

Le transport infirmier interhospitalier (TIIH)

J. PERRIN

Points essentiels

■ Le contexte

La réorganisation des établissements de santé au sein du territoire sanitaire, l'émergence des pôles d'excellence vont augmenter les transferts, entre les établissements. Les TIIH sont une réponse adaptée pour assurer la sécurité des patients.

■ La législation

Entre les recommandations de SAMU de France, le décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et le décret de compétences des infirmiers, les TIIH ont un cadre juridique.

■ Les indications

Elles doivent correspondre à des choix issus d'une réflexion de service. Les indications tiennent compte des contraintes en personnel et en moyens opérationnels.

■ L'organisation du service

Présentation du parcours professionnel des IDE au sein du service pour atteindre la polyvalence et des moyens opérationnels mis en place.

■ Rôle infirmier

Les TIIH permettent l'acquisition ou le renforcement de certaines compétences.

Correspondance : CHU NANCY – 29, avenue de Lattre de Tassigny – 54000 Nancy.
Tél. : 03 83 85 13 38 – Fax : 06 47 27 74 41. E-mail : jean.perrin@chu-nancy.fr

1. Introduction

Les transferts infirmiers sont une réalité, une réponse à un besoin dans la gamme des transports sanitaires. D'une organisation originale et marginale au départ, l'expérience acquise aujourd'hui par de nombreux centres, montre que ces transports assurent aux patients un soin sécurisé. La pratique devant se faire dans le respect des recommandations et de la législation. Dans un premier temps, nous ferons un énoncé succinct du contexte, puis, nous présenterons et commenterons quelques textes les plus actuels et pertinents.

En seconde partie, les indications des TIH comme cadre opérationnel. Nous finirons l'exposé par une présentation de l'organisation choisie dans notre service et le rôle des personnels infirmiers dans leur pratique.

2. Le contexte

Les Transferts Infirmier Inter Établissements n'en sont plus à un stade expérimental. La mise en œuvre de ce type de transport sanitaire repose sur un constat de nécessité. Plusieurs textes législatifs et des recommandations encadrent cet exercice.

Nous verrons que les deux textes législatifs et les recommandations de SAMU de France ont une concordance dans les années de parution et une logique opérationnelle.

SAMU de France en 2004 énonce les règles qui semblent les plus adaptées en termes d'organisation et de sécurité.

L'évolution du décret relatif à la profession infirmière en 2004 autorise la réalisation de ces transports.

Le décret relatif à la médecine d'urgence et son article relatif au Transferts Infirmier Inter Établissements en 2006 donne un cadre réglementaire en concordance avec les précédents textes.

Les évolutions législatives professionnelles répondent à un besoin. Celui ci est le fruit d'analyses prospectives et d'anticipation sur les évolutions nécessaires pour s'adapter à de nouvelles pratiques.

La possibilité légale de réaliser des Transferts Infirmier Inter Établissements est à mettre en lien avec les évolutions des organisations sanitaires et la démographie de la population médicale.

Le regroupement en territoire de santé, les pôles spécialisés d'excellence doivent concentrer en un lieu certaines prises en charge complexes, coûteuses et/ou nécessitant une haute qualification. Le regroupement de plateaux techniques répond aussi à ces exigences. Inévitablement un nombre plus important de transferts entre les établissements de santé doit se faire. Le retour vers les établissements de

santé d'origine se fait plus précocement dans l'évolution de la maladie. Le nombre de lits dans les services de court séjour et les contraintes de DMS du PMSI ne permet plus des durées de séjour très long. Les Transferts Infirmiers Inter Établissement sont une réponse sécurisée pour ces patients où les compétences d'un ADE sont insuffisantes mais où la présence physique médicale n'est pas nécessaire.

Le temps médical devient plus précieux. Plusieurs études montrent que la démographie médicale baisse dans les années à venir. L'estimation est de 10 % à l'horizon 2025 mais rapportée à l'augmentation démographique de la population française, cette baisse sera de 16 % en termes de densité¹.

Dernier aspect non négligeable, les transferts infirmiers sont une alternative financièrement intéressante au regard des transferts médicalisés.

3. Cadre réglementaire et commentaires

3.1. Décret du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence

L'article R6312-28-1² de ce décret précise :

- le transport infirmier interhospitalier 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 interhospitaliers font l'objet d'une évaluation annuelle.

Tout établissement de soins peut donc organiser ses Transferts Infirmiers Inter Hospitalier, il n'est pas fait mention d'un établissement siège du SAMU ou ayant un SMUR. Le SAMU a un rôle de coordonnateur et assure la sécurité du patient en cas de renfort SMUR. Le personnel peut être partagé à d'autres fonctions et dégagé de sa mission principale le temps d'un transfert. Le rattachement à une structure d'urgence n'est qu'une possibilité.

1. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Études et résultats, N° 679, février 2009.

2. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JORF 23 mai 2006.

Au bout de la logique, un établissement de santé pourrait conventionner ses transferts avec une société proposant les services d'une équipe paramédicale et d'un véhicule.

3.2. Le décret de compétences de 2004

Le décret de compétences des Infirmiers Diplômés d'État (IDE) est construit autour de 5 axes principaux³ :

- actions autonomes : rôle propre de l'IDE ;
- actions sur prescription médicale ;
- actions nécessitant une intervention rapide d'un médecin, sa présence est effective dans l'environnement de travail, exemple les transfusions de produits sanguins ;
- participation à une action mise en œuvre par un médecin, l'IDE travaille en collaboration très étroite et sous sa direction ;
- actions à mettre en œuvre en cas d'urgence et hors présence médicale.

Dans le cadre des transferts, deux articles y font référence.

L'article R4311-7 du décret de compétences précise que « 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 » :

- alinéa 41 : Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins.

Nous sommes ici dans le cadre des actions prescrites hors présence médicale.

À l'inverse, l'article R4311-10 du même décret indique que l'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 9^{es} transports sanitaires :
 - transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation.

Le premier article renvoi aux transferts non médicalisés, le second, aux interventions primaires ou secondaires SMUR en présence d'un médecin.

3. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. JO n° 183 du 8 août 2004 page 37087 : texte n° 37086.

Ce texte donne un droit d'exercer la profession d'infirmière et donc de participer à des transports infirmiers au même titre qu'un autre geste. Mais, comme pour toute action professionnelle, un droit d'exercer ne valide pas automatiquement une compétence.

3.3. SAMU de France

Les recommandations de SAMU de France en date de janvier 2004⁴ énoncent clairement les modalités de mise en œuvre et les questions essentielles devant guider la réflexion d'un service pour l'exercice des Transferts Infirmiers Inter Hospitalier. Le coordonnateur est clairement identifié : le SAMU. Mais l'argumentaire, afin de développer l'activité, invite à un questionnement important.

3.3.1. Nécessité de se questionner sur la pertinence

Fréquence des besoins de transfert répondant aux critères d'un Transferts Infirmiers Inter Hospitalier.

L'établissement est-il siège d'une ou de spécialités ayant une attractivité forte ou unique sur un territoire de santé ?

L'établissement est plutôt en demande de transférer ses patients. Exemple d'un établissement ayant une structure d'urgence permettant un recours de proximité pour un bassin de population mais au plateau technique insuffisant.

Faut-il réfléchir au niveau d'un établissement, d'une communauté d'établissement, d'une région ? Les frais de fonctionnement, question prégnante en ses temps de rationalisation des soins, est cruciale pour fiabiliser et sécuriser ce mode de transfert.

3.3.2. Nécessité de se questionner sur les moyens humains

- Quelles compétences ont ou doivent acquérir les personnels ?
- Choix entre IDE ou IADE ? Ce choix est-il possible ?
- Les effectifs sont-ils suffisants ? Constants ?
- Personnel dédié ou mutualisé ?

3.3.3. Nécessité de se questionner sur les moyens techniques

Le moyen de transport à disposition, ambulance en propre ou véhicule d'une société de transport sanitaire conventionnée ? Cette charge financière est importante.

Avoir un dossier de soins approprié, fiche SAMU et support écrit ou informatisé pour le personnel en mission.

4. Les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers : TIH. Recommandations de SAMU de France. SAMU de FRANCE, le 01/01/2004.

Les moyens de communication. Données cryptées (Antarès), difficile de l'imposer dans les ambulances privées, un poste « mobile » en plus serait-il nécessaire ? Téléphone personnel ?

Comment diffuser et positionner auprès des services demandeurs les Transferts Infirmiers Inter Hospitalier dans l'offre des transports sanitaires des patients ?

Ces questions auront une incidence sur les indications des Transferts Infirmiers Inter Hospitalier. Sur la gravité des situations à prendre en charge. Sur le territoire pouvant être couvert. Sur l'amplitude horaire d'activité.

Il y a obligation d'écrire une procédure, un protocole de soins répondant aux exigences de l'article R4311-7 du décret de compétences IDE. Cette procédure doit être exhaustive, précise, univoque, partagée par les professionnels du service, validée par une autorité médicale. Elle décrit les différents stades de la mission :

- la demande en régulation ;
- les indications ;
- le déclenchement ;
- la transmission des informations et le bilan par l'IDE lors de la prise en charge du patient afin que le médecin régulateur « valide » la faisabilité du transfert infirmier ;
- la traçabilité des prescriptions du médecin régulateur ;
- la transmission de fin de mission en régulation pour clôturer le dossier.

Pour conclure ce paragraphe, les Transferts Infirmiers Inter Hospitaliers sont encadrés, normés, mais la mise en œuvre est un véritable projet de service, d'établissement en raison des implications en personnel, en matériel et en organisation.

À ce jour, demeure le point essentiel du financement et de la facturation de ces transports. La charge est supportée exclusivement par l'établissement de rattachement. Des réflexions sont en cours dans le cadre plus général de tous les transferts interétablissements.

4. Indications

Le choix des indications repose sur plusieurs critères :

- les actes professionnels autorisés par le décret de compétence ;
- les acteurs, IDE ou IADE ;
- la couverture géographique des SMUR permettant une intervention médicale lors du transfert ;
- un consensus partagé par tous les médecins régulateurs d'un centre 15 ;
- une définition claire des critères.

En premier quelques principes de bases doivent être posés avant d'affiner les indications, voici nos choix :

- le patient doit être stable sur le plan hémodynamique ;
- il ne doit pas être intubé ni ventilé (si IDE, à voir si IADE) ;
- il ne doit pas avoir besoin de VNI ;
- il ne doit pas avoir de potentiel évolutif vers l'aggravation clinique hautement prévisible pendant le transport ;
- il ne doit pas avoir besoin d'un geste technique médical hautement prévisible pendant le transport.

Ensuite, une déclinaison par situation clinique peut être utile pour encadrer et sécuriser l'exercice des Transferts Infirmiers Inter Hospitalier⁵.

En exemple :

Cardiologie
<p><i>SCA ST+</i> De plus de 24 heures En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>SCA non ST plus</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Transfert pour pontage coronarien programmé</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Œdème Aigu du Poumon</i> Stabilisé par traitement médical ou VNI Avec SpO₂ > / 94 % En l'absence d'indication de VNI durant transport En l'absence de douleur thoracique évocatrice d'un SCA En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Trouble du rythme ou conduction potentiel</i> (TV – FV – Torsade de Pointe – BAV BSA) Si troubles du rythme ou conduction stabilisés et non récidivant depuis au moins plus de 24 heures Si pas d'EES posé</p>
<p><i>Péricardite infectieuse</i> Sans tamponnade ou sans épanchement Sans retentissement hémodynamique Sans trouble du rythme non maîtrisé</p>

5. Annexe 1 : tableau général des indications du service.

Ces critères pourraient encore être affinés, indiquer des valeurs chiffrées de l'état hémodynamique par exemple. Mais il faut rester dans une lecture aidante à la décision et non contraignante. La décision du médecin régulateur reposant principalement sur son jugement clinique de la situation d'un patient particulier dans un contexte donné. Sa décision est prise en sécurité pour le patient, l'infirmier et lui-même en tant que prescripteur.

Le facteur temps peut aussi être un critère. L'instabilité prévisible d'un patient est à évaluer sur le temps effectif du transfert.

La finesse des critères dans les différentes situations est une aide à d'autres niveaux.

- les règles énoncées évitent toute interprétation ;
- une base de connaissances à avoir ou à acquérir en tant qu'IDE pour intégrer l'activité SMUR ;
- une base de connaissance à développer lors des formations internes.

5. L'organisation de notre service

Depuis plusieurs années, nous avons fait le choix de définir un parcours professionnel par étapes vers la polyvalence. Ces différents paliers doivent permettre d'intégrer les nouvelles connaissances, d'acquérir de l'expérience afin de consolider les compétences requises. La variation de temps entre les différentes étapes tient compte des expériences individuelles antérieures acquises.

Sauf pour le poste IOA, toutes les autres formations sont réalisées par du personnel médical et paramédical du service. Ce choix permet une adaptation rapide aux évolutions du service, un tutorat fort, un lien entre les personnes.

5.1. Parcours professionnel des IDE

Intégration dans le service des urgences et à l'UHCD :

- 2 journées d'accueil, de présentation et de formation à l'organisation ;
- 2 postes en doublure sur les filières de prise en charge ;
- 1 poste en doublure à l'UHCD.

Intégration en Salle d'Accueil des Urgences Vitales après 6 à 8 mois :

- 2 journées d'adaptation et de formation interne ;
- 2 postes en doublure.

Intégration au SMUR après 12 à 18 mois :

- 2 journées d'adaptation et de formation interne ;
- 2 postes en doublure.

Intégration au poste IOA après 24 mois :

- 3 journées de formation ;
- 1 poste en doublure.

A posteriori, le personnel infirmier considère les temps formatifs comme précieux pour le contenu, la transmission du savoir-faire, le partage d'expérience. Le tutorat a une place fondamentale dans ce parcours professionnel. Mais nous savons tous que l'expérience reste personnelle, qu'elle est le fruit d'une situation maintes fois rencontrées ou aux similitudes proches et transposables. Majoritairement, le personnel infirmier s'accorde sur un temps nécessaire d'acquisition aux urgences et en Salle d'Accueil des Urgences Vitales pour appréhender l'exercice des Transferts Infirmiers Inter hospitalier en sécurité.

La pratique professionnelle courante en médecine d'urgence se fait en présence d'un médecin dans l'environnement géographique proche. Lors des transferts infirmiers, le professionnel est seul, cette responsabilité n'est pas toujours facile à endosser. Le lien, quelque soit le mode de communication, est un point important. La sécurité est une notion fondamentale exprimée par le personnel.

5.2. Organisation opérationnelle

- 1 équipe constituée d'un IDE et d'un ADE à H24 ;
- 1 ambulance de réanimation utilisée pour les transferts médicalisés et infirmiers ;
- l'équipe est totalement dédiée aux transferts médicalisés et aux transferts infirmiers sous l'autorité du SAMU ;
- une zone géographique située principalement sur un secteur de 30 km autour de Nancy, mais pouvant couvrir tout le sud de la Lorraine et les régions limitrophes.

6. Rôle infirmier

Dans le cadre des Transferts Infirmiers Inter Hospitalier, la surveillance de l'évolution du patient, l'application des prescriptions, la transmission d'un bilan fiable pour le médecin régulateur mobilise des compétences spécifiques. Elles s'acquièrent par la formation et par l'expérience.

Ces compétences concernent :

- les connaissances inhérentes à la surveillance du patient. En raison de la diversité des indications, les connaissances théoriques diverses sont primordiales ;
- la capacité à établir un bilan précis de la situation clinique pour valider la faisabilité du transfert. L'exhaustivité, la fiabilité des informations sont essentielles pour la prise de décision du médecin régulateur ;
- la mise en œuvre d'une surveillance adaptée à la situation, à la personne ;
- la reconnaissance rapide de l'altération des signes cliniques, leur objectivation ;

- la capacité à apprécier l'évolutivité de la situation pour adapter, anticiper la surveillance ;
- la capacité à mettre en œuvre les soins conservatoires en attendant l'arrivée d'un médecin si besoin ;
- la relation entre l'IDE et le patient est également importante, le temps du transfert est à mettre à profit pour expliquer, informer, soigner. Cette relation existe sur un temps pouvant être long, en comparaison du temps disponible en service ou aux urgences.

7. Conclusion

Les Transferts Infirmiers sont un soin, particulier peut-être, mais un soin aux multiples dimensions développant de multiples compétences.

La régionalisation des organisations de soins et la diminution des effectifs médicaux vont concourir à développer les transferts entre les structures de soins. Les Transferts Infirmiers Inter Établissement s'inscrivent dans l'offre des transports sanitaires pour assurer un soin adapté et sécurisé pour le patient.

Annexe 1 – Situations cliniques justifiant d'un TIH

Cardiologie
<p><i>SCA ST+</i> De plus de 24 heures En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>SCA non ST plus</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Transfert pour pontage coronarien : Programmé</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de douleur persistante En l'absence d'état de choc cardiogénique En l'absence d'OAP En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Œdème Aigu du Poumon</i> Stabilisé par traitement médical ou VNI Avec SpO₂ > / 94 % En l'absence d'indication de VNI durant transport En l'absence de douleur thoracique évocatrice d'un SCA En l'absence de troubles du rythme grave ou de la conduction non corrigés</p>
<p><i>Trouble du rythme ou conduction potentiel</i> (TV – FV – Torsade de Pointe – BAV BSA) Si troubles du rythme ou conduction stabilisés et non récidivant depuis au moins plus de 24 heures Si pas d'EES posé</p>
<p><i>Péricardite infectieuse</i> Sans tamponnade ou sans épanchement Sans retentissement hémodynamique Sans trouble du rythme non maîtrisé</p>
Toxicologie
<p><i>Intoxications médicamenteuses ou non aiguës</i> En l'absence d'état de choc patent ou latent En l'absence de détresse respiratoire patente ou latente Si gazométrie artérielle non perturbée Si médicament sans potentiel létal Si médicament sans potentiel cardiotrope ou neurotrope (troubles du rythme ; conduction ; inotropisme négatif ; convulsivant) S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>
Troubles métaboliques
<p><i>Dyskaliémie</i> Si pas de trouble de la conduction ni du rythme cardiaque non corrigé En l'absence de signes ECG menaçant</p>

Acido-cétose diabétique – coma hyperosmolaire
 En l'absence d'un état de choc hypovolémique
 En l'absence de troubles de la conscience sévère
 (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)
 En l'absence de dyskalième non corrigée ou menaçante à l'ECG

Dysnatrémie
 En l'absence de convulsions non maîtrisée
 En l'absence d'un état de choc hypovolémique
 En l'absence de troubles de la conscience sévère
 (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)

Respiratoire

Insuffisant respiratoire chronique
 (BPCO Emphysème Asthme)
 Ne nécessitant pas de VNI pour le transport
 Ne nécessitant pas une intubation pendant le transport
 Sans trouble de la conscience
 Stabilisé avant le transfert sans VNI

Surveillance Drain thoracique
 Si épanchement tari
 Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé
 Si mise en place d'un système de drainage type « pleurevac »
 Si contrôle radiologique effectué avant transport

Épanchement pleural
 Si épanchement sans retentissement hémodynamique et respiratoire non maîtrisé
 Si absence d'indication prévisible de drainage de l'épanchement durant le transport

Embolie pulmonaire
 Sans CPA clinique
 Sans CPA échographique
 Sans choc cardiogénique
 Thrombolysé si disparition du CPA clinique ou échographique

Trachéotomisé
 Si nécessité d'aspiration itérative durant le transport
 Si patient en ventilation spontanée
 (non raccordé à un ventilateur)
 Si absence d'insuffisance respiratoire aiguë

Brûlures

Brûlure grave de l'adulte et enfant > 6 ans
 En l'absence d'état de choc
 En l'absence de détresse respiratoire
 En l'absence de brûlures des VAS
 En l'absence de circulaire non débridé du cou
 En l'absence de blast (hémotypan)

Traumatisme

Traumatisme crânien
 Si GCS ≥ 8
 En l'absence de focalisation neurologique clinique
 En l'absence de signes clinique ou radiologique d'HIC
 En l'absence d'épisode convulsivant

<p><i>HSDA-HED-HSDC</i> GCS > 8 Si lame d'épanchement sans compression des structure cérébrales donc sans signes cliques ni radiologique d'HIC En l'absence de focalisation neurologique clinique</p> <p><i>Traumatisme abdominal</i> En l'absence de saignement actif En l'absence de choc hypovolémique compensé ou non compensé En l'absence d'hémopéritoine important En l'absence de transfusion de concentré globulaire</p> <p><i>Traumatisme thoracique</i> En l'absence de détresse respiratoire En l'absence d'épanchement pleural non maîtrisé En l'absence d'indication de drainage pleural hautement prévisible durant le transport</p>
Neurologie
<p><i>Accident Vasculaire Cérébral</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë Sans signes cliniques ni radiologique d'HIC Non thrombolysé dans les 24 heures</p>
<p><i>Paraplégie Tétraplégie</i> En l'absence d'état de choc spinal En l'absence de détresse respiratoire : aiguë ou compensée En l'absence d'altération de la gazométrie artérielle</p>
<p><i>Trouble de la conscience</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë Avec un diagnostic étiologique présumé Sans signes d'HIC clinique et radiologique</p>
<p><i>Méningite, méningo encéphalites</i> En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire aiguë En l'absence de signes cliniques ou radiologiques d'HIC</p>
<p><i>État de mal convulsif</i> Si disparition des convulsions depuis plus d'une heure Si pas de signes d'HIC cliniques et radiologiques Si thérapeutique anticonvulsivante administrée avant transport</p>
Hypothermie
<p>En l'absence d'état de choc En l'absence de détresse respiratoire En l'absence de trouble du rythme (TV ESV menaçante) Température > 28° S'il existe une réactivité à la douleur type évitement inadapté (GCS ≤ 6 Y1 V1 M4)</p>