

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abdelhamid Ibn Badis de Mostaganem
Faculté des Sciences de la Nature et de la Vie



Département des Sciences Infirmières

Mémoire de Master en Sciences Infirmières
Option «Soins pré hospitaliers et gestion des urgences vitales »

Présenté par : DARSEBA Amina

THEME

Le rôle infirmier hors présence médicale face aux urgences

Soutenu publiquement le : 07/10/2017

Commission d'examen :

NOM, Prénoms	Grade	Qualité	Structure de rattachement
Dr.MZAAD Khadidja	Médecin urgentiste	Président	Faculté de médecine de mostaganem
Dr.SMAILI Mohamed	Maitre assistant en chirurgie thoracique	Rapporteur	EHU d'Oran
Dr.SABER Abdallah	Maitre assistant en anesthésie réanimation	Examineur	Faculté de médecine de mostaganem

Structure de stage : EHU d'Oran

De 15/03 au 01/06/2017

Année universitaire : 2016 /2017

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Contexte.....	3
Problématique.....	3
IINFIRMIER(E) EN MEDECINE D'URGENCE.....	5
I.1. Définition.....	5
I.2. Compétence.....	7
I.3. Liste des motifs de secours.....	9
I.4. Types de service d'urgence.....	10
I.5. Les cas d'urgence.....	11
I.6. Pharmacologie d'urgence.....	11
I.7-Le chariot d'urgence.....	12
RECOMMANDATIONS.....	14
L'INFIRMIER HORS PRESENCE MEDICALE.....	
1. Recommandations : arrêt cardiaque (adulte).....	14
2. Recommandations : antalgie (adulte).....	15
3. Recommandations : brûlure grave (adulte).....	17
4. Recommandations : difficulté respiratoire (adulte)	19
Recommandation :douleur thoracique.....	20
6. Recommandations: l'hypoglycémie.....	22
Lieu de stage.....	24

1-Accès au service des urgences médico-chirurgicales.....	27
I .2.Service des urgences.....	27
II .Cas clinique.....	29
-La prise en charge infirmière d'une patiente atteinte de l'asthme	
Résultats et discussion du questionnaire	33
Conclusion générale	36
Annexe.....	37
Bibliographie.....	43

Résumé

Les situations de détresse médicale inopinée, engageant le pronostic vital ou fonctionnel, imposent des soins d'urgences immédiats par des gestes spécifiques afin de préserver la vie et/ou la fonction des victimes. L'aide médicale urgente en Algérie ; apporte une réponse adaptée grâce aux modalités organisationnelles de notre système de santé permettant une médicalisation pré hospitalière de qualité précédant la réponse médicale hospitalière. Cette organisation ne peut toutefois ignorer l'obligation d'apporter une réponse immédiate et adaptée aux situations de détresse médicale auxquelles sont confrontés les infirmiers au quotidien dans leur exercice professionnel. On pense alors en premier lieu aux l'infirmier assurant un transport infirmier inter hospitalier ou exerçant leur métier comme infirmier sapeur pompier volontaire. Ces deux situations ne doivent pas faire ignorer les situations de détresse médicale confrontant les infirmiers des établissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes, les infirmiers en milieu scolaire ou en médecine du travail, les infirmiers militaires, etc.

Des recommandations ne représentent que la première pierre à l'édifice « Médecine d'urgence » et précisent, à la lecture attentive des situations cliniques retenues, les conditions de réalisation et de contrôle des gestes et soins spécifiques que l'infirmier peut effectuer.

Ainsi, définir les modalités de gestion des situations de détresse médicale prises en charge par l'infirmier sans médecin, représente un complément des dispositifs existants et devrait éviter une hétérogénéité de pratique et certains excès constatés liés à l'absence de référentiel.

des secours à la personne et de l'aide médicale urgente telle qu'elle existe en France. Celle-ci est fondée sur le recours permanent possible de l'avis du médecin régulateur du SAMU et sur l'intervention d'une équipe médicalisée en cas de besoin. La mise en place des recommandations imposera toutefois dans le futur de gros efforts d'investissement en termes de formation initiale des infirmiers au sein des instituts de formations en soins infirmiers; et dans l'immédiat, la mise sur pied de sessions de formations qui pourraient appuyer sur les centres d'enseignement des soins d'urgence.

À l'application de ces nouveaux outils. Elle encourage dès à présent leur évaluation par des protocoles de recherche infirmiers menés dans le respect de leur périmètre.

I. INTRODUCTION :

Lors de son exercice professionnel un infirmier peut être confronté à une situation inopinée de détresse médicale. Hors présence médicale.

Il pourrait être amené à effectuer des gestes complémentaires au secourisme afin de préserver le pronostic vital et/ou fonctionnel.

Dans le système de santé Algérien le recours à un médecin urgentiste est possible 24 heures sur 24 par le biais du centre de réception et de régulation des appels.

Différents articles du décret de compétences inscrits dans le code de santé publique rappellent le rôle propre, les actes sous prescriptions médicales et les protocoles de soins d'urgence.

Une situation de détresse médicale s'entend comme une situation inopinée où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé, pouvant bénéficier de soins d'urgence immédiats.

II. LE CONTEXTE :

Un infirmier 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 Algérie, il est possible d'être mis en contact par téléphone avec un médecin urgentiste 24 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.

III. LA PROBLEMATIQUE:

Dans de nombreuses situations, l'infirmier 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'urgence 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'urgence 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 infirmiers de plusieurs institutions, infirmier effectuant des transports infirmiers inter hospitaliers, infirmier des établissements d'hébergements des personnes âgées dépendantes (EHPAD), infirmier en milieu scolaire, infirmier chez les sapeurs pompiers, infirmier du travail, infirmier militaires, etc...

Il paraît important d'élaborer des recommandations précisant la conduite à tenir d'un infirmier 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 Algérie

La définition des situations cliniques pour lesquelles de telles recommandations ont été envisagées, a été établie pour correspondre aux situations d'urgence 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 protocole de soins d'urgence éligibles aux infirmiers des sapeurs pompiers habilités.

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 les cas d'urgences ?

Quelles conditions et sous quel contrôle ?

I. INFIRMIER(E) EN MEDECINE D'URGENCE

I.1. Définition :

La définition du contexte de travail commence déjà par la complexité de la définition de ce qui est qualifié « d'urgence ». Pour ce faire, nous avons choisi de citer Nicole AUBERT dans son livre « Le culte de l'urgence »

« L'urgence est d'ailleurs elle-même une notion aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois, d'abord une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur une situation (urgence subjective) et enfin une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate). Ainsi, en poussant les choses à l'absurde, on en arrive à ce qu'« une situation est urgente parce que, jugée urgente, elle appelle une réponse urgente ».

D'objective en première instance, l'urgence est en réalité souvent subjective et en référence étroite au système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement d'urgence.

Il y a là un processus de glissement qui part d'une nécessité véritable justifiant une réponse rapide pour aboutir à une manière de faire plus ou moins systématique.»

En effet, si la notion d'urgence peut apparaître subjective du point de vue du patient, elle ne saurait l'être pour des infirmiers, professionnels de l'urgence. Face à la complexité des pathologies, la multiplicité de leurs manifestations cliniques, l'afflux de patients, la charge de travail, le stress et une multitude d'autres facteurs, une compétence infirmière s'avère indispensable pour éviter les pièges liés à la subjectivité, la routine, l'empressement ou la systématisation des prises en charge.

La Médecine d'Urgence, elle a été définie par la Société Francophone de Médecine d'Urgence, en 2003, dans la Charte de Médecine d'Urgence:

« La mission générale: La Médecine d'Urgence est une spécialité ayant pour mission de répondre en permanence, de manière adaptée aux demandes et/ou symptômes inopinés et urgents des malades et blessés jusqu'à leur orientation.

Toute personne, sans sélection, confrontée à un problème de santé inopiné, peut 24h/24, accéder aux compétences des professionnels de la Médecine d'Urgence.

Les fonctions essentielles et indissociables de la Médecine d'Urgence sont :

- Identifier et hiérarchiser, dès le premier recours aux soins, les besoins inopinés des malades ou blessés à travers leurs demandes et /ou symptômes, selon des méthodes et une expertise adaptée aux conditions d'exercice de la Médecine d'Urgence.
- Mettre en œuvre les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques notamment en ce qui concerne les situations à risque vital et/ou fonctionnel.
- Réguler et coordonner la prise en charge des malades ou blessés afin de les orienter vers les structures, les filières et réseaux de soins les plus adaptés à leurs besoins, de manière concertée quand nécessaire avec les autres acteurs Référentiel Compétences
- Assurer la surveillance, les soins et l'observation nécessaire jusqu'à leur orientation.
- Participer aux missions de prévention, de veille et d'alerte sanitaire dans le cadre du soin urgent individuel ou collectif et répondre aux situations d'urgence collective de tout type au travers des plans de secours établis avec les autorités.
- Organiser la formation des professionnels de l'Urgence.
- Assurer l'évaluation en Médecine d'Urgence en s'inscrivant dans une démarche qualité.
- Promouvoir et développer la recherche en Médecine d'Urgence.
- Elle s'exerce dans les structures de Médecine d'Urgence qui comprennent :
- Le Service d'Aide Médicale d'Urgence (Samu), la régulation des appels adressés au Centre 15,
- Le Service de Médecine d'Urgence et de Réanimation (Smur),

- La Structure des Urgences,
- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée,

I.2. Compétence :

La définition de la compétence n'est pas tout à fait arrêtée de façon consensuelle. Elle correspond à la mobilisation et à la combinaison dans l'action d'un certain nombre de ressources individuelles ou collectives : connaissances, savoir-faire technique, savoir-faire relationnel, aptitudes et qualités.

Nous choisissons de vous donner la définition d'un des meilleurs experts et praticiens du management des compétences,

« La compétence constitue :

Un « savoir mobiliser ». Il ne suffit pas de posséder des connaissances ou des capacités pour être compétent. Il faut savoir les mettre en œuvre quand il le faut et dans les circonstances appropriées.

Un « savoir combiner ». Le professionnel doit savoir sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire des ressources, les organiser et les employer, pour réaliser une activité professionnelle.

Un « savoir transférer ». Toute compétence est transférable ou adaptable.

Un « savoir-faire éprouvé et reconnu ». La compétence suppose la mise à l'épreuve de la réalité.
»

La compétence renvoie donc à l'action et à l'efficacité. Pour être reconnue, elle doit être évaluée.

Comme nous l'avons vu plus haut, la compétence est un pouvoir agir. Ce pouvoir peut s'entendre

de deux manières :

Du point de vue juridique : faire ce que l'on a le droit et le devoir de faire.

Du point de vue psychosociologique : faire ce que l'on sait faire.

Or, il n'y a pas toujours cohérence entre ces deux aspects de la compétence. Cet état de fait explique:

Parfois, l'absence d'agir justifiée par le manque de moyens intellectuels,

Savoir-faire.

Mise en œuvre d'un savoir et d'une habileté pratique maîtrisée dans une réalisation spécifique.

Jugement clinique/Résolution de problème

Savoir faire l'analyse et la synthèse de données provenant de sources diverses. En tirer des hypothèses.

Utiliser les conclusions pour adapter la prise en charge. Faire évoluer ces hypothèses en fonction de toute modification de l'état du patient.

I.3. Liste des motifs de secours:

1. DEFAILLANCES VITALES
2. SAIGNEMENT EXTERIORISE NON TRAUMATIQUE
3. DYSPNEE
4. DOULEUR
5. PLAIES – BRULURES – TRAUMATISMES
6. TROUBLES DE CONSCIENCE OU DE SON EXPRESSION
7. TROUBLE DES FONCTIONS MOTRICES, SENSITIVES ET SENSORIELLES
8. MALAISE - AEG – ASTHENIE
9. VOMISSEMENTS – DIARRHEE
10. FIEVRE
11. EXPOSITIONS A RISQUE Au froid A.E.S. N.R.B.C.
12. INTOXICATIONS
Intoxication Médicamenteuse Volontaire (I.M.V.)
Conduites addictives (Alcoolisation, Stupéfiants)
Monoxyde de carbone
13. PSYCHIATRIE
14. PATHOLOGIE MATERNO-FETALE
15. PATHOLOGIE PEDIATRIE

I.4. Types de service d'urgence:

On trouve deux types de service d'Urgences :

- les Services d'Accueil des Urgences ou Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, centres des réseaux de services d'Urgences.
- les Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences, situés dans les hôpitaux de proximité.

Les unités d'Urgences sont ouvertes 24h/24h et ont pour obligation d'accueillir et de prendre en charge, sous la responsabilité d'un médecin «temps plein », qualifié et expérimenté, toute personne se présentant en situation d'urgence

Médico-chirurgicale ou psychiatrique. Les Urgences apparaissent ainsi comme l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Cette porte d'entrée génère donc la venue de personne de tous horizons (culturels, et sociaux) dans une demande immédiate de soins.

Les Urgences sont caractérisées par :

- un flux de fréquentation irrégulier.
- une diversité des motifs de consultation (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux, ...).
- une alternance de problèmes d'urgence graves – détresse vitales nécessitant précocité et qualité des soins – et moins graves, pouvant être différés.
- l'existence d'un plateau technique complet (laboratoire, imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire,...) disponible 24h/24h dans les S.A.U

I.5. Les cas d'urgence

En l'absence d'un médecin, l'infirmier 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 accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin.
- Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrits, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

2- En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole,

- l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin
- Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne

Vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

I.6. Pharmacologie d'urgence:

• *Etat de choc:*

Amines: adrénaline, noradrénaline, dobutamine, dopamine

• *Urgences cardiovasculaires:*

Bradycardie: atropine,

Hypotension: ephedrine Angor/OAP/EP: dérivés nitrés Troubles du rythme cardiaque:

amiodarone, diltiazem, adenosine, lidocaïne (+isoprénaline = amine)

- **Sédatifs et analgésiques:** Intubation endotrachéale : propofol, etomidate, midazolam, suxamethonium
- **Urgences pneumologiques:** Asthme aigu grave/ poussée de BPCO: salbutamol, methylprednisolone Détresse respiratoire: hydrocortisone
- **Urgences neurologiques:** Etat de mal épileptique/ convulsions/delirium tremens: clonazepam, diazepam, phenobarbital, fosfentyoïne, thiopenthal • Urgences métaboliques: Hypoglycémie: glucose Hyperkaliémie: chlorure de calcium
- **Antidotes:** Intoxications: naloxone, flumazenil, neostigmine

I.7-Le chariot d'urgence :

Traitements injectables

Adrénaline 5 mg / 5 ml 5 ampoules.

Amiodarone 150 mg / 3 ml 3 ampoules

Atropine 0,5 mg / 1 ml 4 ampoules

Chlorure de calcium 1g / 10 ml 2 ampoules

Dobutrex 250 mg / 20 ml 1 ampoule

Ephédrine 30 mg / 10 ml 2 ampoules

Glucosé 3 g / 10 ml 2 ampoules

Hypnovel 5 mg / 5 ml 2 ampoules

Hydrocortisone 100 mg 1 flacon

Isuprel 0,2 mg / 1 ml (réfrigérateur) 5 ampoules

Lasilix 20 mg / 2 ml 4 ampoules.

Narcan 0,4 mg / 1 ml 2 ampoules.

Natispray 1 flacon pulvérisateur.

Noradrénaline 8 mg / 4 ml 2 ampoules.

Rivotril 1 mg / 1 ml 2 ampoules.

Salbutamol 5 mg / 5 ml 2 ampoules.

Sérum physiologique inj 10 ml 10 ampoules.

Solumédrol 40 mg 1 flacon.

Solumédrol 120 mg 1 flacon

Ventoline spray 1 flacon pulvérisateur.

RECOMMANDATIONS :

L'INFIRMIER HORS PRESENCE MEDICALE

1. Recommandations : arrêt cardiaque (adulte)

1.1. 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:

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

L'INFIRMIER SEUL DEVANT UNE SITUATION DE DETRESSE MEDICALE.

Identifier les gestes secouristes effectués 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.

1.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut poursuivre les manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et de défibrillation

- Il est recommandé de poser une voie veineuse périphérique sous réserve que l'acte n'interrompe pas les manœuvres de RCP
- Les experts proposent de préparer une injection d'adrénaline
- 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.
- Il n'est pas recommandé d'injecter d'autre dose d'Adrénaline hors avis médical (médecin sur place ou médecin régulateur du Samu).
- Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander l'administration d'amiodarone hors avis médical.

1.3. SURVEILLANCE

- en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière
- Surveillance de la reprise d'une activité cardiaque
- signes de vie dont pouls carotidien.

2. Recommandations : antalgie (adulte)

2.1. 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 (SpO₂), évaluation de la douleur.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER:

Signes périphériques de choc, trouble de conscience.

22. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

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

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

L'INFIRMIER SEUL DEVANT UNE SITUATION DE DETRESSE MEDICALE.

- 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.
- Il faut systématiquement réévaluer la douleur après la mise en œuvre d'une mesure

antalgique.

- 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 contre-indications.
- Les experts recommandent l'utilisation de paracétamol seul ou en Co-analgésie pour toute douleur.
- Les recommandations actuelles n'autorisent pas l'utilisation de la morphine par un infirmier sans qu'un médecin soit immédiatement disponible.
- Les experts proposent la réalisation rapide d'études cliniques de haut niveau de preuve avant de pouvoir modifier ce principe de prise en charge.
- Toutefois, l'utilisation de morphine par un infirmier peut être réalisée sur prescription du médecin régulateur du Samu. de réanimation pré hospitalière.
- Evaluation régulière de la douleur, surveillance de l'apparition d'effets indésirables des thérapeutiques entreprises.

2.3. Surveillance En attente, d'une équipe médicale.

3. Recommandations : brûlure grave (adulte)

3.1. 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'éventuel les lésions traumatiques associées, la notion d'une explosion.

PARAMETRES VITAUX:

Pouls, pression artérielle, fréquence respiratoire, SpO₂, 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 9de Wallace) et estimation de la profondeur des brûlures.

3.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

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

3.3. SURVEILLANCE

En attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalier

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

L'INFIRMIER SEUL DEVANT UNE SITUATION DE DETRESSE MEDICALE

- Contrôler : pouls, tension non invasive, fréquence respiratoire, SpO₂, signes périphériques de choc, troubles de conscience, température corporelle.
- 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.

4. Recommandations : difficulté respiratoire (adulte) :

4.1. 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 sentie 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, SpO₂, 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).

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

L'IDE SEUL DEVANT UNE SITUATION DE DETRESSE MEDICALE.

4.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut administrer de l'oxygène à tout patient.
- Les patients connus comme insuffisant respiratoire chronique doivent avoir un débit d'oxygène limité à 2l/min, sauf avis du médecin régulateur.
- Il est recommandé de respecter la position spontanée du patient.
- Chez l'asthmatique connu, il est recommandé mettre en place le plus tôt possible un aérosol de β_2 mimétique sous oxygène.
- En cas de critère de gravité, les experts proposent la mise en place d'une voie veineuse périphérique de sécurité.

4.3. SURVEILLANCE :

en attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Surveiller l'apparition de signe de gravité et contrôler le DEP après aérosol.

5. Recommandations : douleur thoracique non traumatique :

5.1. 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, SpO₂, état de conscience, glycémie capillaire.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER:

Détresse respiratoire, signes périphériques de choc.

5.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- Il faut un DAE à proximité du patient.
 - Les experts proposent la mise en place d'une voie veineuse périphérique.
 - Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander la réalisation d'un électrocardiogramme avant la transmission du bilan infirmier.
 - Toutefois, les experts proposent, après la transmission du bilan, la réalisation d'un ECG
- 18
- dérivations de référence.
 - 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).

5.3. SURVEILLANCE

En attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Toute modification dans l'état clinique du patient, notamment la modification de la douleur, justifie la transmission immédiate d'un bilan complémentaire par l'infirmier au médecin régulateur du Samu.

6. Recommandations: l'hypoglycémie

6.1. 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 < 3mmol/l.

ANAMNESE :

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

PARAMETRES VITAUX:

Pouls, tension non invasive, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, SpO2.

SIGNES DE GRAVITE SPECIFIQUES A RECHERCHER:

Trouble de conscience, crise convulsive.

6.2. ACTIONS ET ACTES INFIRMIERS

- En cas de trouble de conscience ou d'impossibilité d'utiliser la voie per os, il faut

administrer du sérum glucosé par voie intraveineuse.

- Les experts recommandent la mise en place d'une voie veineuse périphérique pour
- l'administration intraveineuse de sérum glucosé
- Il est recommandé d'utiliser la voie per os pour l'administration de glucose lorsque l'état de conscience le permet.
- En cas d'administration intra veineuse, les experts proposent l'administration initiale de 20 à 40 ml de sérum glucosé à 30%.
- Les experts proposent l'administration de glucagon intramusculaire en cas d'impossibilité d'administration per os ou intraveineuse de glucose.

6.3. SURVEILLANCE

En attente d'une équipe médicale de réanimation pré hospitalière

- Contrôler la glycémie capillaire après l'administration initiale de glucose et avant l'administration de dose complémentaire en cas de trouble de conscience persistant.

I. Lieu de stage : EHU Oran

I.1. Définition de l'établissement Hospitalo-universitaire d'Oran :



L'établissement hospitalier universitaire d'Oran, ci-après dénommé, par abréviation « EHU », est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, sous la tutelle administrative du ministre de santé.

L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est organisé en structures hospitalo-universitaires créées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

La tutelle pédagogique universitaire est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.



L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

Dans ce cadre, l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) a notamment pour missions :

En matière de santé :

- D'assurer des activités de haut niveau dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de la santé ;
- De participer à l'élaboration de normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- De développer toutes actions, méthodes, procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines et matérielles ;
- De développer, en son sein, des pôles d'excellence dans les domaines précités.

En matière de formation :

- D'assurer, en liaison avec les institutions de formation supérieur en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;
- D'initier toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.

En matière de recherche :

- D'effectuer tous travaux de recherche en sciences de la santé et dans tous les domaines en rapport avec ses missions ;
- D'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue
- De promouvoir les activités de soins de formation supérieur et de recherche en sciences médicales

L'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est également chargé de participer en relation avec les autorités concernées à la mise en synergie des institutions de santé pour assurer la cohérence et la hiérarchisation des soins dans la zone sanitaire couverte.

Pour l'accomplissement de ses missions et le développement de ses activités l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) peut conclure tout marché convention contrat ou accord avec tout organisme public ou privé national ou étranger.

Le projet d'établissement fixe les objectifs généraux annuels et pluriannuels et les stratégies de développement de ses activités, notamment dans les domaines des soins, de formation supérieure, de la recherche, de la démarche sociale, de la communication interne et externe et de la gestion du système d'information.

Le projet qualité fixe la politique de l'établissement en matière de qualité totale et de soins en particulier. L'EHU conclut des contrats d'objectifs avec les autorités sanitaires et de formations supérieures

1-Accès au service des urgences médico-chirurgicales

L'accès au service des UMC est réservé exclusivement :

1. aux mutations internes des patients hospitalisés dans l'un des services de l'EHUO dont l'état de santé nécessite une prise en charge en urgence
2. aux évacuations des malades transférés à partir des établissements publics ou privés. Les procédures d'évacuation sont décrites dans le point suivant

Les procédures relatives au plan ORSEC et les réquisitions de l'autorité judiciaire ne sont pas concernées par cette disposition.

I.2.Service des urgences :

1. Définition, but et fonction du service des urgences :

Dans le langage courant, l'urgence se rapporte à la nécessité d'agir vite.

Dans le secteur de la santé, à cette notion de rapidité s'ajoute la menace de l'intégrité physique ou de la vie d'une personne dans un délai bref.

On peut définir les urgences comme étant :

« L'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie ».

Le service a pour **mission** d'accueillir 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et sans sélection, tout patient se présentant en situation clinique imprévue, et ce, même sans pièce d'identité ou Couverture sociale.

Le service d'accueil des urgences assure la prise en charge de **différents types d'urgences** : Médicales, chirurgicales, psychiatriques et sociales.

Depuis 1991, cette même circulaire définit le rôle de l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (I.A.O) qui a pour but d'**accueillir** les patients arrivant seul ou en ambulance. C'est à elle qu'incombe la tâche de repérer et évaluer les **signes de gravité** afin d'orienter le patient vers le lieu de soins le plus adapté.

Les différents niveaux d'urgence sont au nombre de 5 6: urgence immédiate,

- ✓ État très urgent (prise en charge < 15 minutes)
- ✓ État urgent (prise en charge <30 minutes)
- ✓ Urgence relative (prise en charge dans les 60 minutes)
- ✓ État non urgent (délais variables généralement supérieur à 120 minutes).

Au delà de la prise en charge médicale, le rôle du personnel sera d'**informer** et d'apporter un **soutien psychologique** au patient.

Ce premier contact constitue la première étape dans l'admission du patient aux urgences. Il permettra en aval la prise en charge de sa pathologie par du personnel spécialisé et aboutira peut être à une hospitalisation dans un service de soins adapté.

On peut ainsi considérer l'accueil des urgences comme le « *pivot de l'organisation sanitaire* » : placé entre médecine libérale et services de soins traditionnels, assistance médicale et soutien social, urgence vraie et urgence ressentie, il répond à la demande de tous.

Cependant, on observe depuis quelques années une dérive des missions d'origine, rendant de plus en plus délicate la dispensation de soins.

2. Évolution du service des urgences

Entre 1990 et 2008, la fréquentation des services d'urgences au niveau national a doublé.

Cette évolution croissante de la fréquentation en fait le service médical le plus fréquenté. Selon un rapport annuel de la Cour des Comptes, l'essor important de l'affluence dans les services d'urgences s'explique par le glissement du rôle premier des urgences : la prise en charge des cas les plus graves vers un « service de consultation non programmé »

II .Cas clinique :

-La prise en charge infirmière d'une patiente atteinte de l'asthme :

Madame X, 64 ans, se présente en urgence pour une crise d'asthme. Madame X a connu de nombreux épisodes de dyspnée depuis l'enfance. Le diagnostic d'asthme chronique (à dyspnée continue) a été posé tardivement, faute de suivi médical. Les facteurs déclenchant sont mal identifiés. Pendant une dizaine d'années, son médecin traitant lui avait prescrit du Cortancyl (Prednisolone Corticoïde) par voie orale en continu. Il y a 2 ans, les effets secondaires devenant importants, Madame X. a consulté un pneumologue qui a modifié le traitement.

1. L'accueil du patient en crise

- ✓ L'installer en position assise, maintenu par plusieurs coussins
- ✓ observation de l'état de conscience
- ✓ Mettre en place une voie veineuse.
- ✓ Le rassurer et l'encourager
- ✓ Laisser la sonnette à sa portée afin qu'il puisse signaler une aggravation de son état respiratoire

2. Evaluation de la sévérité de la crise avec les critères observés

Crise d'asthme légère

3. Recueil des données

-Interrogatoire

- ✓ Traitement : Sérétide®, 1 bouffée matin et soir (suspension pour inhalation en aérosol-doseur)
- ✓ Lieu de résidence : rural
- ✓ Intoxication tabagique : son marie est fumeur
- ✓ Gêne respiratoire nocturne : 2 fois par mois

- ✓ Gène 1 fois par semaine

4. Examen Clinique

- ✓ Pas de difficultés à la parole, peut marcher
- ✓ Pas de signes de lutte
- ✓ Constantes : FC 90/min, FR 20/min, T° 37,2
- ✓ Fréquence respiratoire : 23 mouvements/minute.
- ✓ Absence de cyanose.
- ✓ Pouls radial : 95 battements/minute.

5. Évaluation gazométrique

- ✓ Débit expiratoire de pointe (DEP) est : 85% (Cette mesure simple et objective permet d'évaluer le degré de l'obstruction bronchique)
- ✓ SatO₂ : 96%

A. L'oxygénothérapie

-Oxygène 3 à 4 litres/mn pendant 10 à 15 minutes Cette nébulisation être répétée toutes les vingt minutes durant la première heure.

(L'oxygène doit être administré à tous les patients en détresse respiratoire aiguë.) est administré par des lunettes nasales, ou par un masque. On veillera à obtenir une saturation en oxygène supérieure à 92 %.

B. Bêta-2 mimétiques:

La voie d'administration la plus efficace est l'inhalation par nébulisation a raison d'une dose de 2 ml = 5 mg (Salbutamol) toutes les 20 minutes pendant 1 heure

La durée de la surveillance varie de 1h30 à 2 heures

C. Corticothérapie

Solumédrol par voie intraveineuse.

6. Une évaluation de la réponse au traitement

La réponse incomplète alors le traitement et la surveillance se prolongent durant la deuxième heure.

7. Surveillance

- ✓ Surveillance du patient : Hypoxie Hypercapnie
- ✓ Surveillance de la SatO₂, du DEP, FR

8. Education de patiente

A. Education de la patiente pour éviter les crises la conduisant à l'hôpital

Conseils à donner au patiente asthmatique :

- ✓ La prise de plus de 15 bouffées d'aérosol doseur = signe d'aggravation --> consulter ton médecin sans attendre
- ✓ Savoir évaluer ta fonction respiratoire à l'aide du DEP : une forte diminution supérieure à 30% = risque de crise
- ✓ Connaître tes allergies : médicaments, pneumallergènes, aliments --> les éviter
- ✓ Eviter et traiter rapidement les infections respiratoires, bronchites basses ou hautes, sinusites, otites
- ✓ Eviter les fortes odeurs
- ✓ Savoir reconnaître la crise : toux, gêne respiratoire, anxiété, sifflement
- ✓ Consulter rapidement ton médecin en cas de crise.
- ✓ Suivre tes prescriptions, suivre un traitement de fond, connaître ta fonction respiratoire par spiromètre.

B. Education d'un patient sous corticoïdes

- ✓ La voie en aérosol doseur est préférable : pas de risques pour cette voie
- ✓ Penser à se rincer la bouche pour éviter les mycoses
- ✓ Voie générale : risques de la corticothérapie à surveiller : ulcère gastroduodéal, déminéralisation, amyotrophie.
- ✓ Attention au sevrage brutal (arrêter très progressivement).
- ✓ Régime pauvre en sucre et en sel

C. Education d'un patient sous bêta 2-mimétiques

- ✓ En aérosol doseur : bonne technique à apprendre, sinon utiliser une chambre d'inhalation.
- ✓ Respecter les intervalles de prise
- ✓ Par voie orale : respecter les doses et horaires de prise
- ✓ Effets secondaires : tachycardie, tremblements
- ✓ Jamais d'autres prises

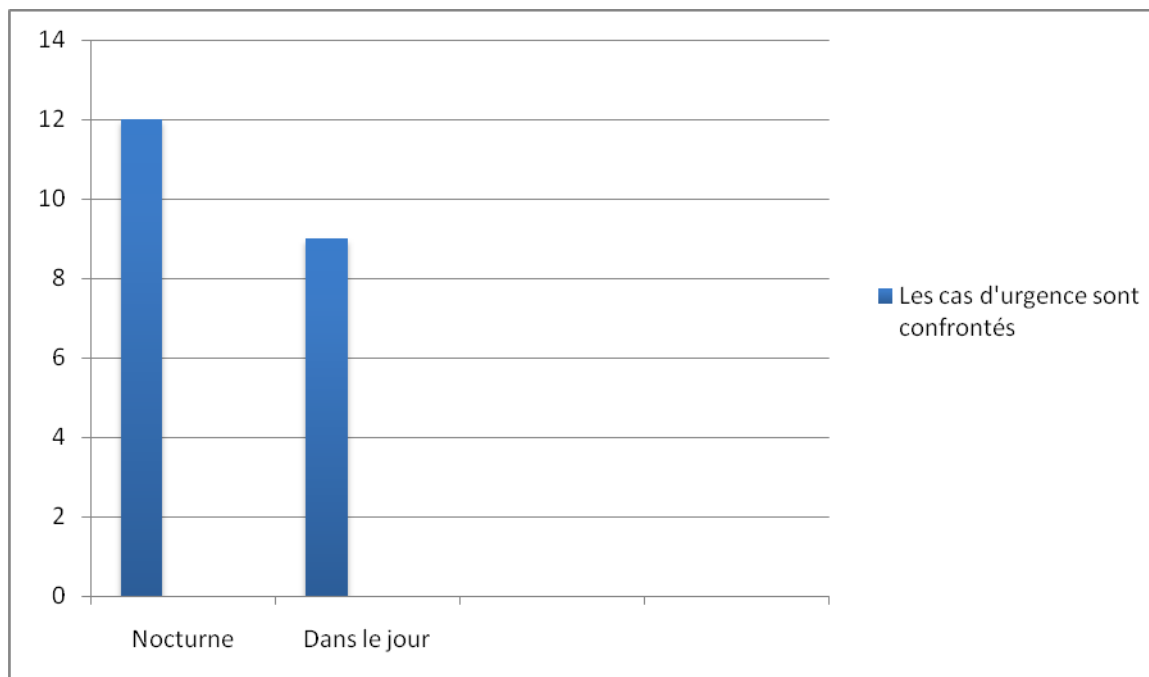
9. Conclusion

- ✓ Crise d'asthme aigue légère
- ✓ Madame T.va mieux, sa sortie à domicile, où elle vit seule, est prévue dans quelques jours.
- ✓ Le traitement par Sérétide® sera réintroduit demain et à poursuivre au domicile
- ✓ Le Médecin prescrit l'achat d'un appareil de mesure du débitmètre de pointe (DEP)

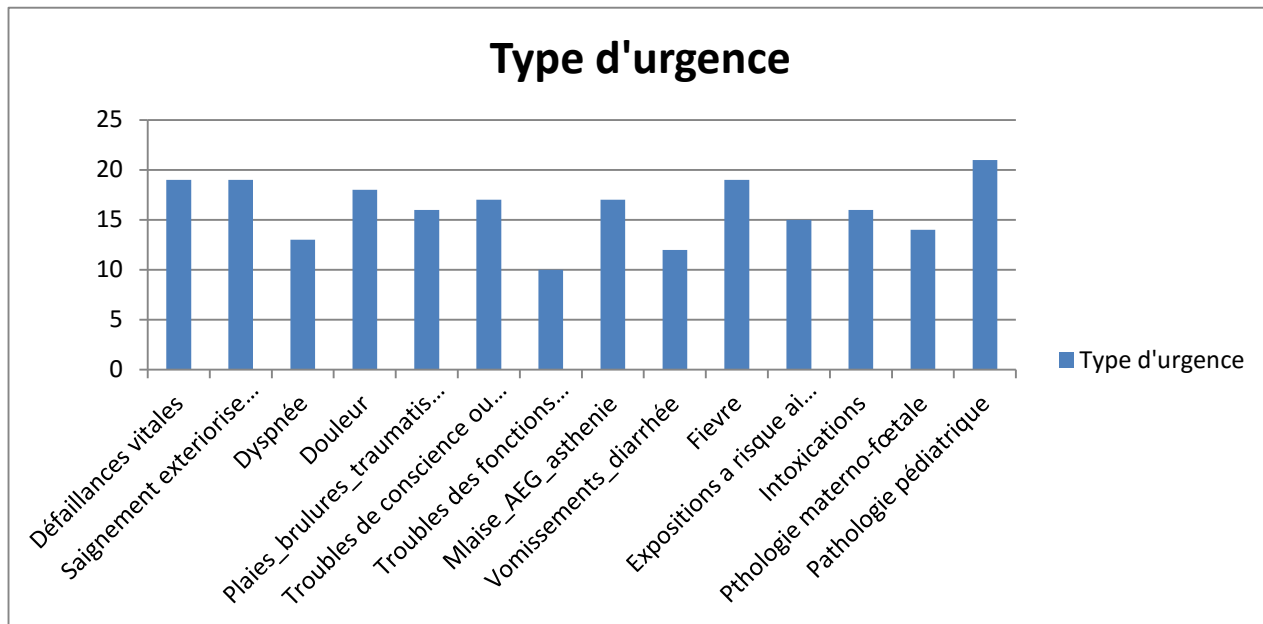




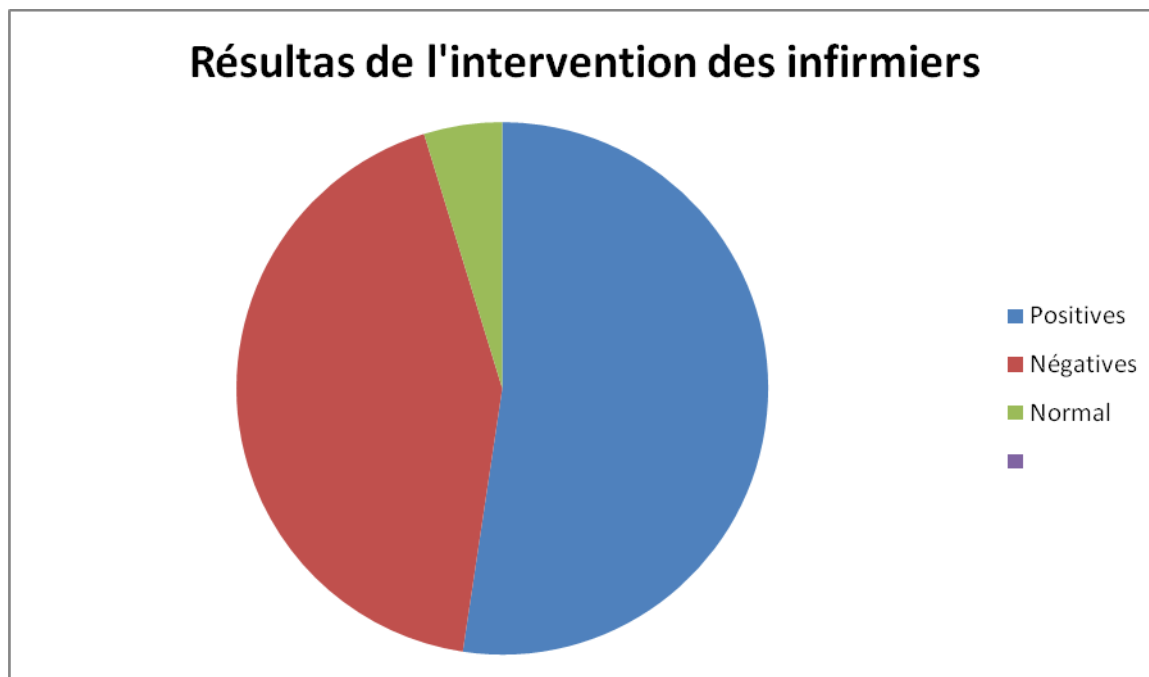
Résultats et discussion du questionnaire :



On observe que les cas d'urgences hors présence médicale sont surtout nocturnes.



On observe que tous les infirmiers ont presque rencontré une des urgences vitales ou plus.



On remarque que les interventions des infirmiers hors présence médicale face aux urgences sont presque tous positives

CONCLUSION:

Les résultats de cette recherche m'ont permis de me rendre compte sur beaucoup de choses vis-à-vis de mon exercice professionnelle futur. En effet, avant même le début de ma formation j'avais en tête de nombreuses idées reçus quand aux réalités du métier d'infirmier. Au fur_et_ a mesure des cinq ans de formation, je me suis personnellement rendu compte que le nombre de mes idées préconçues étaient en réalité fausses et que l'exercice professionnel quotidien relevait d'un nombre incalculable de problématiques qui nous semblent parfois loin des pratiques réelle des infirmiers. Ainsi, il m'est apparu que la professionnalisation est un processus sans fin et que les freins éventuels que j'avais identifiés avec l'aide de mes recherches ne se sont pas tous avérés vérifiés et certains soignants ont par ailleurs identifiés des freins auxquels je n'avais même pas songé a un seul moment.

Et pour conclure, se prosterner impérativement à la directive pédagogique et expérimentale pour pouvoir bien prendre en charge le patient. En outre, les infirmiers devrait être a jour concernant les nouvelles techniques de soins, en subissant des formations continues sur ses derniers techniques dans le domaine de la santé en général.



ANNEXE

Questionnaire :

1. Est ce que vous avez déjà confronter un cas d'urgence ou plus hors présence d'un médecin ?

OUI NON

2. Quel était le type d'urgence ?

- . DEFAILLANCES VITALES
- . SAIGNEMENT EXTERIORISE NON TRAUMATIQUE
- . DYSPNEE
- . DOULEUR
- . PLAIES – BRULURES – TRAUMATISMES
- . TROUBLES DE CONSCIENCE OU DE SON EXPRESSION
- . TROUBLE DES FONCTIONS MOTRICES, SENSITIVES ET SENSORIELLES
- . MALAISE - AEG – ASTHENIE
- . VOMISSEMENTS – DIARRHEE
- . FIEVRE
- . EXPOSITIONS A RISQUE Au froid A.E.S. N.R.B.C.
- . INTOXICATIONS
- . PSYCHIATRIE
- . PATHOLOGIE MATERNO-FËETALE



. PATHOLOGIE PEDIATRIE

3. Avez-vous réagi face a cette urgence ?

-OUI

-NON

4 .Comment les résultats de votre intervention ont été ?

-Positives

-Négatives

-Normal

5. Quel était le type de soins que vous avez pratiqué ?

- massage cardiaque

- intubation

- pose de voie veineuse

- administration de traitement

6. Si les résultats ont été négatives, pourquoi ?

-MANQUE DE FORMATION

-MANQUE D'EXPERIENCES

-ABSENCES DE CADRE LEGISLATIF



7 .Ces cas d'urgences que vous avez confronté, sont surtout

-DANS LE JOUR

-NOCTURNE

7.Selon vous quelles sont vos propositions pour améliorer le role de l'infirmier ?

-

LEXIQUE :

Situation inopinée : Inopiné signifie d'un événement qui intervient de façon totalement **imprévue**, indépendante d'une quelconque volonté et qui prend par surprise une personne qui se retrouve désemparée devant cette situation.

Pronostic vitale : Le **pronostic vital** est un terme médical qui désigne les risques de décès (ou les chances de survie) d'un malade en cas de maladie ou suite à un accident. On dit que le **pronostic vital** d'une personne est **engagé** s'il est dans un état critique et qu'il y a de fortes probabilités pour qu'il succombe

Le sapeur pompier : Homme appartenant au service public chargé de porter secours en cas d'incendie ou de tout autre péril. Sinon. Usuel **pompier**. **Sapeur-pompier** professionnel, volontaire; corps, caserne de **sapeurs-pompiers**. ... Bataillon, brigade, régiment de **sapeurs-pompiers**.

Antalgie : L'action antalgique se définit par tout procédé ayant pour action la diminution de la douleur. Il peut s'agir non seulement d'un médicament, mais de toute autre méthode visant à obtenir l'analgésie, c'est-à-dire l'abolition de la sensibilité à la douleur.

Adrénaline: Hormone sécrétée par les glandes surrénales: c'est l'un des neurotransmetteurs présents dans le cerveau. L'un des effets de l'adrénaline consiste en une décharge d'énergie nerveuse lors d'un stress, que l'on appelle souvent "réaction de fuite ou de combat"

Morphine: Alcaloïde de l'opium, utilisé pour soulager les douleurs intenses (postopératoire, cancéreuse,...). C'est un médicament faisant partie des stupéfiants, dont l'achat, la détention, la vente et la prescription sont sévèrement réglementées. Il est utilisé par certains toxicomanes pour ses effets psychiques, aboutissant à une très forte dépendance.

Arrêt cardiaque: L'arrêt cardiaque est l'interruption soudaine et généralement inattendue des battements cardiaques.

Brûlure grave: Brûlure de 3^{ème} degré; stade le plus grave, c'est la carbonisation. Les lésions

sont peu sensibles voire indolores, les bulles sont petites ou absentes, la peau est cartonnée.

L'étendue de la brûlure doit être également évaluée (en pourcentage de la surface corporelle), elle fait la gravité du brûlé. Superficie s'évalue au plus simple par la règle des 9 de Wallace chez l'adulte.

Difficulté respiratoire : La difficulté à respirer est un trouble respiratoire associé à une perception respiration anormale et désagréable. Le rythme respiratoire est modifié ; il accélère ou il décélère. Le temps inspiratoire et le temps expiratoire peuvent être affectés.

Douleur thoracique : La **douleur thoracique** est un symptôme clinique, généralement associé à un trouble cardiaque mais pouvant être d'origine vasculaire (aortique), pulmonaire, digestive (œsophagienne), pariétale (musculaire), névralgique ou fonctionnelle. Comme toute douleur, elle peut être accompagnée d'un malaise_vagal, voire d'une syncope

Hémorragie: Effusion de sang plus ou moins abondante hors des vaisseaux sanguins (artères, veines, capillaires), quel que soit l'organe atteint.

Hypoglycémie: Diminution du taux de glucose dans le sang. Ses causes en sont multiples, la plus simple étant le jeûne. Les premiers symptômes d'alarme, surtout si la diminution est rapide, en sont la pâleur, les sueurs, l'accélération du rythme cardiaque, les tremblements, l'anxiété, la sensation du faim.

LISTE D'ABRIVIATION:

RCP: La responsabilité civile professionnelle.

CEE: choc_électrique_externe

DAE: défibrillateur_automatique_externe

Spo2: La saturation « pulsée » en oxygène

SAMU: service_médical_d'urgence_et_de_réanimation

DEP : Débit_expiratoire_moyen

ECG : Electrocardiogramme

BIBLIOGRAPHIE

01. Etudes et Résultats, L'activité des services d'urgences en 2004, DREES, n° 524, septembre 2006
02. CREDES-Bulletin d'information en économie de la santé – Question d'économie de la santé – La profession Infirmière en mutation, n°33, octobre 2000
03. Décret n°2006-576 Titre Ier section 1 sous-section 4 paragraphe 2 «Réseau de prise en charge des urgences »
04. Etude PRESST-NEXT, La situation des soignants des services de réanimation, de bloc opératoire et d'urgences des établissements publics et privés en France en 2002
www.next-study.net
05. Nicole AUBERT, Le culte de l'urgence, Flammarion, 2003, p. 36-37
06. Guy LE BOTERF, Serge BARZUCCHETTI, Francine VINCENT, Comment manager la qualité dans la formation, Les Editions d'Organisation, 1983
07. Guy LE BOTERF, De la compétence, essai sur un attracteur étrange, Les Editions d'Organisation, Référentiel Compétences
08. Guy LE BOTERF, De la compétence à la navigation professionnelle, Les Editions d'Organisation, 1997
09. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'Hospitalisation de courte durée des services d'urgence.
www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ref_uhcd.pdf
10. Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIHH

- Recommandations de SAMU de France

[www.sfm.org/documents/consensus/TIIH_recommandations_SdF\(2004\).pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/TIIH_recommandations_SdF(2004).pdf)

11. Référentiel IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil) – SFMU - 2004

www.sfm.org/commissions/ide/ged/Textes_mis_en_ligne_sur_le_site/ioa2004.pdf

12.* Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation, et l'évaluation d'une Salle

d'Accueil des Urgences Vitales (S.A.U.V.)

www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/sauv.pdf

* Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques

www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/sauv_ped.pdf

Référentiel Compétences

www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/

Le service public d'accès au droit Site de la Société Française de Médecine d'Urgence

www.sfm.org

La Charte de la Médecine d'Urgence – SFMU – septembre 2003

Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence –SFMU – 2004,

www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/comp