

Urgences pour l'infirmière

54 fiches pour prendre en charge les urgences hors établissements de santé



Aymeric LAPP

Dans la même collection

Symptômes d'inconfort en soins palliatifs. C. Prigent (coordinatrice), 132 pages, 2021.

AFGSU 1 et 2. E. Cassanas, Fr. Belotte, 156 pages, 2018.

L'aromathérapie dans la pratique soignante. P. Bordieu, 320 pages, 2018.

Calculs de dose. C. Kahwati, 112 pages, 2017.

Examens biologiques. N. Kubab, S. Alajati-Kubab, 220 pages, 2016.

Transfusion sanguine. A. Ramé, P. Naccache, 222 pages, 2015.

Chez le même éditeur

Mémo pratique de l'infirmière libérale. M.-C. Daydé, mai 2022.

Cotation des actes et NGAP. M. Caronne, P. Bordieu, 256 pages, 2021.

Pratiques non pharmacologiques pour soulager la douleur. P. Wanquet-Thibault, N. Fournival, 152 pages, 2021.

Fiches techniques de soins infirmiers, 2^e édition. S. Gervaise, P. Wanquet-Thibault, 672 pages, 2021.

Pratiques soignantes et crises sanitaires. Témoigner, apprendre et prévenir. M.-C. Daydé, 168 pages, 2021.

Flashez le QR-code pour accéder aux vidéos ou les codes sur certaines pages :



ou retrouvez le complément en ligne sur :

<https://www.espaceinfirmier.fr/130415-livres/complements-d-ouvrages/urgences-pour-l-infirmiere>

Les dessins des pages 42, 43, 183, 190, 192, ont été réalisés par Corinne Boudon.

Éditions Lamarre, une marque IS MEDIA

© IS MEDIA, 2022

ISBN : 978-2-7573-1133-2

SOMMAIRE

Préface ix

Introduction xi

Auteur xiii

Remerciements xv

Acronymes xvii

**Partie I – Législation et responsabilités de l'IDE
face à une situation d'urgence**

**Partie II – Organisation des services de secours
et de l'aide médicale urgente**

Structures publiques concourant aux secours à la personne et aux soins d'urgence P. 9

Partie III – Situations d'urgence

› **1. Actions immédiates P. 16**

› **2. Accident d'exposition au sang P. 18**

Définition P. 18

Risques P. 18

Facteurs de risque P. 18

Conduite à tenir P. 18

Prévention P. 19

› **3. Accident de la voie publique P. 22**

Conduite à tenir P. 22

Bilan d'urgence P. 23

Bilan complémentaire P. 23

› **4. Accident vasculaire cérébral P. 26**

Définition P. 26

Contexte P. 26

Facteurs de risque P. 26

Prodromes P. 26

Signes P. 26

Conduite à tenir P. 26

› **5. Accouchement inopiné P. 29**

Signes P. 29

Conduite à tenir P. 29

Expulsion P. 30

Conduite à tenir avec le nouveau-né P. 31

Délivrance P. 31

› **6. Alerte P. 34**

Définition P. 34

Alerte P. 34

Message d'alerte P. 34

Numéros utiles P. 35

› **7. Arrêt cardiorespiratoire P. 36**

Causes P. 36

Risques P. 36

Objectifs P. 36

Signes P. 36

Conduite à tenir P. 37

Quand ne pas débiter une RCP ? P. 38

Réanimation cardiopulmonaire chez l'adulte P. 38

Réanimation cardiopulmonaire chez l'enfant (1 an < enfant < puberté) P. 40

Réanimation cardiopulmonaire chez le nourrisson (nourrisson < 1 an) P. 41

Résumé P. 42

Quand stopper une RCP ? P. 43

Cas particuliers P. 43

Pour aller plus loin P. 43

› 8. Atteinte traumatique P. 48

Définition P. 48

Mécanisme P. 48

Risques P. 48

Signes P. 48

Conduite à tenir P. 49

Zoom sur le traumatisme crânien P. 50

Zoom sur le motard casqué accidenté P. 50

› 9. Brûlure P. 54

Définition P. 54

Risques P. 54

Objectifs P. 54

Évaluation de la gravité P. 54

Conséquences potentielles P. 55

Conduite à tenir P. 55

Cas particuliers P. 56

› 10. Crise d'angoisse P. 60

Définition P. 60

Mécanisme P. 60

Signes P. 60

Conduite à tenir P. 60

› 11. Crise d'asthme P. 63

Signes P. 63

Conduite à tenir P. 63

Signes de gravité P. 63

› 12. Crise convulsive P. 66

Définitions P. 66

Signes P. 66

Facteurs de risque P. 67

Conduite à tenir P. 67

Zoom sur les convulsions hyperthermiques chez le nourrisson P. 68

› 13. Crise suicidaire P. 72

Épidémiologie P. 72

Définition P. 72

Objectifs P. 72

Évaluation du potentiel suicidaire P. 72

Conduite à tenir P. 73

› 14. Difficulté et détresse respiratoire P. 76

Difficulté respiratoire P. 76

Détresse respiratoire P. 77

Zoom sur l'œdème aigu pulmonaire P. 78

› 15. Douleur aiguë P. 81

Mécanismes P. 81

Conséquences P. 81

Indications P. 81

Traitements P. 82

Conduite à tenir P. 83

› 16. Douleur thoracique P. 85

Définition P. 85

Mécanisme P. 85

Causes P. 85

Signes P. 86

Conduite à tenir P. 86

Zoom sur l'infarctus du myocarde chez les femmes P. 88

› 17. Hypoglycémie P. 90

Mécanisme P. 90

Causes P. 91

Signes P. 91

Conduite à tenir P. 92

› 18. Hypotension orthostatique P. 95

Mécanisme P. 95

Signes P. 95

Conduite à tenir P. 95

› 19. Inconscience P. 98

Signes P. 98

Risques P. 98

Objectifs P. 98

Conduite à tenir P. 98

Cas particuliers P. 100

› 20. Intoxication P. 102

Intoxication médicamenteuse volontaire P. 102

Monoxyde de carbone (CO) P. 105

Éthylisme P. 108

Intoxication aux fumées d'incendie P. 110

› 21. Malaise P. 113

Définition P. 113

Malaise vagal P. 114

Malaise grave P. 115

Autres malaises P. 116

› 22. Obstruction des voies aériennes P. 121

Obstruction partielle P. 121

Obstruction totale P. 121

Critères d'efficacité P. 122

Cas particuliers P. 123

› 23. Patient agressif P. 125

Signes P. 125

Conduite à tenir P. 126

› 24. Plaie P. 130

Évaluation de la gravité P. 130

Risques P. 130

Objectifs P. 130

Conduite à tenir P. 130

› 25. Réaction allergique P. 133

Causes P. 133

Signes P. 134

Différents stades P. 135

Zoom sur le choc anaphylactique P. 135

Conduite à tenir P. 135

› 26. Risque incendie P. 139

Mécanisme P. 139

Prévention des risques P. 139

Conduite à tenir P. 139

Quelques pistes pour bien se préparer P. 140

› 27. Saignement abondant P. 143

Définition P. 143

Causes P. 143

Signes d'état de choc P. 143

Différents types d'hémorragie P. 143

Risques P. 143

Objectifs P. 144

Conduite à tenir P. 144

Cas particuliers P. 145

Zoom sur la section de membre P. 146

› 28. Situation sanitaire exceptionnelle P. 148

Risque majeur P. 148

Conduite à tenir P. 148

Plans de secours P. 149

Cellule d'urgence médico-psychologique P. 156

Plans de secours spécialisés (PSS) P. 157

Menace terroriste P. 157

› 29. Situation suspecte P. 161

Signes P. 161

Contexte P. 161

Scène de crime P. 161

Conduite à tenir P. 161

Cas particuliers P. 162

› 30. Traumatisme dentaire p. 165

Mécanisme p. 165

Conséquences p. 165

Conduite à tenir p. 165

Traitement en cabinet dentaire p. 166

Partie IV – Techniques de soins

› 31. Admission en service de soins psychiatriques p. 171

Soins à la demande d'un tiers (SDT) p. 171

Soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) p. 172

Soins en cas de péril imminent (SPI) p. 173

Soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire (SDRE) p. 173

Soins sur décision du représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire (SDRE), dispositif d'urgence p. 174

› 32. Boîte Lions SOS p. 175

Renseignements personnels p. 175

Conduite à tenir p. 175

› 33. Calcul de dose p. 177

Concentration p. 177

Règle de 3 ou produit en croix p. 177

Débits p. 177

Masse p. 178

Volume p. 178

Correspondance entre unités de volume et de contenance p. 178

Correspondance de glycémie en g/L et mmol/L p. 178

Exercices p. 180

Corrections p. 180

› 34. Défibrillateur automatisé externe p. 182

Identification p. 182

Composition p. 182

Objectif p. 182

Mise en œuvre p. 182

Contre-indications p. 184

Zoom sur les applications mobiles DAE p. 184

› 35. Dilution de médicaments p. 186

› 36. Droit des malades en fin de vie p. 189

Réglementation p. 189

Grands principes de la loi Leonetti p. 189

› 37. Évaluation de la surface corporelle brûlée p. 190

Outil d'évaluation de la surface brûlée chez l'adulte (âge > 15 ans) p. 190

Outil d'évaluation de la surface brûlée chez l'enfant (0-15 ans) p. 190

› 38. Fiche bilan p. 191

› 39. Hygiène p. 193

Définition p. 193

Différents types de flore p. 193

Précautions standards p. 193

Matériel utilisé p. 193

Lavage simple des mains p. 194

› 40. Inhalation d'oxygène p. 202

Indication p. 202

Matériel p. 202

Technique p. 202

Risques p. 203

Évaluation p. 203

Points clés p. 203

› 41. Injection p. 204

Matériel p. 204

Préparation p. 204

Différents sites d'injection p. 204

Après l'injection p. 204

› 42. Insufflation d'oxygène p. 205

Indication p. 205

Matériel p. 205

Débit d'oxygène p. 205

Technique p. 205

Risques P. 207
Évaluation P. 207
Entretien P. 207
Points clés P. 207

› 43. Oxygénothérapie P. 208

Indication P. 208
Matériel P. 208
Technique P. 209
Risques P. 209
Évaluation P. 210
Points clés P. 210

› 44. Paramètres biologiques P. 211

› 45. Paramètres physiologiques P. 217

› 46. Pharmacologie P. 219

Catécholamines P. 219
Médicaments de l'urgence cardiaque P. 220
Médicaments d'urgence en pneumologie P. 222
Médicaments d'urgence en neurologie P. 223
Médicaments anesthésiques P. 223
Antidotes P. 224
Solutés P. 224
Zoom sur les différents agents P. 225
Tranquillisants P. 229
Benzodiazépines P. 229
Pipérazines P. 232
Morphinomimétiques P. 233
Agonistes P. 233
Agonistes partiels et agonistes/antagonistes P. 235
Antagonistes P. 237
Correspondances des familles pharmaco-thérapeutiques et des DCI P. 238
Correspondances des noms commerciaux et des DCI P. 247

› 47. Plaie de la main P. 250

› 48. Pose d'une canule oropharyngée P. 251

Indication P. 251
Matériel P. 251
Technique P. 252
Risques P. 252
Évaluation P. 252
Point clé P. 252

› 49. Pose de voie veineuse périphérique P. 253

Définition P. 253
Indications P. 253
Matériel nécessaire P. 253
Technique de pose P. 253
Conduite à tenir P. 254
Débit de la perfusion P. 255
Surveillance et entretien P. 255
Ablation du cathéter P. 256
Astuce P. 256

› 50. Positions d'attente P. 257

› 51. Score d'Appgar P. 259

Score d'Appgar P. 259

› 52. Score de Glasgow P. 260

Score de Glasgow chez l'adulte P. 260
Explications P. 260
Score de Glasgow chez l'enfant P. 261

› 53. Score de Malinas P. 262

› 54. Trousse d'urgence P. 263

Matériel conseillé P. 263
Médicaments conseillés P. 264
Conduite à tenir P. 264

Partie V – Quelques astuces

Comment évaluer une tension artérielle sans matériel ? **P. 267**

Si vous échouez votre pose de voie veineuse périphérique **P. 267**

Si vous échouez votre pose de sonde urinaire **P. 267**

Comment évaluer la présence de sang dans les selles ? **P. 267**

Comment évaluer une pression veineuse centrale basse ? **P. 267**

Quelques règles d'utilisation des médicaments **P. 267**

Comment suspecter un liquide biologique comme étant du liquide céphalorachidien ? **P. 267**

Comment bien choisir sa sonde d'aspiration pour les patients intubés ? **P. 268**

Partie VI – Annexes

› Arrêté du 1^{er} juillet 2019 **P. 271**

› Arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence **P. 274**

› Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence **P. 279**

› Circulaire du 27 mai 2010 **P. 282**

› Circulaire du 31 décembre 2007 **P. 285**

PRÉFACE

L'urgence est le dénominateur commun de tout professionnel de santé. Quelle que soit sa formation, sa profession ou son mode d'exercice, l'infirmière ou l'infirmier (IDE) se doit de savoir et pouvoir y répondre car la société dans son ensemble (grand public, familles, administration, employeurs, autres professionnels...) va se tourner vers elle ou vers lui en cas d'urgence. Elle ou il est le dépositaire de leur confiance, tantôt premier maillon essentiel, tantôt dernier espoir ! *Savoir réagir, savoir-faire* et *savoir être* prennent tout leur sens, toute leur fierté, mais aussi tout leur stress dans ces situations quand on n'exerce pas l'urgence au quotidien. Le mérite et l'objectif de cet ouvrage sont précisément d'apporter des réponses concrètes sous la forme de fiches réflexes, de mémos d'urgence et d'astuces qui permettront à tout paramédical de se comporter professionnellement et souvent de se remémorer une expérience passée.

Cet ouvrage est opérationnel sous la forme de fiches synthétiques, véritable boîte à outils rappelant les procédures techniques. Les fiches réflexes sont comme notre « Plan blanc », les QR-codes tant à la mode ou les algorithmes décisionnels permettent en un coup d'œil de comprendre l'essentiel, mais aussi d'aller plus loin et de compléter ses recherches.

Sur le fond, ce livre se fonde sur les recommandations médicales, scientifiques et même juridiques (*European Resuscitation Council...*). Les compétences de l'IDE restent donc dans leur périmètre de compétences rappelé, tout en anticipant et comprenant l'environnement de l'urgence. Les algorithmes sont efficaces et les vignettes cliniques apportent une touche d'expérience.

Compagnon du quotidien aussi, ce livre sert de mémo dans la poche de la blouse avec les équivalences de dénominations communes internationales (DCI), les correspondances biologiques (j'avoue ne pas les avoir toutes testées ou vérifiées mais sourcées!).

Chacun y trouvera son compte dans l'intérêt du patient.

À l'heure des déserts médicaux et des évolutions majeures de la profession IDE (infirmière de pratique avancée, universitarisation...), il est essentiel que l'urgence soit enseignée en formation initiale et continue et qu'aucun professionnel ne perde de vue qu'elle fait l'essence même de son métier. Cette démarche doit toujours s'inscrire dans une interprofessionnalité et complémentarité avec notamment les médecins. Nous travaillons main dans la main au quotidien depuis des décennies ; un exercice moderne comprend aujourd'hui et demain des procédures délocalisées, ambulatoires, des relais de terrain ou encore de la téléexpertise grâce aux nouvelles technologies. Plus que jamais, l'infirmière et l'infirmier sont les partenaires de terrain et de proximité sur lesquels toute la société, dont les médecins, doit pouvoir compter avec une confiance professionnelle absolue.

Merci à Aymeric Lapp, cadre de santé et, en ce sens, encadrant de sa profession, d'avoir complété ce maillon probablement manquant, cela élève sa profession. L'infirmière ne s'arrête pas aux portes de son lieu d'exercice, quel qu'il soit. Plus qu'un métier, c'est souvent une vocation, en tout cas un engagement.

Dr Gérard Kierzek

Urgentiste, anesthésiste et réanimateur

Directeur médical de Doctissimo.fr, Groupe TF1/LCI

INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé, l'urgence peut être définie comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé et/ou son entourage¹ ». Cette notion d'urgence est bien souvent associée à une détresse vitale ce qui menace la vie d'une personne à court ou moyen terme.

Pour la victime ou son entourage, l'urgence se définirait plus comme une inquiétude associée à l'impossibilité de trouver une réponse adaptée à la situation.

Ainsi, le paradoxe existe entre l'urgence réelle et l'urgence perçue.

L'infirmière exerçant une activité de soins hors établissement de santé (libérale, scolaire, en entreprise ou tout exercice infirmier en-dehors d'une équipe de soins) se trouve confrontée à un contexte défavorable. En effet, face à une situation d'urgence, l'infirmière devient la professionnelle de santé de première ligne – voire parfois le premier témoin, alors qu'elle n'intervient pas en équipe –, avec généralement peu de moyens matériel. Ces situations, heureusement peu fréquentes, se heurtent à la nécessaire réactivité. En conséquence, l'infirmière doit gérer rapidement une situation avec des conséquences potentiellement vitales pour la victime, alors même qu'elle rencontre rarement ces situations et qu'elle a peu ou pas de matériel à sa disposition. De plus, elle fait face à une attente considérable de la victime et de son entourage car elle est le sachant.

Il n'est pas rare également de se voir destinataire de questions ayant trait à la santé pour lesquelles les personnes sont certaines que l'in-

firmière détient la réponse... puisqu'elle est infirmière. Ou encore de se voir solliciter par des usagers de la route venant d'avoir un accident et qui voit le caducée infirmier derrière le pare-brise.

Par ailleurs, l'infirmière est aussi forte de ses connaissances et de son expérience. Et dans l'urgence, ce qui fera le poids de la différence, c'est la gestion du stress.

Ainsi, avant de secourir, avant de réanimer, il est nécessaire de pouvoir identifier, observer, analyser la situation. Cette apparente perte de temps, fait au contraire gagner de précieuses minutes. Gérer l'urgence n'est pas agir dans la précipitation !

Des formations aux gestes et soins d'urgence existent et sont organisées par les centres d'enseignement des soins d'urgence implantés dans les hôpitaux publics sièges des SAMU. Elles sont destinées aux professionnels exerçant dans des établissements de santé ou dans des structures médico-sociales.

Ce livre a pour objet de faciliter la conduite à tenir dans une situation d'urgence et vient en complément des formations existantes. Dans la conduite à tenir lors d'une situation d'urgence, différentes actions sont évoquées. Ces dernières seront réalisées en fonction des moyens à disposition de l'infirmière. Si par mégarde quelques erreurs ou contrevérités s'étaient glissées dans cet ouvrage, je vous prie de m'en excuser.

« Qui veut guérir ses imperfections doit commencer par avoir le courage de se les avouer à lui-même. » Goswin de Stassart

AUTEUR

Aymeric LAPP – Infirmier cadre de santé paramédical, maîtrise en droit, économie, gestion mention management des organisations du secteur sanitaire et social, diplôme universitaire en médecine de catastrophe, diplôme universitaire en droit et responsabilité paramédicale, expert judiciaire près la Cour d'appel de Nancy, référent en situation sanitaire exceptionnelle, formateur gestes et soins d'urgence, moniteur national de premiers de secours, sapeur-pompier volontaire (sous-officier), auteur de plusieurs articles de revues professionnelles de santé.

Du même auteur

Le SAMU, l'urgence médicale au quotidien. Édilivre, 2017.

Guide aide-soignant – AS. Elsevier-Masson, 2021, 5^e édition (coauteur).

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier :

Léa Grandjean, adjointe des cadres hospitaliers, pour sa participation aux vidéos,

Laetitia Massol, hypnothérapeute, pour sa participation aux vidéos, Adeline Mathie, adjointe administrative, pour sa participation aux photographies,

Pauline Muller, pharmacienne, sapeur-pompier volontaire, pour son regard expert sur la pharmacologie,

Célia Reina, sage-femme, pour son regard expert sur l'accouchement inopiné,

Le groupe de formation aux gestes et soins d'urgence du 23 au 28 juin 2021 à Saint-Dizier (52) pour leur aimable concours aux photographies et vidéos,

Le groupe de formation aux gestes et soins d'urgence du 22 au 24 septembre 2021 à Saint-Dizier (52) pour leur aimable concours aux vidéos.

Je tiens à remercier mes filles, mes parents et ma compagne Laetitia pour leur soutien indéfectible.

À mes grands-parents...

ACRONYMES

ACEL : accident catastrophique à effet limité

ACR : arrêt cardiorespiratoire

AES : accident d'exposition au sang

AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

AMU : aide médicale urgente

ANCESU : association nationale des centres d'enseignement aux soins d'urgence

AIT : accident ischémique transitoire

ARM : assistant de régulation médicale

ARS : agence régionale de santé

ARSZ : agence régionale de santé de zone de défense et de sécurité

AVC : accident vasculaire cérébral

AVP : accident de la voie publique

BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive

CCS : centres de coordination et de sauvetage de l'aviation

CEE : choc électrique externe

CESU : centre d'enseignement aux soins d'urgence

CGCT : Code général des collectivités territoriales

CME : commission médicale d'établissement

CODAMUPS : comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

COS : commandant des opérations de secours

CPIAS : centre de coordination des actions de lutte contre les infections nosocomiales pour les établissements de santé

CROSS : centres régionaux opérationnels de surveillance et de sauvetage maritime

CRRA : centre de réception et de régulation des appels

CSP : Code de la santé publique

CTA : centre de traitement de l'alerte

CUMP : cellule d'urgence médico-psychologique

DAE : défibrillateur automatisé externe

DASRI : déchets d'activité de soins à risque infectieux

DASRI OPCT : déchets d'activité de soins à risque infectieux pour objets piquants coupants tranchants

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DGS : direction générale de la santé

DSA : défibrillateur semi-automatique

DSM : directeur des secours médicaux

EP : embolie pulmonaire

EN : échelle numérique

EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires

ES : établissement de santé

ESR : établissement de santé de référence

EVA : échelle visuelle analogique

FC : fréquence cardiaque

FR : fréquence respiratoire
FV : fibrillation ventriculaire
HTA : hypertension artérielle
IDM : infarctus du myocarde
IM : intramusculaire
IMV : intoxication médicamenteuse volontaire
IV : intraveineux
LVA : libération des voies aériennes
NRBC-e : nucléaire, radiologique, biologique, chimique et explosif
O₂ : oxygène
OAP : œdème aigu pulmonaire
ORSAN : organisation de la réponse sanitaire
ORSEC : organisation de la réponse de la sécurité civile
PBE : plan blanc élargi
PC : perte de connaissance
PCI : perte de connaissance initiale
PDM : plan départemental de mobilisation
PDS : permanence des soins
PLS : position latérale de sécurité
PMA : poste médical avancé
POI : plan d'opération interne
PPI : plan particulier d'intervention
PRS : projet régional de santé
PSE : pousse-seringue électrique
PSM : poste sanitaire mobile
PUMP : poste d'urgence médico-psychologique

PZM : plan zonal de mobilisation
PZMRS : plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires
RCP : réanimation cardiopulmonaire
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
SAMU : service d'aide médicale urgente
SC : sous-cutané
SDIS : service départemental d'incendie et de secours
SGDSN : secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale
SHA : solution hydroalcoolique
SIS : service d'incendie et de secours
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SpO₂ : saturation pulsatile en oxygène
SRoS : schéma régional d'organisation des soins
SROMS : schéma régional d'organisation médico-sociale
SSE : situation sanitaire exceptionnelle
SSSM : service de santé et de secours médical
SSU : secours et soins d'urgence
SU : service d'urgence
TA : tension artérielle
TC : traumatisme crânien
TRC : temps de recoloration cutanée
TIH : transport infirmier interhospitalier
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
VA : voies aériennes
VVP : voie veineuse périphérique

PARTIE I

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉS DE L'IDE FACE À UNE SITUATION D'URGENCE

Un article s'impose naturellement ici en invoquant la non-assistance à la personne en péril. En effet, lorsqu'un danger imminent et constant, avec situation faisant craindre de graves conséquences, menace une personne, l'article 223-6 du Code pénal impose à quiconque de porter assistance à une personne en péril ou encore d'empêcher un crime ou un délit contre l'intégrité corporelle.

Article 223-6 du Code pénal (modifié par la loi n° 2018-703 du 3 août 2018 – art. 5):

« Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

« Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

« Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le crime ou le délit contre l'intégrité corporelle de la personne mentionnée au premier alinéa est commis sur un mineur de quinze ans ou lorsque la personne en péril mentionnée au deuxième alinéa est un mineur de quinze ans. »

Cette obligation est renforcée pour l'infirmier par l'article R. 4312-7 du Code de la santé publique (modifié par décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 – art. 1):

« L'infirmier en présence d'un malade ou d'un blessé en péril, ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, lui porte assistance, ou s'assure qu'il reçoit les soins nécessaires. »

Mais l'infirmier a-t-il le droit d'agir s'il a des protocoles à sa disposition ? A-t-il le droit d'agir s'il est seul ?

Article R. 4311-14 du Code de la santé publique (modifié par décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021 – art. 1):

« 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.

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

Doit-il exiger une prescription écrite avant d'agir ?

Article R. 4311-7 du Code de la santé publique (modifié par décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021 – art. 1):

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1. scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2. scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3. mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;

- › 4. surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- › 4bis. surveillance et retrait de cathéters périnerveux pour analgésie postopératoire mis en place par un médecin ;
- › 5. injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a. de produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9,
 - b. de produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.
 Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers.
- › 6. administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;
- › 7. pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
- › 8. renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- › 9. réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- › 10. ablation du matériel de réparation cutanée ;
- › 11. pose de bandages de contention ;
- › 12. ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- › 13. renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- › 14. pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- › 15. pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- › 16. instillation intra-urétrale ;
- › 17. injection vaginale ;
- › 18. pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- › 19. appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- › 20. soins et surveillance d'une plastie ;
- › 21. participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- › 22. soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- › 23. participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- › 24. administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- › 25. soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- › 26. lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- › 27. bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- › 28. enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- › 29. mesure de la pression veineuse centrale ;
- › 30. vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- › 31. pose d'une sonde à oxygène ;
- › 32. installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- › 33. branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- › 34. saignées ;
- › 35. prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;

- › 36. prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
 - › 37. prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
 - › 38. prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
 - › 39. recueil aseptique des urines ;
 - › 40. transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
 - › 41. soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
 - › 42. entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
 - › 43. mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement. »
- En situation d'urgence, la prescription peut être orale et sera consignée par écrit *a posteriori* de la situation.

PARTIE II

ORGANISATION DES SERVICES DE SECOURS ET DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE

Structures publiques concourant aux secours à la personne et aux soins d'urgence

La loi précise les missions des deux services publics engagés dans les secours et soins d'urgence à la population, le service d'aide médicale urgente (SAMU) et le service d'incendie et de secours (SIS).

Les missions de sécurité civile sont assurées « principalement par les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours ainsi que par les personnels des services de l'État et les militaires des unités qui en sont investis à titre permanent¹ ». Par ailleurs, le service public hospitalier « concourt, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente² ».

SIS

Dans le cadre de ses compétences, le SIS exerce les missions suivantes³ :

- › la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- › la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- › la protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- › les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le SIS comporte un service de santé et de secours médical (SSSM)⁴, qui exerce les missions suivantes⁵ :

- › la surveillance de la condition physique des sapeurs-pompiers ; l'exercice de la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers ;

- › professionnels et de la médecine d'aptitude des sapeurs-pompiers volontaires, dans les conditions prévues à l'article R. 1424-28 du CGCT ;
- › le conseil en matière de médecine préventive, d'hygiène et de sécurité, notamment auprès du comité d'hygiène et de sécurité ;
- › le soutien sanitaire des interventions des services d'incendie et de secours et les soins d'urgence aux sapeurs-pompiers ;
- › la participation à la formation des sapeurs-pompiers de secours à la personne ;
- › la surveillance de l'état de l'équipement médico-secouriste du service.

Par ailleurs, il concourt aussi :

- › aux missions de secours d'urgence⁶ ;
- › aux opérations effectuées par les services d'incendie et de secours impliquant des animaux ou concernant les chaînes alimentaires ;
- › aux missions de prévision, de prévention, et aux interventions des services d'incendie et de secours, dans les domaines des risques naturels et technologiques, notamment lorsque la présence de certaines matières peut présenter des risques pour les personnes, les biens ou l'environnement.

Parmi les missions du SIS, le secours aux personnes consiste à :

- › assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou à un milieu hostile, exercer un sauvetage et sécuriser le site de l'intervention ;
- › pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat ;

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

2. Article L. 6112-1 du Code de la santé publique (CSP).

3. Article L. 1424-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT).

4. Article R. 1424-1 du Code général des collectivités territoriales.

5. Article R. 1424-1 du Code général des collectivités territoriales.

6. Article L. 1424-2 et par l'article 2 de la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

- › réaliser l'envoi de renforts dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin après avoir informé la régulation médicale du SAMU lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux¹ ;
- › réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Le prompt secours est défini² en France³ : « [...] une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ».

Enfin le SIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions qui se rattachent directement à ses missions de service public⁴. Le SIS peut demander aux personnes bénéficiaires, une participation aux frais, dans les conditions déterminées par délibération du conseil d'administration⁵, s'il a procédé à des interventions non statutaires.

Structures hospitalières de médecine d'urgence

Les missions du SAMU

Dans le cadre de l'aide médicale urgente qui « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et

parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état⁶ », le SAMU a pour mission « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les SIS⁷ ».

Les SAMU comportent notamment un centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) avec lequel ils assurent la régulation médicale des situations d'urgence et pour atteindre ces objectifs⁸ les SAMU :

- › assurent une écoute médicale permanente ;
- › déterminent et déclenchent la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- › s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- › organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- › veillent à l'admission du patient.

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir des moyens privés comme :

- › les transporteurs sanitaires privés ;
- › les médecins et paramédicaux libéraux.

1. Article R. 6311-6 du CSP.

2. Circulaire DHOS/01 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

3. Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

4. Article L. 1424-2 du CGCT.

5. Article L. 1424-2 du CGCT.

6. Article L. 6311-1 du CSP.

7. Article R. 6311-1 du CSP.

8. Article R. 6311-2 du CSP.

La participation de ces moyens privés, sous la responsabilité du SAMU, est déterminée par une convention¹.

La régulation médicale et l'intervention médicale

La régulation médicale du SAMU permet d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel concernant la détresse d'une personne. Lorsque l'appel, relevant du secours à la personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception². Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret professionnel, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie³ ».

Le SMUR

Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) permet d'assurer 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, la prise en charge en urgence d'un patient dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale et de réanimation. Après régulation par le SAMU, le transport de ce patient est orienté vers un établissement de santé⁴ adapté. L'équipe est composée d'un médecin spécialisé en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur. Doté de matériel de réanimation, il part de l'hôpital pour assurer le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence vitale.

> Traitement de l'appel

La réception et le traitement de l'appel pour secours et soins d'urgence à toute personne en détresse représentent l'étape initiale qui conditionne le déclenchement des moyens de secours adaptés. Trois

numéros d'urgence (15, 18 et 112) sont accessibles à la personne en détresse. Ils sont hébergés dans deux centres publics de réception et de traitement : le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) du SAMU (15) de l'établissement hospitalier et le centre de traitement des alertes (CTA – 18) du SIS.

Ces centres de réception des appels sont interconnectés pour permettre l'optimisation de la réponse apportée par la chaîne de secours et de soins d'urgence.

La réponse à l'appel ou à l'alerte est assurée dans le meilleur délai compatible avec la nature de la détresse et l'intérêt du patient ou de la victime. L'efficacité et l'efficacité de la coordination de ces services ont une attention particulière sur :

- › les délais des décrochés ;
- › les délais de déclenchement et d'intervention des moyens opérationnels adaptés ;
- › la pertinence des moyens engagés.

Supports des interconnexions CTA – CRRRA

Une interconnexion informatique et radiotéléphonique.

L'interconnexion informatique

Une interface entre les logiciels du SIS et du SAMU doit exister lorsque le logiciel d'interconnexion n'est pas commun. Quelle que soit la solution informatique utilisée, certaines données de l'appel doivent apparaître simultanément sur les écrans du SIS et du SAMU, notamment :

- › la localisation et l'identification de l'appelant ;
- › la nature de l'appel ;
- › la localisation des moyens disponibles pour intervenir ;
- › le suivi des interventions communes en cours, les données opérationnelles (horaires, délais, géolocalisation).

1. Article R. 6311-8 du CSP.

2. Article L. 6112-5 du CSP.

3. Article R. 6311-6 du CSP.

4. Article R. 6123-15 du CSP.