

COPACAMU 2016

**JEUDI 17 & VENDREDI 18 MARS
HOPITAL DE LA TIMONE, MARSEILLE**

**15^{ES} JOURNÉES MÉDICALES
13^{ES} JOURNÉES INFIRMIÈRES
DU COLLÈGE PACA DE
MÉDECINE D'URGENCE**



MISE EN PLACE D'UN TIIH DANS UN HÔPITAL PÉRIPHÉRIQUE

18 MOIS D'EXPÉRIENCE SUR BRIGNOLES

C. Bar, J.C. Baille, L. Chavaroc, Y. Loslier, C. Borrás

- Genèse du projet Dr Christian BAR
- Mise en pratique Dr Jean Christophe BAILLE
- Retour de terrain Mme Laurence CHAVAROC
- Bilan d'activité Mr Yannick LOSLIER
- Bilan global Mme Caroline BORRAS
- Questions

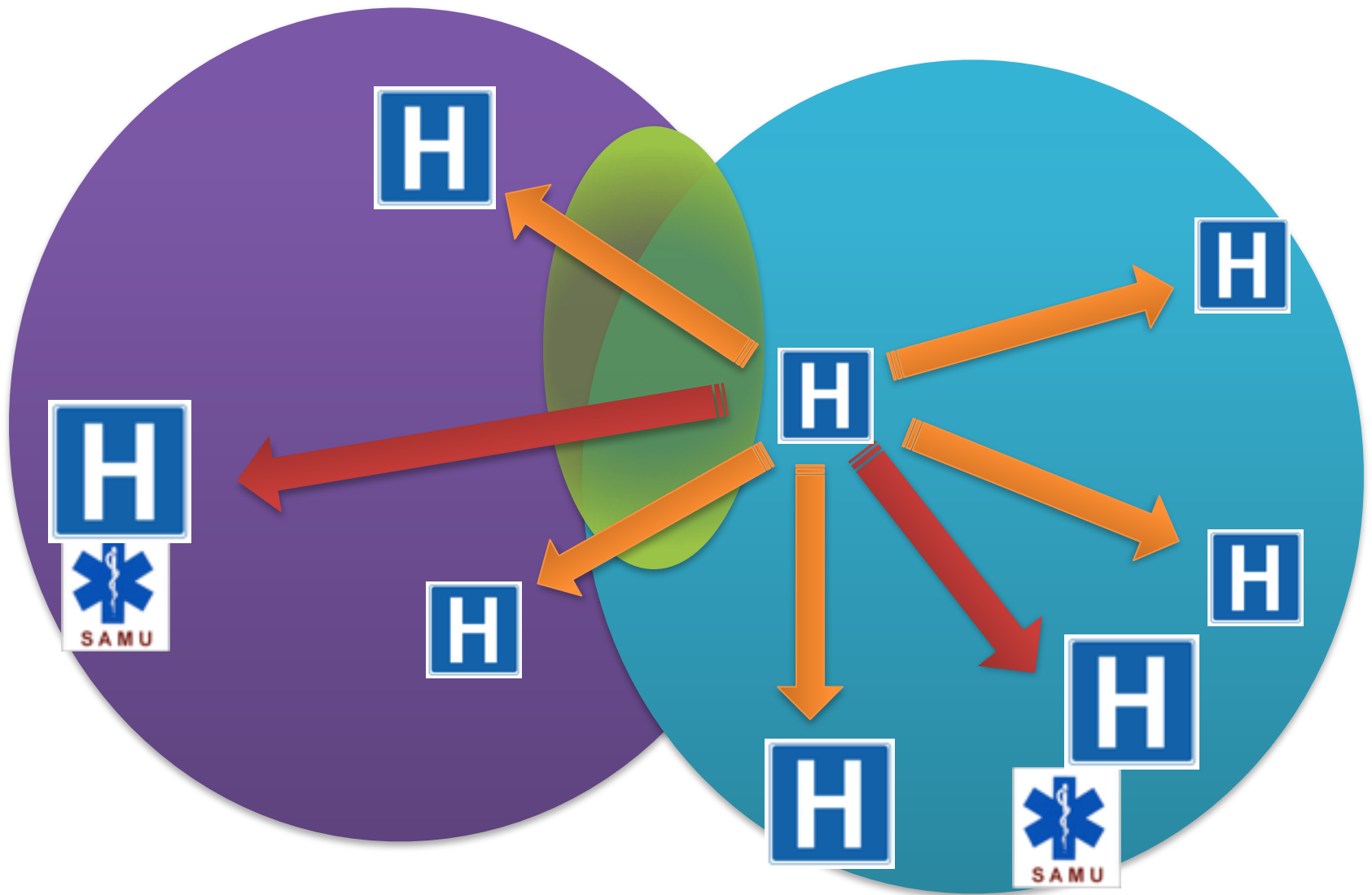
- Tenter de démontrer que ce projet est réalisable
- Tenter de démontrer que ce projet est bénéfique
- Vous donner des raccourcis pour réaliser ce projet

Genèse du projet

- Pourquoi un TIIH à Brignoles?
- Volet recos et réglementation
- Volet économique
- Volet organisationnel

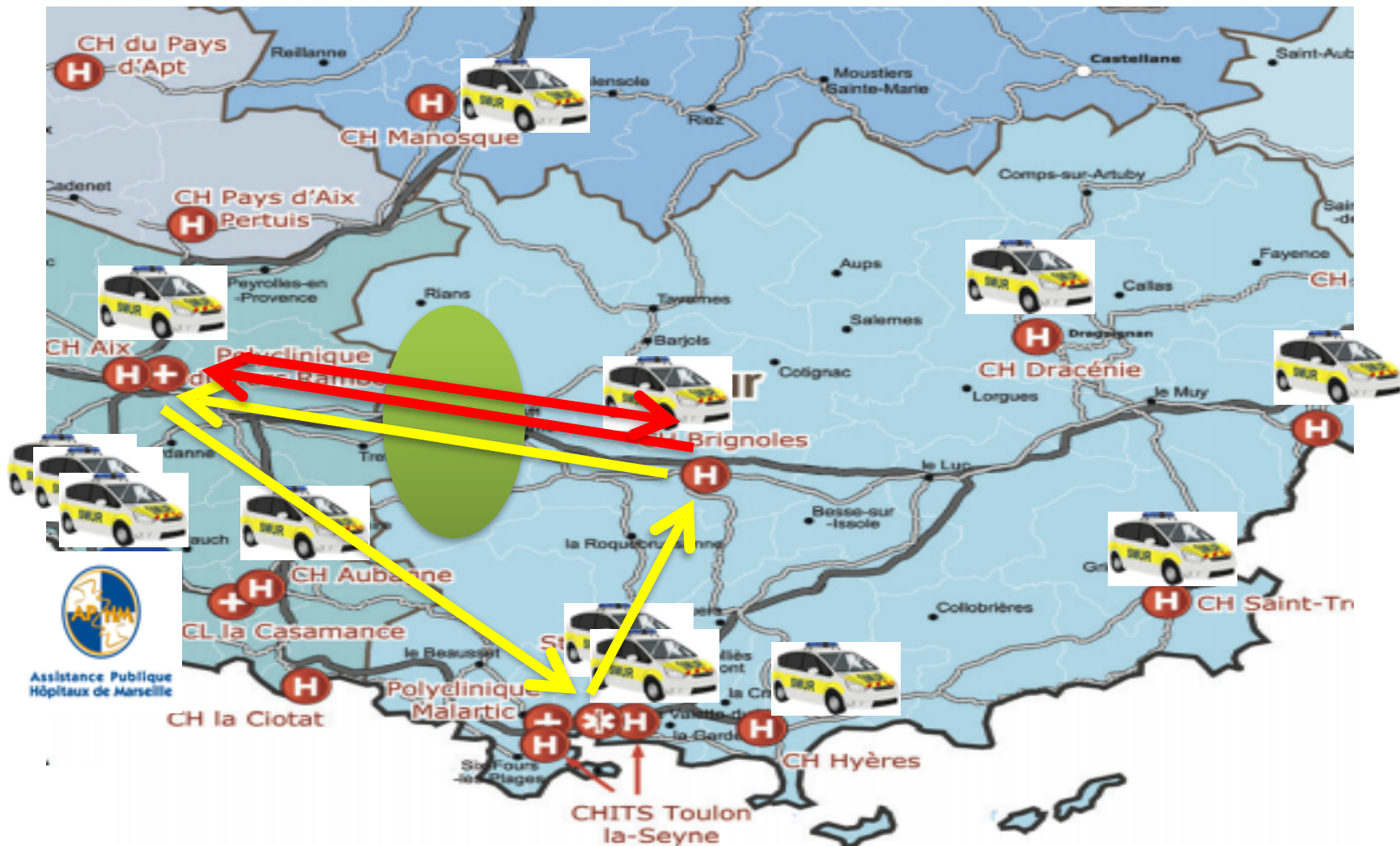
- Un plateau technique ne permettant pas de répondre à tous les besoins :
 - USIC +/- coronarographie
 - UNV
 - Spécialités : pédiatrie,
- Un plateau disponible pour des « retours » (Réa>SC)
- 1500 transferts annuel à partir des urgences (TIH, TIH, ambulances), stable depuis 10 ans, mais ...
- Un projet de pôle (anesthésie /urgences)

Une situation géographique classique



COPACAMU 2016 Pourquoi un TIH à Brignoles ?

Situation géographique : la contraposée du théorème de Pythagore



Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIIH Recommandations de SAMU de France



2004

1. Rationnel de la mise en place des TIIH

2. Indications des TIIH

3. Modalités pratiques d'un TIIH

4. Formation spécifique de l'infirmier TIIH

5. Evaluation - Expérimentation

Décret relatif à la profession d'infirmiers de 2004

(Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V : ANNEXE)

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité *à pratiquer les actes suivants* soit en application d'une prescription médicale 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 :

Point 41

« Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins »

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

Sous-section 4

Transport sanitaire infirmier inter-hospitalier

Art. R. 6312-28-1. - **Le transport infirmier inter-hospitalier est organisé par les établissements de santé et réalisé soit par leurs moyens propres agréés, soit par des conventions avec des entreprises de transport sanitaire.**

Il est assuré, en liaison avec le SAMU, par une **équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier** qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7.

Cette équipe peut être placée **sous l'autorité d'un médecin responsable d'une structure de médecine d'urgence.**

L'organisation et le fonctionnement des transports infirmiers inter-hospitaliers font l'objet d'une **évaluation annuelle.** »

SROS (révision SROS PRS PACA 2012-2016)

Point 4.10.2.3 : Les SMUR

« Les transports infirmiers inter hospitaliers sont insuffisamment mise en oeuvre. Appartenant en propre à des établissements hospitaliers leurs moyens peuvent être mis à disposition par voie de convention. »

« Des protocoles précis définissant les indications retenues et les modalités de surveillance et les liaisons avec les services de référence doivent en garantir la sécurité et faciliter leur développement. »

Rapport Jean Yves Grall juillet 2015

Point 3.3.5 : développer les TIIH

« l'utilisation plus fréquente des TIIH est de nature à réduire le besoins (sic) en urgentistes »

- Initialement sur fonds propres
 - Redéploiement de 2 IADE du bloc vers les urgences
 - Embauche de 2 ambulanciers
 - Achat d'un véhicule type TIIH
- Espoir initial
 - Diminution des frais de transports sanitaires privés
 - Optimisation de la T2A des urgences par mutualisation de l'IADE et Ambulancier
- Au final
 - L'activité TIIH est incluse dans le calcul du FIR SMUR

- Sécurisation
 - Des patients stables à paramédicaliser
 - Par la proximité des SMUR primaires du 83 et du 13 si besoin de renfort
- Optimisation / accélération :
 - Des transferts de patients stables
 - TIIH SUR PLACE !
 - De la libération de places dans un service exigü
 - Par un turn over majoré lorsque l'équipe travaille aux urgences
- Principe à expérimenter d'un TIIH « déporté »

Mise en œuvre pratique



- Choix du vecteur
- Choix de l'équipe
- Achat du
- Protocolisation
- Formation initiale

1. Sur le plan législatif

1. Norme NF EN 1789 (12/1999)
Modifiée 08/2007 → **NORME NF EN 1789 10G**
2. Arrêtés successifs 2009/11/13

2. Les recommandations 2004

Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers :
TIIH
Recommandations de SAMU de France



« le vecteur de transport doit être de type ASSU et comporte un équipement adapté à la surveillance et à la sécurité du patient. »

3. Adapter son choix aux besoins de l'hôpital

- État des lieux du SMUR de Brignoles
 - 1 SMUR (50 à 60000 Km/an)
 - 2 véhicules équipés: 80 000 et > 200000 Km
- Optimiser l'utilisation du nouveau véhicule
 - Utilisation possible en SMUR primaire (indisponibilité VML)
 - Utilisation possible en cas d'accident catastrophique (renfort)
- Contraintes budgétaires

Acquisition d'un véhicule ASSU équipé type AR

1. Sur le plan réglementaire



- ❖ Recommandations de SAMU de France
 - ❖ L'infirmier: « expérience dans le transport SMUR ou être IADE et justifier d'un maintien de compétence en SMUR »

- ❖ Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 (art. R6312-28-1)
 - ❖ équipe composée d'un conducteur ou d'un pilote titulaire du titre délivré par le ministre chargé de la santé, et d'un infirmier qui intervient dans les conditions prévues à l'article R. 4311-7 (décret n° 2004-802 du 29/07/2004)

2. Prendre en compte l'expérience d'autres

SAMU

	IADE	IDE	Ambulancier	Stagiaire
SAMU 84	X		X	+/-
SAMU 83		X	X X	
SAMU 33*	X		X	
SAMU 54		X	X	
SAMU 01		X	X	
SAMU 67	+/-	X	X	

* Étude de faisabilité de mai à juillet 2004

Choix du CH Brignoles



1 infirmier anesthésiste DE

1 ambulancier SMUR



Mise en place d'un marché public

« Fourniture, livraison et équipement d'un véhicule dédié au S.M.U.R. »

3 lots

- ✓ Fourniture et livraison d'un véhicule
- ✓ Équipement et aménagement d'un véhicule dédié au SMUR
- ✓ Fourniture et installation du matériel d'intervention

Dossier
d'appel d'offre

- ✓ Règlement de consultatio
- ✓ C.C.T.P.
- ✓ C.C.A.P.



Savoir gérer tous les problèmes

- Non réponse à l'appel d'offre
 - Coordination de gestion du véhicule
(fabrication → livraison) équipement →)
 - Montage du système de radio-télécommunication
ANTARES
 - Emplacement du stationnement du véhicule
 - Choix du biomédical
- etc ...

1. Les références

Décret n° 2004-802 du 29/07/2004 (art. R. 4311)

❖ SFMU - SAMU de France - 12/2007

Infirmier hors présence médicale. Protocoles conservatoires

❖ SFMU - 12/2011

L'IDE seul devant une situation de détresse médicale

Recommandations Professionnelles

❖ Protocoles « infirmiers » pour l'activité TIH

SAMU 83 Liste de 68 protocoles (v. 2014)

2. En pratique

- ❖ Création de fiches de tâches IADE / Ambulancier
- ❖ Utilisation des protocoles « infirmiers » SAMU 83 (actions thérapeutiques sur décision médicale)
- ❖ Création d'une fiche papier TIIH
(+ utilisation immédiate du TSMUR)


ETIQUETTE

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance : [][] / [][] / [][][][]

Age : [][] ans [][] mois [][] jours

 Sexe : M F

DATE : / /

 Transport Infirmier Inter-Hospitalier
 Transport Inter-Hospitalier

Médecin / infirmier :

IDE / infirmier :

Ambulance :

Heure Décollement : [][] [][] [][] [][]

Heure Départ : [][] [][] [][] [][]

Sur les lieux : [][] [][] [][] [][]

Départ des lieux : [][] [][] [][] [][]

Arrivée Destination : [][] [][] [][] [][]

Fin Intervention : [][] [][] [][] [][]

Retour CH : [][] [][] [][] [][]

Etablissement de prise en charge :

Service de prise en charge :

 Score de Libero Milan modifié :

MOTIF de TRANSPORT :

Observation clinique à la prise en charge :

Poids : Taille :

PRISE EN CHARGE

- Scope
- PNB
- SpO2 tPO2
- drainage thoracique
- SU
- DC

- Ventilation spontanée
- Score CO : _____
- VME
- VC SOT M : _____
- P_{ap} :

- VV1 1
- VV1 2
- Sédation VVC
- AC VCO
- Intubation P_{50c}
- Arrivée pneumothorax

- Collier Cervical
- Attèle Maxillaire Sustentacul
- Attèle Maxillaire Intraoral
- Manches Douvle
- Zapwood
- Attèle periscopionale ou
- Bretonel ou distraction

Evolution lors du transport

- Brevet SMUR
- Brevet Milieu
- Jonction
- Changement destination :
- OCO avec file
- OCO sans file

 Diagnostics initiaux : Glasgow: Y [] V [] M [] = [][][] PC : [][][][] / min PAS/PAD : [][][][] / [][][][] mm Hg
 SpO₂ : [][][] % sat [][][] % min Temp : [][] [][] °C tIGT : [][][][][] mmol/l lb : [][][][] g/dl

	O2/PPA												
PCX	PAI												
200													
150													
100													
50													

DVA													

VENTILATION													
Mode de ventilation													
O ₂ /FiO ₂													
SpO ₂													
PE													
V _E /AI													
PDP													
BCO													

ECG													

TREATMENTS													

 Diagnostics initiaux : Glasgow: Y [] V [] M [] = [][][] PC : [][][][] / min PAS/PAD : [][][][] / [][][][] mm Hg
 SpO₂ : [][][] % sat [][][] % min Temp : [][] [][] °C tIGT : [][][][][] mmol/l lb : [][][][] g/dl

Circonstances de demande de renfort :

 Destination Hôpital ou Clinique : Service :

 Documents joints : Dossier médical Carte Vitale / Mutuelle Affaires personnelles patient
 Inventaire patient Bulletin Situation prescriptions médicales pour le transport

Remarques :

1. Les recommandations 2004

Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers :
TIIH
Recommandations de SAMU de France

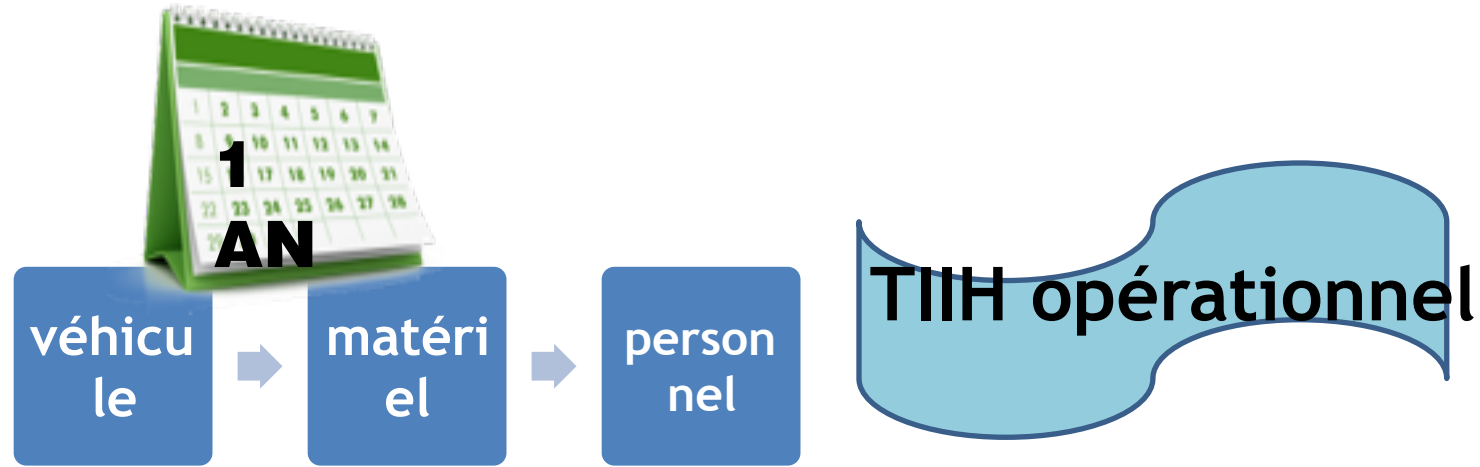


- Expérience dans le transport SMUR ou être diplômé IADE
- Justifier d'un maintien de compétences en SMUR
- Formation théorique et pratique
- Mise régulière en situation

2. En pratique

- Connaissance et application des protocoles
- Connaissance du matériel
- Intégration à l'équipe des urgences
- Participation à l'ensemble des activités des urgences

Let's go!



Décision de mise en œuvre pratique d'un TIH



Retour de terrain

- Utilisation des protocoles
- Utilisation et limites du score de Moreno Millan
- Répartition des tâches
- Une intervention type
- Utilisation limite

Article R4311-14, définissant le rôle de l'infirmier en situation d'urgence selon 2 modalités :

1 : Protocole de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable du SAMU 83 (version 2014), qui peuvent inclure des « mesures conservatoires »

2 : « L'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin »

La « non-intervention » pourrait lui être reprochée, sous réserve qu'il ait eu les moyens et la compétence pour agir.

Protocole P021 d'intervention du personnel infirmier

Crise convulsive hyperthermique chez l'enfant

Catégorie : Pédiatrie
 Type de mission autorisé : T2IH
 Vecteur autorisé : Routier

<p>Alerte pour renfort médical ? Sitôt arrivé, par IDE ou témoin [☒] En attendant le médecin : application des protocoles écrits et mesures conservatoires</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Critères de gravité de la convulsion : convulsion à froid, convulsion prolongée ou récidivante ; 2. Signes d'accompagnement suspects : déshydratation, hypotonie persistante, purpura, âge <3 mois ; 3. Altération d'une fonction vitale nécessitant des actes de réanimation immédiats ; 4. Jugement de l'IDE. 	<p>Protocole Sur décision médicale [☒]</p>	<p>Si récidive ou crise persistante et âge >6 mois →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Midazolam (<i>Hypnovel®</i>) intrabuccal entre la joue et la gencive (à défaut IR), lentement, réparti de chaque côté, sans desserrer les dents) 0,3 mg.kg⁻¹ (maximum 5 mg) - Ou Clonazépam (<i>Rivotril®</i>) (à renouveler si nécessaire une fois 5 mn après) <ul style="list-style-type: none"> - 0,25mg à 0,50mg IVDL de 1 à 15 ans (IM possible) - 1 mg IVDL après 15 ans - Ou Diazépam (<i>Valium®</i>) (à renouveler si nécessaire une fois 5 mn après) <ul style="list-style-type: none"> - 10 mg IVDL chez adulte (IM ou IR possible) - 0,2-0,3 mg/kg IM/IVDL chez enfant sans dépasser 10 mg (0,5 mg/kg IR) <p>→ SAU : <i>AsC3 0,9% (0,9 mL en 10 mL de sérum)</i></p>
<p>Mise en condition initiale</p>	<p>Dans tous les cas →</p> <ul style="list-style-type: none"> - O₂ haute concentration (☛ Ventilation et oxygénothérapie) ; - PLS si altération de la conscience. <p>Vérifier le refroidissement →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si température >39°C : Déshabillage - Bain - Suppositoire de paracétamol (<i>Doliprane®</i>) adapté au poids de l'enfant : 100 mg si <1 an ou <10 kg, 200 mg si >1 an ou >10 kg 	<p>Orientation Sur décision médicale [☒]</p>	<p>Le médecin régulateur détermine le cadre clinique →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsion fébrile simple (crise <10 minutes, une seule fois dans les 24 heures, sans ATCDs neurologiques, sans signes de localisation et de sédation spontanée) ou complexe (crise >10 minutes ou répétée) ; - Convulsions sans fièvre ; - Spasmes du sanglot ; - Etat de mal convulsif. <p>Si le médecin régulateur décide de laisser l'enfant à domicile →</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsion fébrile simple chez un enfant sans aucun autre signe et sans traitement autre que du paracétamol, avec un entourage adéquat ; - Consultation médicale avant le départ de l'équipe IDE : <ul style="list-style-type: none"> - Ne pas méconnaître une hypoglycémie ou une hypocalcémie - Ne pas négliger une étiologie grave (méningite purulente, encéphalite herpétique, neuropaludisme) - Identifier une entrée dans une maladie épileptique (épilepsie myoclonique sévère du nourrisson – syndrome de Dravet) ou épilepsie généralisée avec des crises fébriles.
<p>Bilan détaillé Par IDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan clinique et paraclinique standard ☛ Enfant ; - Glycémie capillaire. - Type de la crise (durée, unique ou itérative) : <ul style="list-style-type: none"> - Tonico-clonique généralisée (clonies, réversion oculaire) ? - Motrice localisée ; - Spasmes en flexion (ou en extension). - Signes déficitaires post-critiques ? Troubles de la mobilité ou de la sensibilité des membres? Pupilles égales réactives à la lumière ? [PERL] - Signes d'accompagnement : Vomissements ? 	<p>Dans tous les cas →</p> <p>Examen neurologique →</p> <p>Descriptif du contexte →</p>	

Exemple de protocole

Ce score a été créé en 1988 par une équipe espagnole

Il a été réajusté par une équipe du SAMU 83, et a fait l'objet d'une communication au congrès URGENCE 2006

Certains items ont été remplacés ou créés :

- Âge / Grossesse,
- Oxymétrie,
- Destination,
- Renfort

Il a donc pris l'appellation : **SCORE DE MORENO MILLAN**
Modifié et il comporte 10 items :

Oxymétrie	SpO2 \geq 98%	0
	SpO2 92-98%	1
	SpO2 <92%	2

Critères d'âge et de sexe	Pas de grossesse et âge 6-75 ans	0
	Age 75-85 ans ou âge 18 mois-6 ans ou grossesse ≤24 SA	1
	Age >85 ans ou âge <18 mois ou grossesse >24 SA	2

Support thérapeutique	Aucun des groupes 1 ou 2	0
	Groupe 1	1

Groupe 1 : dobutamine <5 gamma, anti-arythmiques, vasodilatateurs, morphine, anti-convulsivants, aérosol bronchodilatateur, aspiration pleurale continue

Groupe 2 : sédation, dobutamine >5 gamma, isoprénaline en cours, vasopresseur (adrénaline, noradrénaline), médicament hors AMM

Critère	Description	Val.	Critère	Description	Val.
Hémodynamique	Stable sans remplissage	0	Monitoring multiparamétrique	Inutile	0
	Expansion volémique <10mL.kg ⁻¹ .h ⁻¹	1		Souhaitable	1
	Expansion volémique ≥10mL.kg ⁻¹ .1h ⁻¹ ou PSL	2		Indispensable	2
Arythmies	Aucune	0	Support thérapeutique	Aucun des groupes 1 ou 2	0
	SCA faible risque ou arythmie bien tolérée	1		Groupe 1 (voir Notes)	1
	SCA fort risque ou arythmie sérieuse	2		Groupe 2 (voir Notes)	2
Glasgow	15	0	Support ventilatoire	Aucun	0
	9-14	1		Oxygène simple ou CPAP	1
	≤8	2		Ventilation mécanique ou VNI	2
Oxymétrie	SpO2 ≥98%	0	Destination	Service ou domicile	0
	SpO2 92-98%	1		USIC, UNV, SMC, ZSTCD	1
	SpO2 <92%	2		Bloc, SAUV, réanimation	2
Critères d'âge et de sexe	Pas de grossesse et âge 6-75 ans	0	Possibilité de renfort	≤ 15 minutes	0
	Age 75-85 ans ou âge 18 mois-6 ans ou grossesse ≤24 SA	1		>15 minutes	1
	Age >85 ans ou âge <18 mois ou grossesse >24 SA	2		Impossible	2

3 paliers :

0-3 : Transport simple ambulance

4-6 : Transport paramédicalisé

>= 7 : Transport médicalisé

Exemple : M86, FA traitée bien supportée, attendu USIC AUBAGNE

Critère	Description	Val.	Critère	Description	Val.
Hémodynamique	Stable sans remplissage	0	Monitoring multiparamétrique	Indispensable	2
Arythmies	SCA faible risque ou arythmie bien tolérée	1	Support thérapeutique	Aucun des groupes 1 ou 2	0
Glasgow	15	0	Support ventilatoire	Oxygène simple ou CPAP	1
Oxymétrie	SpO2 92-98%	1	Destination	USIC, UNV, SMC, ZSTCD	1
Critères d'âge et de sexe	Age >85 ans ou âge <18 mois ou grossesse >24 SA	2	Possibilité de renfort	>15 minutes	1

9

Médicalisé

Le SAMU valide un transport paramédicalisé car patient stable

3 paliers :

0-3 : Transport simple ambulance

4-6 : Transport paramédicalisé

>= 7 : Transport médicalisé

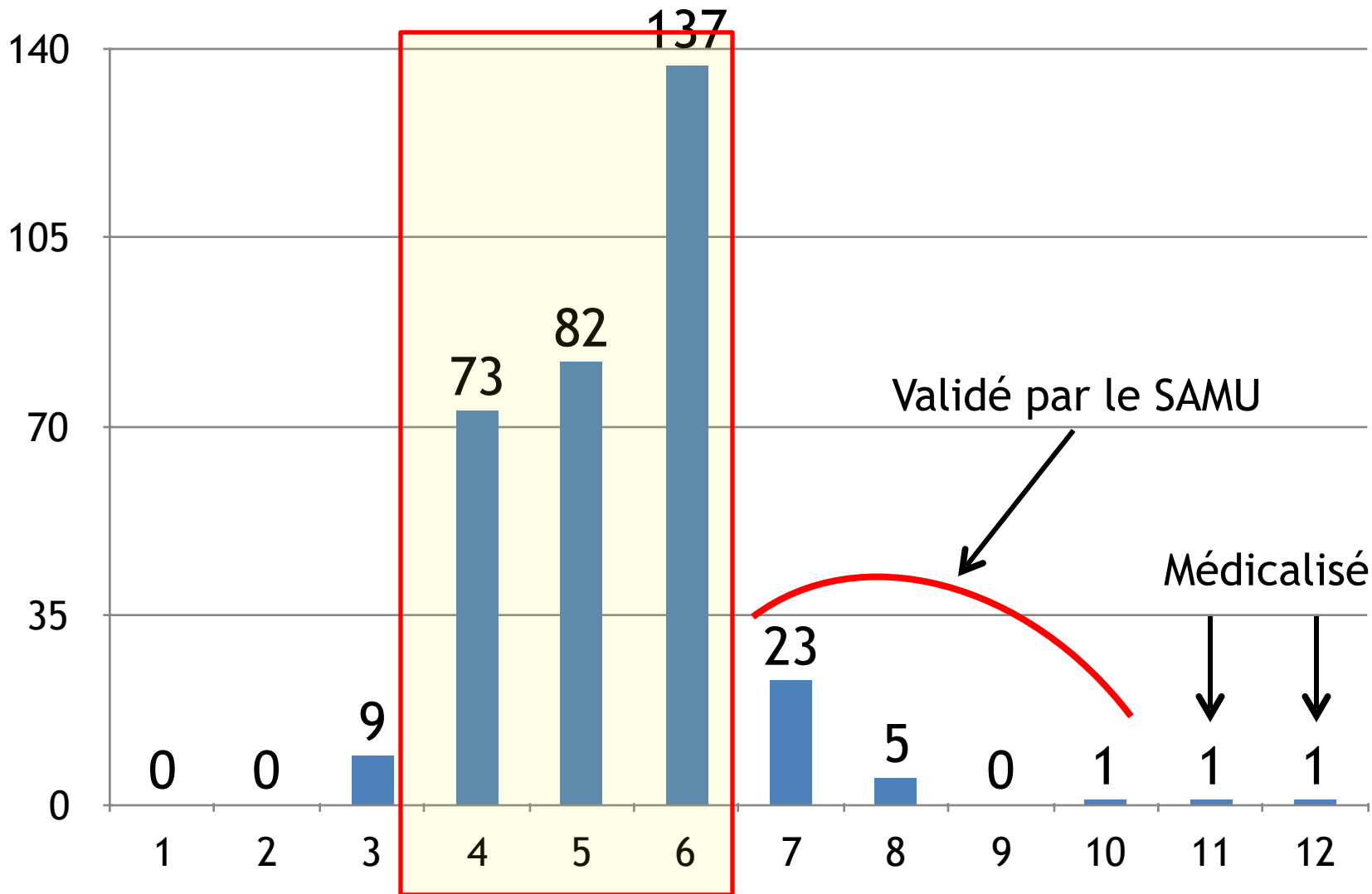
Exemples : H3 ans, température = 38,6 ° qui a convulsé. Attendu en pédiatrie

Critère	Description	Val.	Critère	Description	Val.
Hémodynamique	Stable sans remplissage	0	3 Monitoring multiparamétrique	Souhaitable	1
Arythmies	Aucune	0	Support thérapeutique	Aucun des groupes 1 ou 2	0
Glasgow	15	0	Support ventilatoire	Aucun	0
Oxymétrie	SpO2 >= 98%	0	Destination	Service ou domicile	0
Critères d'âge et de sexe	Âge 75-85 ans ou âge 18 mois-6ans ou grossesse <= 24SA	1	Possibilité de renfort	> 15 minutes	1

Le transport sera paramédicalisé car le patient risque de convulser à nouveau.
Valeur informelle devant être mise en adéquation avec l'état réel du patient.

La décision finale revient au régulateur, en discussion avec le demandeur.

Synthèse des scores de MORENO MILLAN sur notre TIIH



I.A.D.E (Chef de bord)

Responsable du patient et prend toutes les décisions nécessaires relatives au transport (sous couvert du médecin régulateur)

1. Transmission avec le médecin demandeur.
Confirmation du service receveur
2. Prise en compte du dossier médical complet
3. Évaluation du patient (MORENO MILLAN, paramètres vitaux,...).
Si discordance, bilan au régulateur.
4. Surveillance du patient pendant le transport.
5. Application des protocoles si nécessaire avec transmission au SAMU 83
6. Arrivée à destination, transmission avec infirmier obligatoire, et au mieux médicale.
7. Remise des documents
8. Saisie du dossier dans le Terminal SMUR + archivage

AMBULANCIER

**Responsable de la conduite,
sécurité des personnes et matériels embarqués, brancardage**

1. Préparation du véhicule (chaud-froid), matériels adaptés (M.I.D, KIDYSAFE, ...)
2. Choix de l'itinéraire le mieux adapté (aide GPS)
3. Message radio ANTARES ou TPH au SAMU afin qu'il connaisse notre statut (départ, transport, arrivée, dispo,...)

TACHES COMMUNES (IADE + ambulancier)

1. Vérification journalière, traçabilité
2. Déclenchement T2IH par le SAMU
3. Conditionnement du patient selon pathologie pour un transport adéquat, sécuritaire et confortable
4. Aide à l'installation du patient dans le service receveur
5. Reconditionnement et désinfection

Homme de 77 ans, ayant une épistaxis.

Antécédents : Tumeur du Cavum irradié (méchage impossible)
FA, mis sous anticoagulant type PREVISCAN J-2

Persistance du saignement malgré un traitement adapté chez un patient stable

Score Moreno = 5

13h36 : Déclenchement du T2IH par le SAMU à la demande de l'ORL

À H2 de l'arrivée du patient aux urgences

Glasgow = 15, Fréquence cardiaque = 84,

Tension artérielle = 15/7, Saturation O2 = 97%,

Hémocue = 8,8 g, Indice de masse corporelle = 21,8

14h00 : Départ du CH BRIGNOLES, pour urgence Sainte Musse

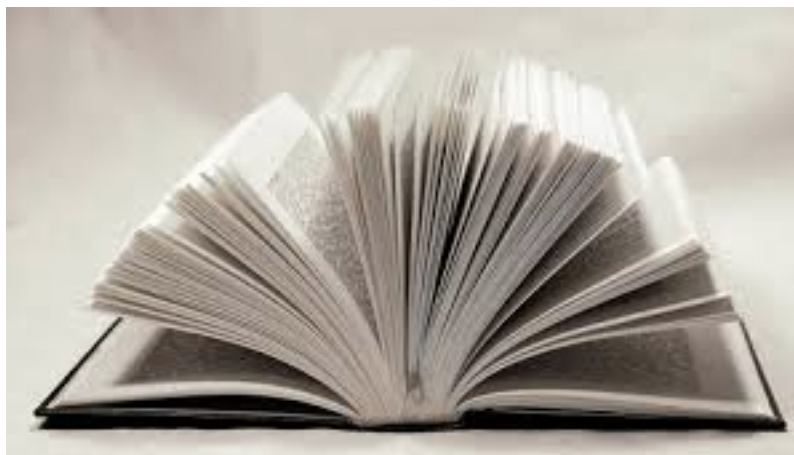
14h32 : ACR à l'arrivée dans le sas des urgences Sainte Musse

↳ RCP + ventilation + 5 mg Adrénaline IV

↳ RACS au bout de quelques minutes

Diagnostic final par Ste MUSSE : **Hémoptysie massive**

Bilan d'activit é

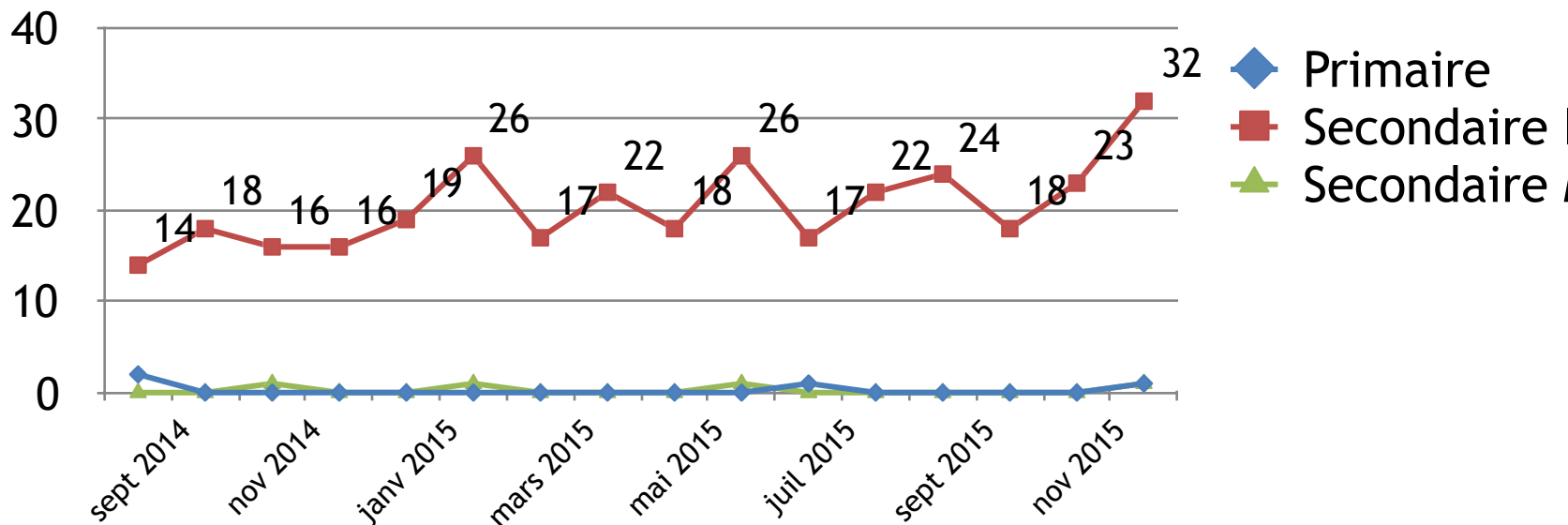


336 interventions, 39000 kms parcourus, soit 116 kms/inter

↪ 4 primaires médicalisés

↪ 328 TIIH

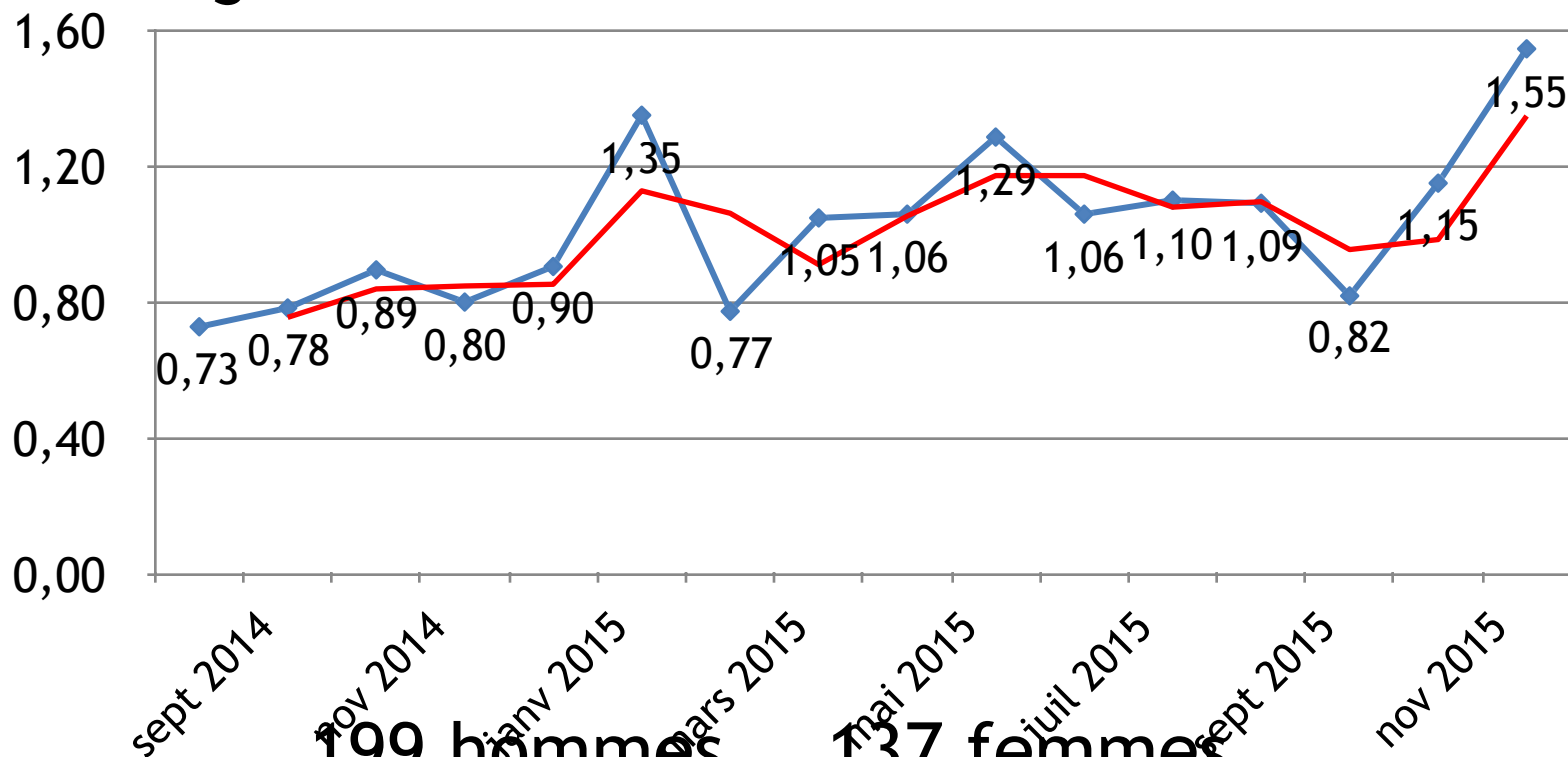
↪ 4 TIH



- Durée médiane des interventions = 2h31
- Durée médiane des transports = 1h12

Transport

Plus d'un transport/jour, tendance à l'augmentation

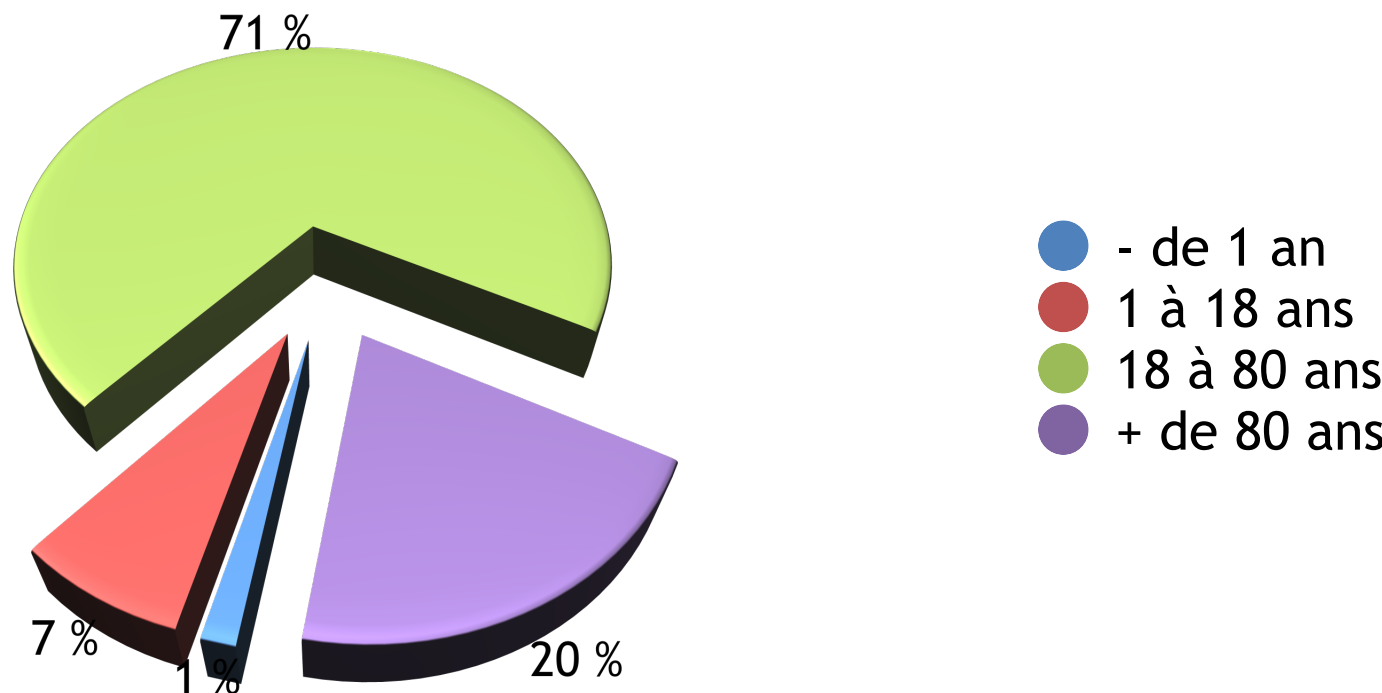


199 hommes

137 femmes

28 enfants

Âge

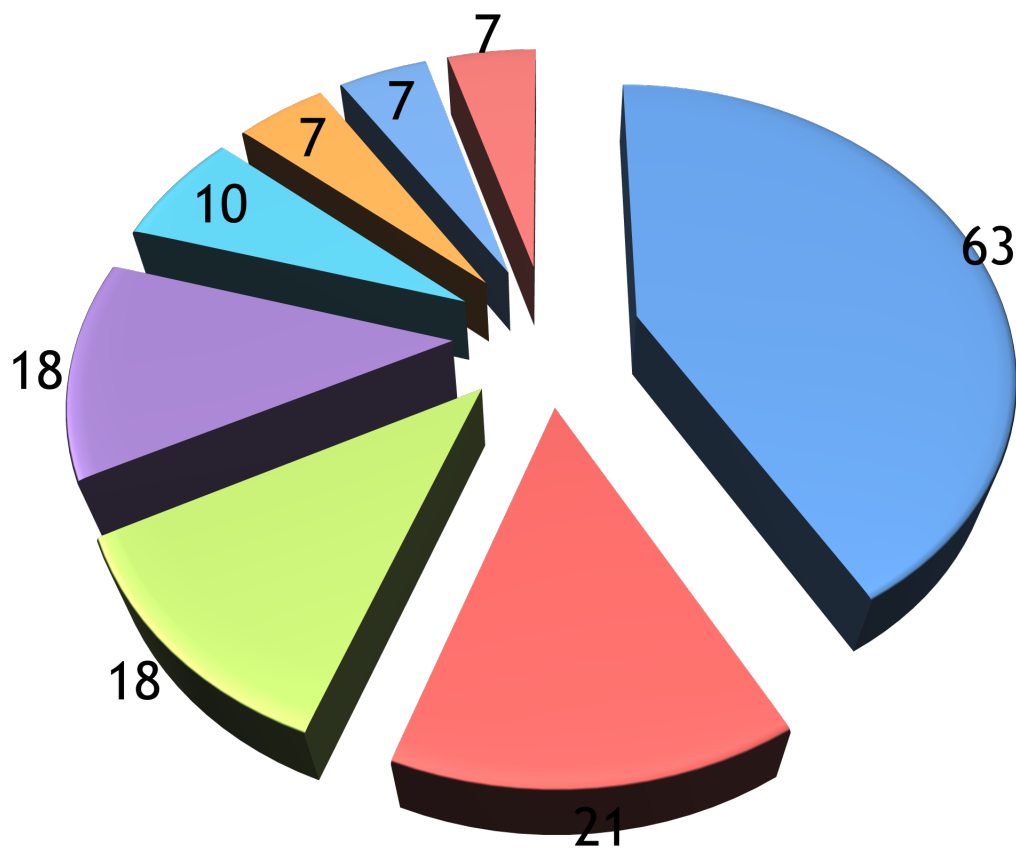


Age min : 2 jours

Age max : 101 ans

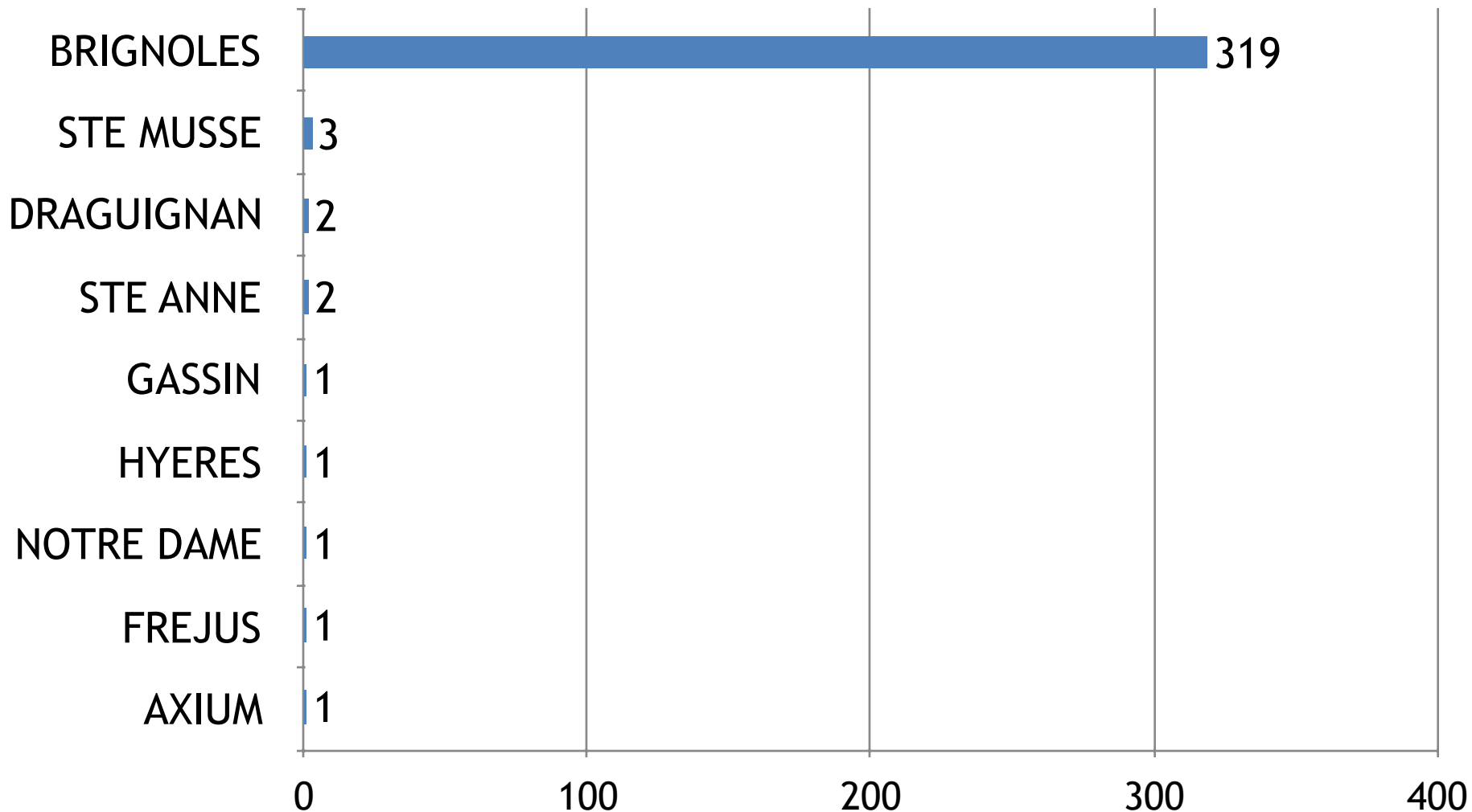
Moyenne : 58 ans

Les pathologies principales codées

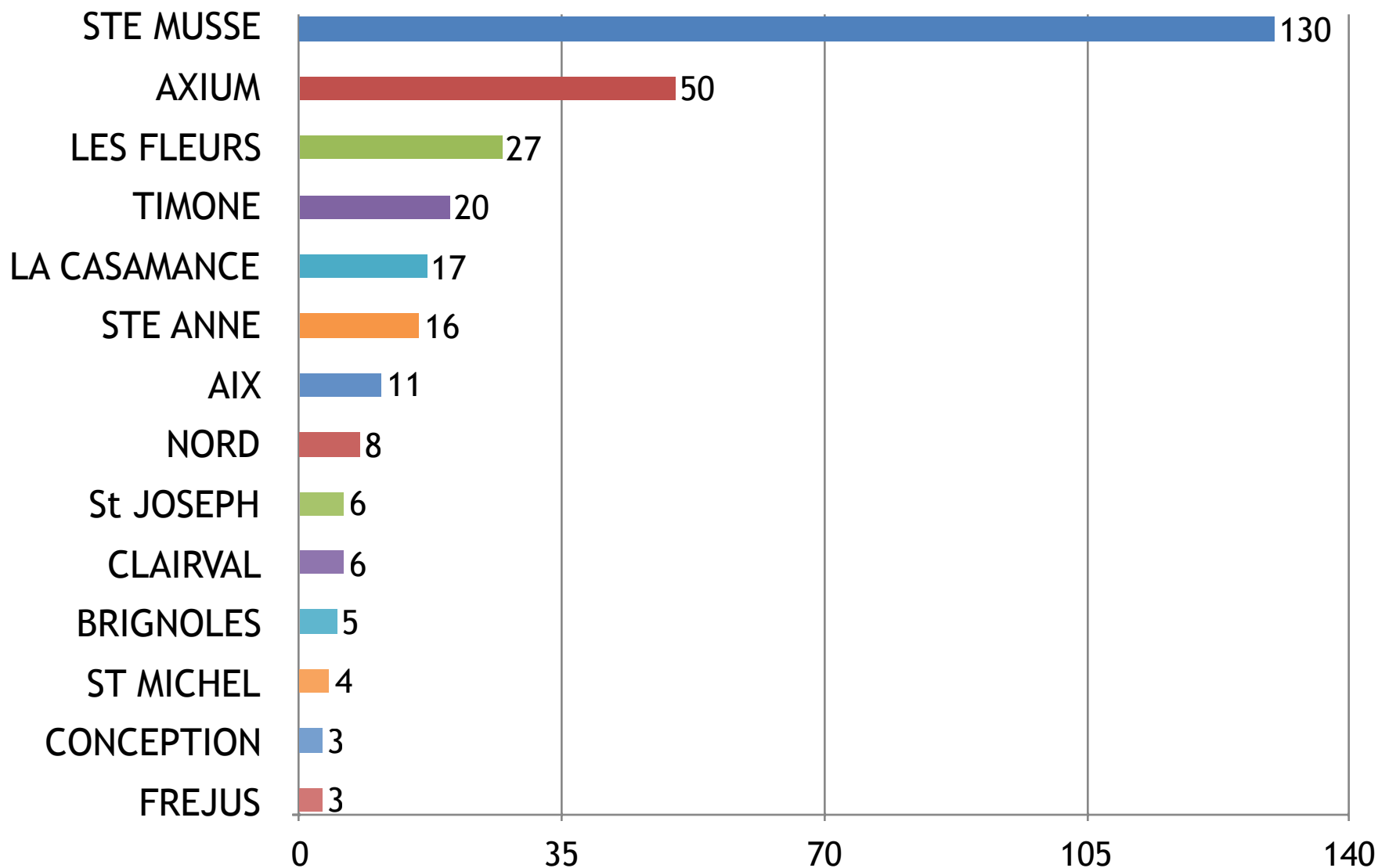


- SCA non ST+ avec élévation
- OAP avec Insuffisance cardio
- EP sans mention de coeur p
- SCA non ST+ sans élévation
- Fibrillation auriculaire per
- Ischémie / Embolie et Thro
- Détresse respiratoire aiguë
- SIRS origine infectieuse sa

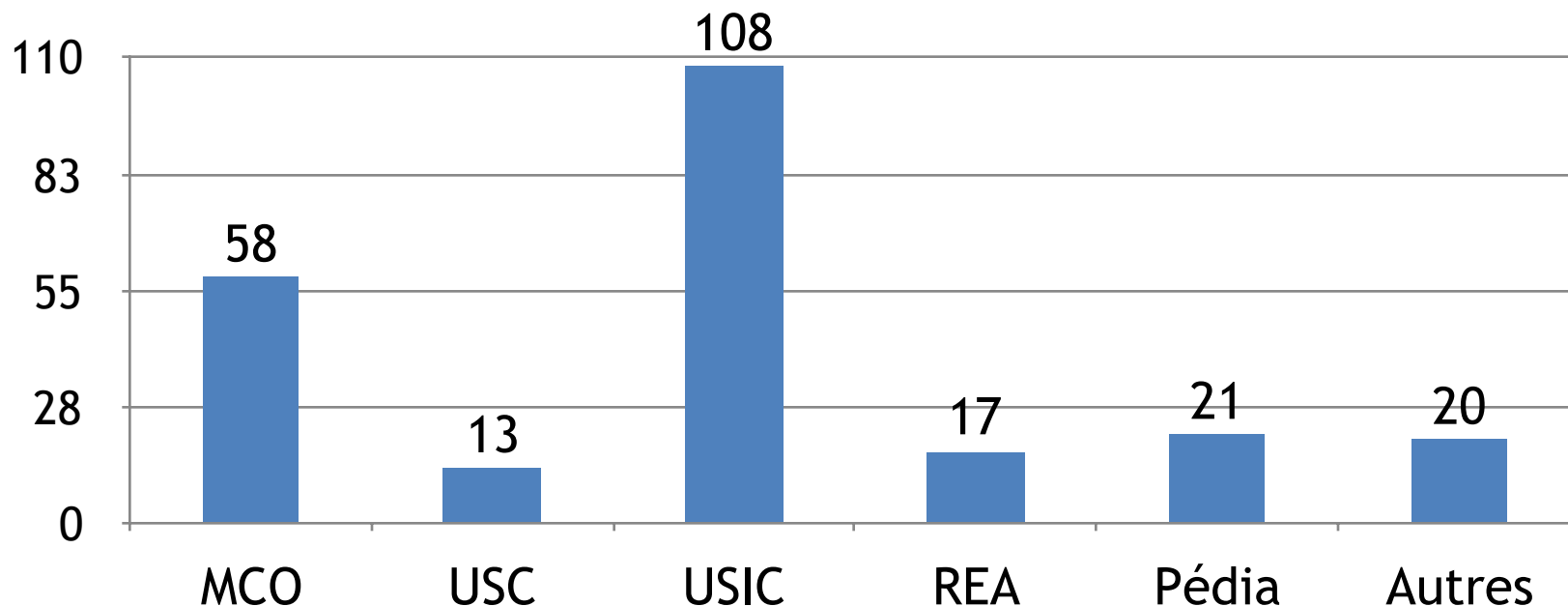
Les établissements demandeurs



Les principaux établissements receveurs



Services receveurs



Majorité des transports vers un service d'Unité de Soins Intensifs Cardiologiques (USIC)

209 transports vers un établissement public
125 vers un établissement privé

Intégration de l'équipe

Établissement de fiches de poste pour définir les missions et les tâches de chacun

Les Infirmiers Anesthésistes Diplômé d'Etat (IADE)

- 3 IADE se répartissent une activité TIIH + bloc
- **Origine** : IADE du bloc opératoire
- **Points communs** : Expérience dans le secours pré-hospitalier,
2 Infirmiers sapeur-pompier volontaires en activité
- **Compétences** : Renforcent l'équipe des urgences dans la prise en charge des patients de CCMU 4 - 5, CSIH, et activité classique aux urgences (tri/filière courte/filière

Les ambulanciers

- **Recrutement** : 2 ambulanciers intégrés dans l'équipe SMUR (soit 6 ambulanciers).
- **Points communs** : Expérience dans le secours pré-hospitalier, et/ou dans des situations de catastrophes de grande ampleur.
- Participent à l'activité SMUR et TIH
- En poste aux urgences, ils renforcent l'activité aux urgences en collaboration avec l'équipe soignante

Application des recommandations de SAMU De France de 2004

Les IADE

- Formation au sein du SAMU 83
- Formation DSA (institutionnelle)
- Formation à la prise en charge pédiatrique (détresses vitales)
- Formation à la transmission orale d'un ECG
- Adaptation de leur connaissance à l'armement du véhicule
- Mise en oeuvre du logiciel métier Terminal SMUR
- Protocoles infirmiers SAMU 83
- Formation continue (congrès, forum de l'urgence, COPACAMU)

Les ambulanciers

- FAE SMUR
- FAE pédiatrie
- Élaboration de l'armement de l'ambulance (Référentiel SMUR 2013)
- Mise en place d'outils de suivi et traçabilité
- Formation continue

Liaisons hiérarchiques

- Cadre de santé (C.BORRAS)
- Cadre supérieur de santé (N.VACHE)
- Directeur des soins (C.FAY)

Liaisons fonctionnelles interne et externe

- Chef de pôle Anesthésie - Urgences - DIM (Dr BAR)
- Chef U.F Urgences (Dr AZAÏS)
- Chef U.F SMUR (Dr BAILLE)
- Chef de service Anesthésie - Soins Continus (Dr PRECKEL)
- Médecin régulateur SAMU 83
- Personnels médicaux et paramédicaux des urgences et services satellites

Horaires de travail

9h30 - 21h30 du lundi au vendredi, hors fériés
Dépassement d'horaire si mission en cours

- Aucune demande de renfort SMUR
- Réponse sécurisée pour le transport sanitaire
- Satisfaction empirique des patients, du personnel transporteur, des demandeurs et des receveurs
- Favorise l'entrée rapide des patients dans une filière adaptée, en diminuant les délais
- Permet de répondre à un besoin
- Intégration de ces personnels très positive (évaluation / entretien professionnel)
- Les IADE dans les urgences rassurent toute l'équipe

- Élaboration d'une analyse des dossiers TIIH par une commission associant le SAMU
- Élaboration d'indice de satisfaction des utilisateurs et des usagers du TIIH
- Collaboration avec le SAMU 83 pour la révision des protocoles infirmiers

**VOUS AVEZ DES
QUESTIONS ?**

- **Décret relatif à la profession d'infirmiers de 2004**
 - **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V Article R. 4311-7**
- **TIIH : recommandations SAMU de France 2004**
- **Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique**
 - **Sous-section 4**
- **Révision SROS PACA 2012-2016**
 - **Point 4.10.2.3 : Les SMUR**
- **Rapport Jean Yves Grall juillet 2015**
 - **Point 3.3.5 : développer les TIIH**
- **Transferts Infirmiers Inter-Hospitaliers (TIIH) : étude de faisabilité. MH Buffo SAMU 33 COPACAMU 2006**
- **Infirmier hors présence médicale. Protocoles conservatoires. La Revue des SAMU - Médecine d'Urgence 2007**
- **Le transport infirmier inter hospitalier TIIH : J Perrin Urgences 2012**
- **SMUR - Référentiel et guide d'évaluation ; (SUdF et SFMU) Juin 2013**