFIRMIER A TRANSMETTRE AU MEDECIN REGULATEUR DU SAMU :

Dans le cadre particulier d'une réaction allergique grave de l'enfant, le bilan infirmier est passé dès que possible, sans retarder la mise en œuvre des actions et actes infirmiers ci-dessous. [Accord fort approprié]

### 18.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

128. Il faut installer immédiatement le patient en position demi-assise s'il existe des signes respiratoires, à plat dos jambes surélevées s'il n'en existe pas. [Accord fort approprié]
129. Il faut administrer le plus tôt possible de l'oxygène. [Accord fort approprié]
130. En cas de détresse respiratoire, il est possible de mettre en place un aérosol de β2 mimétique sous oxygène (dose adaptée au poids). [Accord fort approprié]
131. En cas de collapsus, il est recommandé d'administrer de l'adrénaline en intramusculaire (muscle quadriceps) : moins de 15 kg (0,15mg / 0,3ml), plus de 15 kg (0,30mg / 0,3ml). [Accord fort approprié]
132. Il est recommandé de mettre en place un accès veineux périphérique avec un soluté cristalloïde. [Accord fort approprié]
133. En cas de collapsus, il est possible d'administrer 10ml/kg de poids en 10 à 15 min de soluté salé isotonique. [Accord fort approprié]

### 18.3. SURVEILLANCE en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

134. Contrôler : pouls, pression artérielle non invasive, fréquence respiratoire, $SpO_2$, signes périphériques de choc, troubles de conscience. [Accord fort approprié]
135. Envisager, avec la régulation médicale :
    - La nécessité de mise en œuvre d'un aérosol d'adrénaline.
    - La nécessité de mise en œuvre d'une seconde injection d'adrénaline. [Accord fort approprié]
136. Surveiller, le cas échéant, l'évolution de l'œdème de la face. [Accord fort approprié]

# RÉFÉRENCES

1. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. (http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787339&dateTexte= )

2. Haute Autorité de Santé (HAS) (2011) Recommandations de bonnes pratiques : modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Mars 2011. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/regulation_medicale__recommandations.pdf)

3. Ministère du travail, de l'emploi, et de la santé (Secteur santé) (2008) Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun, 25 juin 2008 (www.sante-sports.gouv.fr/commission-quadripartite-samu-sdis.html).

4. Haute Autorité de Santé (HAS) (2010) Élaboration de recommandations de bonne pratique. Méthode Recommandations par consensus formalisé (RCF). Règles de cotation et d'analyse des réponses, Décembre 2010. (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272505/recommandations-par-consensus-formalise-rcf )

Annexe 1 :

a) Membres du Comité d'organisation

Yvon Croguennec (IADE, Brest, président du comité), François Braun (Metz), Jean-Emmanuel de la Coussaye (Nimes), Marion Dhers (IADE, Lyon), Stéphane Fréchard (IDE, Conseil National de l'Ordre Infirmier, Vesoul), Pierre-Yves Gueugniaud (Lyon), Dominique Pateron (Paris)**,** Agnès Ricard Hibon (Clichy), Bruno Riou (Paris).

b) Groupe d'experts

Elisabeth Balagny (Cadre supérieur, Paris), Caroline Bay (IDE Lyon), Frédéric Berthier (Nantes), Françoise Carpentier (Grenoble), Franck Cohen (Cadre IADE Saint-Brieuc), François Xavier Duchateau (Clichy), Patrick Ecollan (Paris), Arnaud Georges (IDE Grasse), Patrick Goldstein (Lille), Pierre Hausfater (Paris), Thierry Maupin (Cadre IADE Annecy) Nathalie Nion (Cadre de pôle, Paris), Alain Puidupin (Marseille), Brigitte Madonna-Py (Paris), Patrick Ray (Paris), Christophe Roman (IDE Marseille), Louis Soulat (Chateauroux), Dominique Savary (Annecy), Thomas Schmutz (Metz), Karim Tazarourte (Melun), Kamel Touabi (IADE, Clichy), Benoit Vivien (Paris)

Tableau 1 : Classement de la proposition en fonction de la valeur de la médiane et de la répartition des cotations

| Proposition | Accord entre experts | | Médiane |
|---|---|---|---|
| | Degré | Distribution des cotations | |
| Appropriée | Accord fort | [7-9] | $\geq 7$ |
| | Accord relatif | [5-9] | $\geq 7$ |
| Inappropriée | Accord fort | [1-3] | $\leq 3$ |
| | Accord relatif | [1-5] | $\leq 3.5$ |
| Incertaine | Indécision | [1-9] | [4-6.5] |
| | Absence de consensus | Autres situations | |