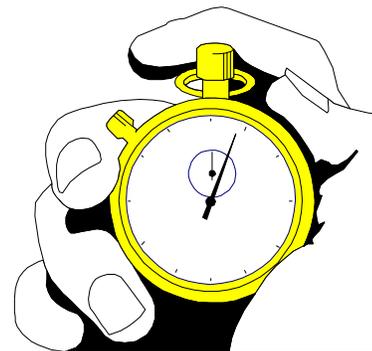
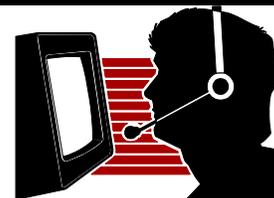


Chaque minute compte!



L'arrivée du SMPAU dans les Laurentides

Par Dr Colette D. Lachaine, conseillère médicale aux services préhospitaliers d'urgence



Dans la semaine du 18 septembre, les deux centres de traitement des appels médicaux d'urgence des Laurentides (CRAULL et la centrale des Hautes-Laurentides) débiteront l'utilisation d'un nouveau système de traitement des appels, le **SMPAU**. L'acronyme SMPAU signifie **Système Médicalisé de Priorisation des Appels Urgents**. Vous pouvez aussi en avoir entendu parler sous l'appellation «*Système Clawson*», pour le nom de son concepteur américain, le Dr Jeff Clawson. Il s'agit du même système utilisé par la Corporation Urgences-Santé, Alerte-Santé (Rive-Sud de Montréal) et la Centrale de Québec.

Même si le début officiel de l'utilisation de ce système n'est prévu qu'au cours du mois de septembre, les préparatifs, quant à eux, ont débuté il y a déjà plusieurs mois. En effet, les répartiteurs ont obtenu une certification de trois jours; les responsables de l'assurance-qualité eux ont reçu une certification de quatre jours. Les gestionnaires quant à eux ont reçu une formation pour leur permettre de comprendre le pourquoi et le fonctionnement du SMPAU.

Depuis un certain temps déjà les répartiteurs doivent utiliser le SMPAU pour le traitement des appels sans transmettre aux techniciens ambulanciers les déterminants spécifiques. Il s'agit donc d'une période d'essai.

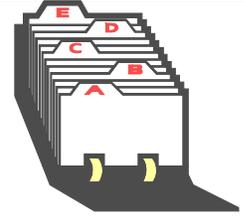
Avant d'implanter définitivement le système, il fallait actualiser plusieurs étapes, dont celle de vous informer de ce qu'est ce système. C'est le but de cette édition de notre journal. Avec cette parution de "*Chaque minute compte*" les techniciens ambulanciers des compagnies ambulancières desservies par ces deux «centrales», recevront un guide de poche miniaturisé des protocoles du SMPAU incluant tous les déterminants ou codes d'affectation du système. On en compte environ de 240 !

Nous tenterons donc de couvrir dans les prochaines pages le pourquoi d'un système comme le SMPAU, son fonctionnement et ses particularités.

Bonne lecture !

Le SMPAU, pourquoi ?

Par Dr Colette D. Lachaine, conseillère médicale
aux services préhospitaliers d'urgence



Un système de traitement des appels, comme le SMPAU, est un système médicalisé pour les appels d'urgences médicales. Ses objectifs sont multiples : il standardise le traitement de l'appel, il classifie les appels et les priorise médicalement. Il permet aussi de transmettre plus d'information aux ambulanciers et premiers répondants qui reçoivent l'appel et il permet aux répartiteurs de fournir des directives de soins immédiats aux appelants. Il est important que vous compreniez que ce système s'applique aux appels provenant de citoyens et non pas aux transferts interhospitaliers.

L'intervention (l'affectation urgente ou non urgente), n'est pas régie par le SMPAU, elle est décidée localement avec l'équipe de direction et elle est la responsabilité de la coordonnatrice médicale des services préhospitaliers de la Régie régionale des Laurentides.

La standardisation des appels :

Dans le passé, vous avez tous eu, comme technicien ambulancier, l'impression que, selon la personne faisant la prise d'appel, il y avait quelque chose de subjectif dans la façon d'interpréter l'appel, et probablement que votre «feeling» était bon. Si une façon précise et semblable de prise d'appels n'est pas suivie, deux individus arriveront possiblement à une impression différente du même appel. Le système choisi, le SMPAU, demande aux répartiteurs de poser toujours les mêmes questions initiales et dans la même séquence pour arriver à catégoriser le problème. Cette façon de faire, si elle est bien appliquée, devrait minimiser la subjectivité dans le traitement des appels; ceci implique que deux personnes différentes devraient arriver à la même conclusion.

La classification des appels et l'information aux intervenants terrain (techniciens ambulanciers, premiers répondants et autres) :

Pour les deux centrales en question, vous êtes déjà affectés selon les 32 codes du SMPAU. Il se fait donc déjà une classification des appels. Avec le système complet, il y aura maintenant 32 catégories de situations cliniques qui seront redivisées en 240 déterminants ! (Pas de panique !) Vous aurez donc une information plus précise concernant l'intervention vers laquelle vous vous dirigez. Par exemple, le code clinique pour une douleur thoracique est le 10. Le déterminant spécifique pour une douleur thoracique dans le contexte d'une prise récente de cocaïne est le 10-C-3 (10 Charlie 3); le déterminant 10-D-1 (10 Delta 1) lui, réfère à une douleur thoracique associée à une détresse respiratoire grave. Tous ces déterminants se retrouvent dans votre guide de poche.

La priorisation des appels :

La classification en 240 déterminants à laquelle on arrive permet aussi de classifier le niveau d'urgence. Le niveau d'urgence est illustré par la lettre centrale du déterminant, du moins urgent vers le plus urgent : A (Alpha), B (Bravo), C (Charlie), D (Delta).

L'affectation des appels :

Comme mentionné précédemment, le niveau d'intervention n'est pas décidé par le SMPAU. L'équipe locale de direction détermine du niveau d'affectation requis pour chaque déterminant. Les centrales auront 4 niveaux de priorité d'intervention, mais sur la route, vous serez affecté en urgence, avec ou sans premiers répondants, ou en non-urgence.

Le SMPAU, comment ?

Alors comment un répartiteur procède-t-il lorsqu'il prend un appel médical d'urgence avec le SMPAU? Premièrement, comme avant, il confirme la provenance de l'appel (endroit et numéro de téléphone). Dans un deuxième temps, il tente TOUJOURS d'obtenir les réponses aux 4 questions suivantes, qu'on appelle les questions du protocole d'entrée :

1. Quel est le problème ? Dites-moi exactement ce qui s'est passé ;
(Si cela n'est pas évident) Combien de personnes sont blessées (ou malades) ?
2. Quel âge a le patient/la patiente ?
3. Est-il (elle) conscient(e) ?
4. Respire-t-il/elle ?
(Si ce n'est pas évident) La victime est-elle un homme ou une femme ?

Le but de ces questions est d'évaluer si la victime est en situation de survie incertaine.

Suite aux réponses obtenues lors de cette première partie de l'interrogation, le répartiteur doit choisir selon le problème un des 32 protocoles spécifiques. À l'intérieur du protocole spécifique, une autre série de questions clés doit être posée pour ensuite évaluer les éléments accompagnateurs du problème qui permettront d'identifier le niveau d'urgence et donc le déterminant spécifique.

Suite à l'affectation du véhicule, une série de conseils (directives post-envoi et pré-arrivée) peut être donnée à l'appelant, selon le cas et la disponibilité des répartiteurs. Les directives pré-arrivées (DPA) permettent de diriger l'appelant dans les gestes à poser jusqu'à votre arrivée.

Les protocoles de DPA s'appliquent aux situations cliniques suivantes : arrêts cardiorespiratoires, technique de Heimlich et accouchement d'urgence. Vous pourriez donc trouver une famille qui fait des manœuvres chez leur proche malgré qu'ils n'ont jamais suivi un cours de RCR. Une case spéciale a été prévue sur votre formulaire ACR pour cette situation spéciale.

Le langage du SMPAU

Plusieurs termes apparaissent régulièrement dans votre guide de poche. Pour interpréter les déterminants, il est important de bien comprendre la définition donnée à ces termes. En voici certaines qui me semblent particulièrement pertinentes :

Non alerte : **altération de l'état** de conscience. Le protocole tente d'obtenir cette information en posant la question suivante : Est-ce qu'il/elle est complètement éveillé(e), capable de parler ?

Changement de couleur : cyanose, pâleur, ou rougeur.

Détresse respiratoire grave : extrême difficulté à respirer, respiration bruyante, teint bleuté, tirage (en termes communs : "*il court après son souffle*")

Blessures dangereuses, possiblement dangereuses ou non dangereuses : définition variable selon le protocole.

Hémorragie grave : tout saignement décrit par l'appelant comme "*Ça saigne beaucoup*"

Événement non récent : plus de 6 heures.

Chute de haut : plus de 6 pieds

Blessures centrales (dans le contexte de trauma pénétrant) : inclut les mêmes régions que l'IPT PLUS les bras (pas les avant-bras) et les cuisses.

Symptômes prioritaires : douleur thoracique, difficulté respiratoire, altération de l'état de conscience et hémorragie.

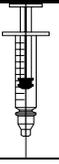
L'ACR et le SMPAU

Selon le SMPAU, les ACR devraient être codés 9D 1 ou 2. En réalité, les appelants ne peuvent pas toujours nous donner une information fiable car peu expérimentés à reconnaître si la victime respire ou non. Pensez aux ACR avec une respiration agonale ou en convulsions suite à l'hypoxie, pour monsieur tout le monde le patient respire, le patient convulse. Voici quelques codes du SMPAU où se cachent souvent les ACR : **6D2** – Problème respiratoire, non alerte ; **12D2 ou 3** - Convulsions, âgé de plus de 35 ans (respiration non vérifiée) ou ne respire pas ; **17D3** - Chute, non alerte ; **31D1** - Inconscient à la fin de l'interrogation ; **32D2** - Problème inconnu ; survie incertaine ; **10D2** – Douleur thoracique ; non alerte ; **25D1** – Tentative de suicide ; pendaison, strangulation ou suffocation.

Projet Épinéphrine lors d'anaphylaxie en préhospitalier

Région des Laurentides

Par Dr Colette D. Lachaine, conseillère médicale aux services préhospitaliers d'urgence



Bravo !

Félicitations à toutes les équipes qui ont dû administrer pour la première fois une injection d'épinéphrine pour un cas d'anaphylaxie, cette intervention n'est pas facile.

Je dois souligner plus particulièrement le travail de M. Simon Mallet et de son partenaire M. Richard Boulais de SPLP qui sont intervenus, le 17 juillet dernier, auprès d'un patient de 36 ans, en choc anaphylactique important. La présentation était classique : détresse respiratoire, stridor, altération de l'état de conscience, hypotension et tachycardie, après s'être fait piquer par une abeille, moins de 15 minutes auparavant. Un cas dramatique, comme dans les livres.

Le protocole fut suivi parfaitement, malgré que l'intervention fut compliquée suite à l'obstruction des voies respiratoires supérieures. L'utilisation d'une trompette nasale et l'assistance respiratoire mécanique furent nécessaires. L'intervention sur les lieux a duré 10 minutes malgré la complexité du cas. L'appel au CH St-Eustache durant le transport a permis à l'équipe hospitalière d'être en alerte à l'arrivée du patient.

Le patient a survécu à sa réaction. Félicitations les gars!

Projet épinéphrine – Où en sommes-nous ?

Au moment d'écrire ces lignes, nous avons eu, déjà, 7 cas d'administration d'épinéphrine en préhospitalier. Comme mentionné dans la formation, pour la première année, je révise personnellement tous ces cas. Voici le premier bilan :

La majorité des cas étaient des réactions anaphylactiques modérées, deux étaient des réactions sévères et un des cas était un ACR. Dans plus de la moitié des cas, **le protocole a été suivi de façon parfaite**. Un cas était hors protocole (réaction allergique sans anaphylaxie). Aucune complication majeure n'a eu lieu suite à l'administration de l'épinéphrine. Dans quelques cas, les patients se sont détériorés malgré l'injection, mais il était difficile d'évaluer si cette détérioration était due à la réaction qui se poursuivait malgré le traitement, un effet secondaire de l'épinéphrine, ou à la panique.

Lors de la formation, nous avons tenté de vous souligner l'importance de l'anxiété dans le cadre d'une réaction allergique/anaphylactique. En effet, dans plusieurs cas, un des défis que nos techniciens ont dû relever, est celui de gérer le stress du patient, des proches et/ou le leur. La plupart des techniciens ambulanciers, qui ont été mis dans la position de se poser la question s'ils devaient ou non administrer la médication, ont trouvé l'expérience difficile et enrichissante à la fois.

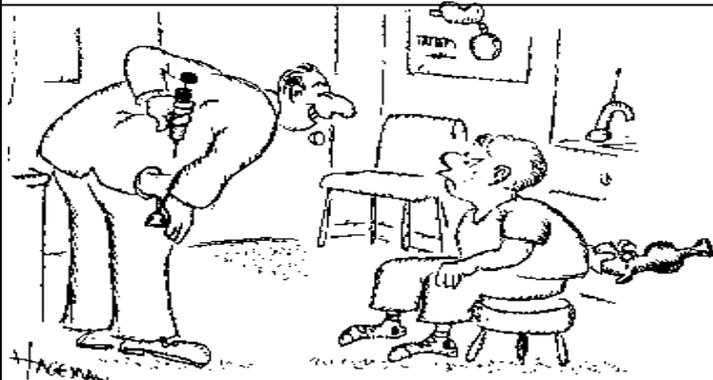
Voici quelques éléments à se rappeler concernant le protocole. Pour pouvoir administrer l'épinéphrine en préhospitalier dans les cas d'anaphylaxie, vous devez avoir identifié les trois éléments suivants :

- **Agent causal probable** (piqûre d'insecte, médicament, aliment ou autre);
- Contact avec cet agent causal **moins d'une heure** avant le début des symptômes;
- Décompensation **respiratoire** ou **cardiovasculaire**.

Aussi, n'oubliez pas de mettre le MDSA en marche et de transmettre la cassette et la documentation s'y rattachant à votre employeur pour envoi à la Régie régionale pour fins de suivi. De plus, si vous me laissez un message dans ma boîte vocale (**1-800-363-2507 #3247**) me disant que vous avez eu un cas d'épinéphrine, je tenterai d'obtenir les informations le plus rapidement possible auprès de votre employeur pour un suivi rapide. Ne soyez pas surpris ou inquiet, *je rappelle tous les intervenants impliqués*, que l'intervention soit parfaite ou non. De plus, je révise aussi tous les cas d'allergies sans administration d'épinéphrine et je pourrais vous contacter à propos d'un tel cas.

Note

Nous nous sommes aperçus que la plupart de nos centres hospitaliers ne tiennent pas en inventaire le même modèle de seringue que celles que nous avons achetées pour la formation et les trousseaux initiales. La différence est que **la seringue vient séparément de l'aiguille**. Il s'agit donc d'ouvrir les deux séparément, de mettre l'aiguille sur la seringue et ensuite de procéder comme à l'habitude. Si vous avez des questions, vous pouvez toujours me contacter au numéro ci-haut mentionné.



Un peu

d'humour !!

(Tiré de *Stitches*, printemps 2000)

Danger non mentionné de l'administration de l'épinéphrine - les pistolets à eau géants !!

Le journal «**CHAQUE MINUTE COMPTE**»
PRODUCTION, Régie régionale de la santé
et des services sociaux des Laurentides
ÉQUIPE DE RÉDACTION
Dr Colette D. Lachaine
et tous les collaborateurs associés à l'équipe
Remerciement à Marie Leroux pour sa
collaboration
RÉVISION, Lynda Picotte
MISE EN PAGE Marie-Andrée Lauzon
Adresse Internet :courrier@rrsss15.gouv.qc.ca
Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada,
Bibliothèque nationale du Québec